

LE JOURNAL DES MEDECINS LIBERAUX

PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



N° 46 - Mai. 2014
ISSN : 1969-8356

TRAVAUX

- Formation au dépistage des cancers
- La Maison de Santé Libérale

EXERCICE

- Le Certificat Médical
- Pieds diabétique et soins de pédicurie

SANTÉ PUBLIQUE

- L'Hémochromatose
- Vaccination contre le méningocoque C

La Force de la Prévention



- Le Dictionnaire de la Médecine Libérale
- PROGE-COL : Etude sur la prévention de la prématurité
- Le Podologue

SOMMAIRE DU N° 46

TRAVAUX DE L'UNION

Formation des médecins généralistes au dépistage des cancers.....	4
Prévention de la santé mentale.....	5
Dictionnaire de la médecine libérale.....	6
La Maison de Santé Libérale.....	7

ACTUALITÉS

PROGE-COL : étude sur la prévention de la prématurité	8
---	---

SANTÉ PUBLIQUE

L'Hémochromatose génétique héréditaire	9
Carnet de vaccination électronique.....	10
Fiche : vaccination contre le méningocoque C	11

EXERCICE PROFESSIONNEL

Pieds diabétiques et soins de pédicurie : aspect pratique de la prescription.....	13
La rédaction d'un certificat médical : acte quotidien et responsable	14
Echographie et le médecin généraliste ou le stéthoscope du 21° siècle	16

INFORMATION

La prévention du professionnel libéral	17
--	----

AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

Le podologue.....	19
-------------------	----

EN BREF.....	22
--------------	----

**Cette revue est téléchargeable sur
www.urps-ml-paca.org
rubrique "travaux"**

Sur le site internet vous trouverez également :

- **Des outils nécessaires à votre pratique** (par exemple les formulaires de pharmacovigilance, le dossier médical unique de demande d'admission en EHPAD ou encore la liste des certificats médicaux rationnels, et bien d'autres outils)
- **Les formations susceptibles de vous motiver pour 2014**
- **Des fiches juridiques**
- **Des liens utiles** (site internet pour trouver des remplaçants, aide à la prescription d'antibiotiques, etc.)

**Restons en contact et bénéficiez
d'informations professionnelles
par e-mails :**

**Inscrivez-vous en 2 clics
pour recevoir l'e-journal
de votre Union sur
www.urps-ml-paca.org**

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 Jean-François GIORLA

Directeur de la rédaction : Dr Michel GALÉON

Comité de lecture :

Drs JC. ABADIE, S. BIHAR, R. BOVET, S. CINI, A. COLONGEON, D. COLONGEON, P. FREDENUCCI, M. GALEON, C. GIRAUD, P.M. GODEAU LE FUR, W. GUARDIGLI, I. LECLAIR, D. LIEUTAUD, JC. REGI.

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.

ACCÈS AUX SOINS

Il ne se passe aucune réunion avec nos interlocuteurs institutionnels sans que le problème de l'accès aux soins ne soit évoqué.

Constat paradoxal lorsqu'on sait que la démographie médicale de notre région est encore considérée comme favorable.

Et comme à chacun des problèmes, nos décideurs trouvent toujours une solution simple : le tiers payant généralisé a été brandi comme la solution miracle qui fera affluer dans nos cabinets les patients récalcitrants à se faire soigner !!!

Aucune analyse fine n'a pourtant été menée sur les raisons effectives de cette éventuelle difficulté d'accès aux soins (la CMU et la complémentaire santé existent pour les plus défavorisés, l'Aide Médicale d'Etat existe pour les étrangers) et aucune étude sérieuse ne permet de dire s'il existe effectivement une difficulté dans notre région.

Au-delà des ressentis légitimes de chacun et des impressions, n'existe-t-il pas un véritable problème dans le mode d'entrée dans le système de soins ?

N'existe-il pas une sous-information des usagers sur le bon usage des soins ?

N'existe-t-il pas une explication culturelle de certaines population à la sous-utilisation de notre système de soins ?

Autant de questions auxquelles nous n'avons aucune réponse.

L'accès aux soins ne doit-il pas passer par un maillage territorial et une organisation médico-médicale en fonction des niveaux de recours (l'expertise du second recours complétant le premier) ?

Ce maillage ne doit-il pas concerner toutes les spécialités médicales et prendre en compte toutes les composantes socio-économiques ainsi que les équivalences temps plein et pas seulement le nombre de médecins par rapport à la population ?

Les modes d'exercice ne doivent-ils pas être pluriels ?

Et si les regroupements entre professionnels de santé sont souhaitables, l'exercice individuel n'en est pas moins efficace et honorable (sur 37 000 cabinets médicaux plus de la moitié sont des installations isolées).

Cette difficulté d'accès aux soins si chère à nos politiques est-elle le fait des Médecins Libéraux ou de l'incapacité chronique de nos décideurs à accepter qu'une véritable stratégie libérale de santé, complémentaire d'une stratégie publique de santé, ne puisse voire le jour dans l'intérêt de la population ?

Le système libéral de santé est une force à part entière de notre système de soins et n'est pas le supplétif du système public et administré de la santé.



Dr Jean-François GIORLA
Président de l'URPS ML PACA



FORMATION INDEMNISÉE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AU DÉPISTAGE DES CANCERS : PENSEZ À VOUS INSCRIRE !

par le Dr Rémy SEBBAH, Généraliste à Marseille, Secrétaire de l'URPS Médecins Libéraux PACA et Mme Fanny JOZANCY, Directrice d'études à l'URPS ML PACA

Nous vous rappelons que votre URPS met en place un programme de formation des médecins généralistes libéraux au dépistage des cancers.

Cette action fait l'objet d'un partenariat avec l'ARS, l'Assurance Maladie, les structures de gestion des dépistages organisés (ARCADES, ISIS 83, APREMAS, ADOC 05, ADCA 84). Elle a été conçue avec des experts reconnus, spécialistes des divers cancers.

Les premières formations ont démarré au début du mois d'avril. Elles sont d'abord organisées dans les Bouches du Rhône, puis se déploieront à partir de septembre dans les Alpes de Haute Provence et les Hautes Alpes avant de s'étendre à l'ensemble des autres départements de la région en 2015 et 2016.

Les formations se déroulent en soirée, sur une durée de 2 heures, et sont indemnisées 138 € (6 C).

Le programme et le planning des formations sont disponibles sur le site de l'URPS-ML : www.urps-ml-paca.org

**MÉDECINS GÉNÉRALISTES
DE MARSEILLE ET DES ENVIRONS,
INSCRIVEZ-VOUS DÈS MAINTENANT
À L'UNE DES SOIRÉES DE FORMATION !**

**POUR S'INSCRIRE :
contact@urps-ml-paca.org
TÉL : 04 96 20 60 80**



DIAGNOSTIC PRÉCOCE DE L'ÉPISODE DÉPRESSIF MAJEUR EN MÉDECINE GÉNÉRALE

L'URPS ML PACA a finalisé la mise à jour et la refonte du CD "Dépression et prévention du suicide", réalisé en 2008 par l'URML PACA et qui avait rencontré un grand succès.

Cet outil d'aide au diagnostic précoce de l'épisode dépressif majeur, réalisé par des psychiatres et des médecins généralistes, se veut très pratique et accessible.

Il vient d'être envoyé à l'ensemble des médecins généralistes de la région.

Il est disponible sur demande et sera bientôt téléchargeable sur : www.urps-ml-paca.org



PRÉVENTION DE LA SANTÉ MENTALE

par le Dr Guy RECORBET, Généraliste à MARSEILLE

Coordonnateur de la commission Environnement, Veille Sanitaire & Santé Publique de l'URPS ML PACA

L'URPS Médecins Libéraux s'implique dans la Prévention de la Santé Mentale par plusieurs actions de sensibilisation des professionnels de santé mais aussi des institutions concernées.

En 2010, en Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca), 14,7 % des jeunes âgés de 15 à 25 ans ont présenté une souffrance psychologique dans les 4 semaines précédant l'enquête (*Baromètre santé de l'I.N.P.E.S 2010 ; 14,4 % en France métropolitaine*).

Cette souffrance psychologique était deux fois plus fréquente chez les filles (20,4 %) que chez les garçons (9,1 %) au sein de cette classe d'âge.

Cette "dépression" est une cause importante de morbidité et de mortalité. Il s'agit notamment d'un des principaux facteurs du risque suicidaire. Elle a des répercussions non négligeables sur la vie affective, sociale et professionnelle.

En 2010, 11,6 % des jeunes âgés de 12-25 ans en Paca ont présenté un épisode dépressif caractérisé (EDC), un taux plus élevé qu'en France métropolitaine (8,2 %, baromètre santé de l'I.N.P.E.S 2010). Dans 7 cas sur 10, ces cas de dépression étaient d'intensité peu sévère. La fréquence des EDC était 5 fois plus élevée chez les filles (19,5 %) que chez les garçons (3,9 %).

Pour cette raison l'URPS Médecins Libéraux organise un colloque sur le suicide des jeunes le Samedi 24 mai 2014 dans l'hémicycle du Conseil Régional PACA.

Ce colloque vient en complément du travail de la Commission Veille Sanitaire et Santé Publique qui a édité une plaquette et une affiche, outils indispensables aux médecins libéraux dans le dépistage et la prise en charge des jeunes en danger.

Le travail préparatoire s'est fait en partenariat avec le rectorat et les institutions confrontées à ce problème qui apporteront leur savoir, leur expérience et leurs questions.

**Colloque le Samedi 24 mai 2014
de 9H30 à 17h00**

**Hémicycle de la Région Provence Alpes Côte d'Azur
Place Jules GUESDE - 13002 MARSEILLE**

**Inscription gratuite : contact@urps-ml-paca.org
ou au 04 96 20 60 80**



**De la tentative
au suicide
chez les jeunes
de 10 à 25 ans**

**Ne pas prévenir
peut tuer**



Lors de ce colloque nous aborderons l'état des lieux, en région, du suicide des jeunes à partir d'une enquête que nous pourrions confronter à notre pratique avec le Dr VERGER de l'ORS et le Dr SOFFER de l'association ASMA. Nous aborderons également avec des experts nationaux, le Dr BOTBOL, "la psychopathologie du suicidant" et le Dr TERRA, "la crise suicidaire".

Cet événement sera riche en échanges, nous avons voulu des temps de débats suffisants pour que chacun puisse exprimer son expérience et ses difficultés dans l'approche de notre jeunesse en danger.

Comment détecter un jeune en danger ? Question que se pose les médecins mais aussi les professionnels de Santé, les parents et les enseignants.

C'est une des questions à laquelle nous essaierons de répondre lors de ce colloque.



“AMELI, JO, MAIA, SOPHIA... LES NOUVEAUX PRÉNOMS À LA MODE ?”

LE DICTIONNAIRE DE LA MÉDECINE LIBÉRALE

par le Dr Hervé BESANÇON, généraliste à Cavalaire-sur-Mer

Comment se focaliser sur notre exercice quotidien tant il est difficile pour nous, médecins ou plus largement professionnels de santé, de se repérer parmi tous les sigles qui ont envahi le monde médical.

Pourtant courantes en médecine, certaines abréviations sont connues et d'autres plus confidentielles. Elles peuvent être similaires et signifier des choses très différentes occasionnant parfois des erreurs notamment dans certaines prescriptions.

Il est vrai que nous nous accoutumons avec celles proprement médicales tout au long de notre cursus.

Mais que faire face à un “*tangram*” de sigles issus des administrations ou institutions du secteur sanitaire et social que nous devons comprendre.

Fort de ce constat et parce qu'il en a fait maintes fois l'expérience, le Docteur Hervé BESANÇON, élu généraliste de

l'URPS ML PACA, a décidé de s'engager dans la réalisation d'un ouvrage innovant regroupant tous les termes abrégés nécessaires au médecin libéral.

Au-delà d'aider ses confrères, son souhait est que ce “Dictionnaire de la Médecine Libérale” soit le compagnon indispensable de tous les confrères qui veulent avoir accès au langage médical, et plus largement, à celui sanitaire et social. L'ensemble des mots, des termes et des sigles de la profession seront classés par ordre alphabétique assortis de leur définition, explication et correspondance.

Les explications de certaines abréviations et termes spécifiques seront étayés par les actions et travaux de l'URPS ML PACA, partenaire et acteur incontournable des institutions régionales.

Ce dictionnaire sera actualisé régulièrement et complété par un lexique thématique qui permettra d'aborder les différents thèmes montrant la diversité de notre exercice libéral.





LA MAISON DE SANTÉ LIBÉRALE

par le Dr François TURK, Gynécologue-Obstétricien à Six-Fours-les-Plages,
Secrétaire adjoint de l'URPS Médecins Libéraux PACA

Ces recommandations s'adressent **aux professionnels de santé libéraux et aux institutionnels**.

Le nombre de professionnels libéraux (médecins et autres professionnels) n'est pas précisé pour **ne pas écarter les petites structures**.

- La MSL permet :
 - La liberté du choix du médecin par le patient,
 - La liberté de son lieu d'installation,
 - Le paiement à l'acte (principalement) et à la mission.

Ce sont pour nous les fondamentaux de la médecine libérale.

- **Le porteur du projet** doit être un professionnel de santé libéral ou un regroupement de professionnels et non pas un institutionnel,
- **Les médecins libéraux déjà installés** sur le territoire doivent être les acteurs principaux des MSL,
- **Etre propriétaire des murs de la structure** de soins pérennise au mieux l'activité et le patrimoine du médecin libéral.

- **Tout financement public** impose au médecin libéral de respecter le cahier des charges (parfois contraignant) du financeur, son interruption éventuel ne doit pas mettre en péril l'existence même de la structure de soin.

- **Tous les médecins libéraux**, qu'ils soient du 1^{er} ou du 2^{ème} recours peuvent y participer, qu'ils soient conventionnés secteur 1 ou 2 et peuvent prétendre aux nouveaux modes de rémunération.

- La MSL favorise la coordination et l'organisation des soins, les MSL pourront accepter toutes les missions de santé publiques qui leur serait confiées.

Votre URPS ML diffusera prochainement une **"grille de progression"** qui est un outil d'auto-évaluation et de démarche qualité pour vous aider à évaluer et à améliorer l'organisation de vos structures de soins de façon à avoir un impact positif sur la prise en charge de vos patients.

LA MAISON DE SANTÉ LIBÉRALE

- Lieu d'exercice pluri-professionnel composé de médecins libéraux et d'autres professionnels de santé.
- La profession libérale se caractérise par l'indépendance du praticien qui garantit sa liberté de jugement et assure les meilleurs soins (JO du 23 Mars 2012).
- La MSL permet :
 - la liberté du choix du médecin par le patient,
 - la liberté de son lieu d'installation
 - le paiement à l'acte et à la mission
 - favorise la coordination et l'organisation des soins
- Le porteur du projet doit être un professionnel de santé libéral ou un regroupement de professionnels libéraux.
- Les médecins libéraux déjà installés dans le territoire sont consultés et peuvent y participer en priorité.
- Le projet architectural : les professionnels de santé sont propriétaires d'au moins 51% de la structure ou actionnaire majoritaire.
- Le statut juridique : SCI / SCP / SCM / SISA / SPFPL doit être choisi selon la taille, l'activité, le lieu ... de la structure.
- Tous les médecins libéraux peuvent y participer et prétendre aux nouveaux modes de rémunération.
- Les MSL peuvent accepter toutes les missions de santé publique qui leur seraient confiées.

Un label de

UNION RÉGIONALE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ



PROGE-COL : ÉTUDE SUR LA PRÉVENTION DE LA PRÉMATURITÉ

par le Dr François TURK, Gynécologue-Obstétricien à Six-Fours-les-Plages,
Secrétaire adjoint de l'URPS Médecins Libéraux PACA

**Annonce aux médecins libéraux qui participent au suivi des grossesses, de leur déclaration à l'accouchement :
Les réseaux périnatalité PACA – Corse – Monaco, les CHU de Marseille et de Nice font une étude sur la prévention
de la prématurité par la cervicométrie échographique et le traitement par progestérone vaginale.
Ils vous invitent avec l'ARS PACA et l'URPS ML PACA à y participer.**

Nature de l'étude

Etude observationnelle, comparative, multicentrique

Sujet

L'accouchement prématuré (AP) avant 37 semaines d'aménorrhées (SA) est fréquent (7-12%). Véritable problème de santé publique, il augmente la morbi-mortalité materno-fœtale. Sa prise en charge représente un coût très élevé pour la collectivité. On estime à 3600/an le nombre d'AP en région PACA-CORSE-MONACO.

Objectif principal

Le but de cette étude est de réduire la prématurité au sein de la région PACA-CORSE-MONACO en introduisant une stratégie de dépistage systématique des cols courts

asymptomatiques et de leur traitement par progestérone.

Méthode

Projet multicentrique impliquant des réseaux régionaux de santé périnatale englobant 65 000 accouchements (Réseau Périnat-Sud, Naître et Devenir et Sécurité Naissance).

Le réseau Naître et Grandir en Languedoc Roussillon rejoindra sous peu le projet (il représente environ 30 000 accouchements).

ÉTUDE OBSERVATIONNELLE COMPARANT DEUX PÉRIODES :

- Année 2012-2013 avant la mise en place d'une stratégie de dépistage par échographie du col.
- A partir de janvier 2014 (application du pro-

tole PROGE-COL dans les réseaux). Nous incluons au moins 600 patientes avec un col court échographique. L'administration de progestérone sera initiée entre 16 et 26SA jusqu'à 34 SA ou jusqu'à la rupture des membranes ou l'accouchement.

Durée de la recherche

36 mois.
La période d'inclusion est de 24 mois.

Résultats attendus

Il est attendu une diminution du taux de prématurité et de ses complications et donc une économie substantielle en terme de Santé Publique. L'étude permettant une réduction de la prématurité de 50%, on estime que l'évitement de 5 accouchements prématurés seulement suffira à la financer.

Participation des médecins à l'étude de prévention "PROGECOL"

- Mesurer systématiquement la longueur du col de l'utérus lors de l'échographie morphologique ou avant en cas de facteur de risque de prématurité (soit entre 16 et 22 SA)
- En cas de col <25 mm, nous contacter pour procéder à l'inclusion de la patiente.
- Vous pourrez laisser la SF dédiée organiser l'échographie de contrôle à 24 SA et délivrer la progestérone naturelle intra vaginale (200 mg/j) jusqu'à 34 SA ou l'organiser vous-même et nous en tenir informés.

Les résultats de l'enquête vous seront communiqués à son issue.

Documents qui sont mis à votre disposition par les promoteurs de cette action :

- L'accord du professionnel de santé,
- La fiche de recueil,
- La fiche d'information et de consentement de la patiente (à conserver dans le dossier médical)
- L'affiche destinée à la salle d'attente
- L'affiche à conserver en salle d'échographie.



CONTACTS

Par mail : severine.puppo@ap-hm.fr
michele.marcot@ap-hm.fr

Par fax : 04 91 96 46 96

Par SMS : Séverine PUPPO 06 12 11 99 03
Michèle MARCOT 06 03 22 69 97

Par courrier : Dr Séverine PUPPO
Hôpital Nord - 265 ch. des Bourellys
13015 Marseille



UNE MALADIE GRAVE PAR SURCHARGE EN FER : L'HEMOCHROMATOSE GENETIQUE HEREDITAIRE

par le Pr Henri MICHEL, Association Hémochromatose France
Article présenté par le Dr Jean-Claude REGI, Gastro-entérologue à Antibes

Première maladie génétique en France par sa fréquence, l'hémochromatose héréditaire atteint 1 Français sur 300, soit 180 000 personnes susceptibles de développer une surcharge en fer de l'organisme. En l'absence de diagnostic et de traitement, cette maladie évolue insidieusement et risque de provoquer des complications graves susceptibles d'entraîner une invalidité ou une mort prématurée (2 000 par an).

La cause en est l'accumulation progressive du fer avec l'âge. En effet, l'hémochromatose est liée à l'anomalie d'un gène dénommé HFE. Cette anomalie entraîne un passage accru dans le sang du fer provenant de l'alimentation. L'excès de fer sanguin peut conduire à une accumulation et provoquer chez l'adulte des lésions graves : cirrhose, maladies de cœur, diabète sucré, rhumatismes, et surtout fatigue extrême, invalidante, avec troubles sexuels, par destruction des glandes endocrines, et état dépressif.

Le diagnostic doit être fait le plus tôt possible entre 20 et 35 ans, par une simple prise de sang pour doser le coefficient de saturation de la transferrine et la ferritinémie. La transferrine est la protéine qui transporte le fer depuis le tube digestif jusqu'à la moelle osseuse où il entre dans la composition des globules rouges ; la ferritinémie représente la surcharge en fer. Le test génétique confirme le diagnostic (recherche des mutations C282Y et H63D du gène HFE). Si le dépistage est précoce, l'espérance de vie est normale grâce au traitement par saignées.

Ce traitement est simple, peu coûteux, efficace : des saignées répétées permettent d'éliminer la surcharge de fer accumulé

dans l'organisme. En effet, les globules rouges sont très riches en fer, une saignée de 500 ml permet donc d'enlever 250 mg de fer. Leur volume et leur rythme sont déterminés en fonction du taux de ferritine, l'objectif étant, dans un premier temps, de désaturer l'organisme, puis d'éviter la reconstitution progressive de l'excès de fer. Les saignées peuvent être faites dans les Etablissements Français du Sang avec centre de santé (« dons-saignées ») ou bien à domicile (médecin, infirmière). Les soins sont pris en charge à 100 % (ALD n° 17).



Le dépistage familial

est indispensable et s'adresse en priorité aux frères et sœurs, mais aussi aux enfants majeurs et aux parents naturels lorsqu'un sujet est trouvé. Il permet de dépister des sujets jeunes où les saignées seront très efficaces. Ce n'est pas toujours le cas à 50-60 ans.

Le but de l'Association Hémochromatose France

est de faire connaître cette maladie

et susciter un dépistage précoce des malades qui auront alors une espérance de vie normale. Un bulletin bimestriel est à votre disposition pour mieux connaître cette maladie.

Pr Henri MICHEL
ASSOCIATION HEMOCHROMATOSE FRANCE
BP 57118 – 30912 NIMES CEDEX 2
Tél. : 04 66 64 52 22 – Fax : 04 66 62 93 87
www.hemochromatose.fr
contact@hemochromatose.fr

CARNET DE VACCINATION ÉLECTRONIQUE DE MESVACCINS.NET : VERS UN SYSTÈME D'INFORMATION COMPLET EN VACCINOLOGIE

par le Pr Jean-Louis KOECK

Article présenté par les Drs Serge Cini et Jean-Claude FRANCESCHINI

Les recommandations vaccinales évoluent rapidement et deviennent plus complexes, plus spécifiques et donc plus difficiles à intégrer par le médecin. Alors qu'il s'agit d'un élément essentiel de la prise de décision, l'historique vaccinal n'est souvent pas accessible au médecin : plus d'un adulte sur deux a perdu son carnet de vaccination. Ces difficultés entraînent des sous-vaccinations ou au contraire des sur-vaccinations.

Le carnet de vaccination électronique

C'est dans ce contexte qu'a été mis en place le carnet de vaccination électronique (CVE) sur la plateforme web www.mesvaccins.net.

Le CVE s'appuie sur une base de données structurée (textes de références, résumés des caractéristiques des produits, nouvelles sur les vaccinations) et un système expert d'aide à la décision vaccinale mis à jour en temps réel par un réseau d'experts.

Le système expert établit un suivi précis, argumenté et conforme aux recommandations de l'état vaccinal de l'individu selon son âge, son sexe, son état de santé, ses conditions de vie ou de travail et son entourage. Toute personne peut créer son CVE, puis le partager avec un ou plusieurs professionnels de santé (médecin, pharmacien, sage-femme ou infirmier).

Une authentification forte par la carte de professionnel de santé (CPS) est nécessaire pour créer ou valider un CVE. Les vaccins validés ne sont plus modifiables par le patient. Seul le médecin peut valider le profil santé, tandis que le pharmacien possède une fonction de délivrance des vaccins. Une API (Application Programming Interface)

intègre le CVE à tout logiciel métier si l'éditeur en fait la demande. Le volet de synthèse médicale du DMP sera alimenté par les données du CVE.

Le CVE : un outil polyvalent

Les applications sont nombreuses. Le CVE conserve l'historique vaccinal et le rend accessible à son titulaire et au médecin traitant. Le CVE est un outil d'éducation du patient et de formation continue du médecin. Les rappels vaccinaux entièrement automatisés sont adressés au patient par courriel.

Le partage entre professionnels de santé améliore l'information (un médecin traitant sera ainsi averti de la réalisation d'un vaccin antigrippal par un infirmier), et fait gagner du temps (un clic suffit au médecin pour enregistrer l'administration d'un vaccin délivré par un pharmacien). Le système expert assure le praticien du respect des bonnes pratiques vaccinales et calcule les rattrapages vaccinaux.

Le CVE réduit donc autant les sous-vaccinations que les sur-vaccinations. Il consolide les données collectées dans des contextes différents (médecine libérale,

pharmacie d'officine, centre de vaccination, hôpital, milieu scolaire, maison de retraite), tandis que le système expert analyse tous les jours la couverture vaccinale.

L'impact d'une nouvelle recommandation ou d'une stratégie de communication peut être évalué en temps réel. Les médecins bénéficient d'une rétro-information journalière sur l'activité des CVE de leur patientèle. Le système renforce la pharmacovigilance des effets indésirables post-vaccinaux par les professionnels de santé et par les citoyens (envoi systématique d'un SMS à la personne vaccinée 15 jours après la vaccination et recueil simplifié de l'information sur la survenue ou non d'un effet indésirable).

Le CVE est autorisé par la CNIL et est hébergé par une société possédant l'agrément pour l'hébergement de données de santé. L'analyse anonyme des données de santé est réservée aux autorités sanitaires et aux URPS médecins libéraux partenaires.

L'ensemble des fonctions du CVE permet la mise en place d'un système complet d'information en vaccinologie.

Les médecins libéraux de la région PACA peuvent tester la plateforme MesVaccins.net avec le code d'inscription gratuite "ARSPACA".



DES ARGUMENTS POUR CONVAINCRE :

VACCINATION CONTRE LE MÉNINGOCOQUE C

Avec la participation des Drs Jean-Claude FRANCESCHINI et Serge CINI

Avril 2014

n°4

Vaccination

CONTRE LE MÉNINGOCOQUE C,

des arguments pour convaincre...

? POURQUOI VACCINER UN NOURRISSON DÈS 12 MOIS ?

1. Une pathologie grave

En France, la létalité des infections invasives à méningocoque C (IIM C) est d'environ 10 % et 5 % des cas présentent des séquelles⁽¹⁾. Les formes sévères qui évoluent en quelques heures, comme le *purpura fulmigans*, représentent environ 25 % des cas, dont un tiers de décès. Ces affections touchent surtout des sujets jeunes, particulièrement les moins de 1 an. Des souches hyper virulentes de méningocoque C circulent désormais en France.

2. Une pathologie qui augmente dans la région

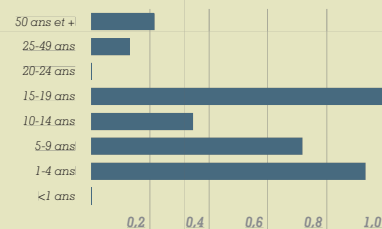
La fréquence des souches invasives C connaît d'importantes fluctuations cycliques. Après une baisse entre 2002 et 2010, la fréquence est de nouveau en hausse pour atteindre 0,16 cas pour 100 000 personnes en 2012 en France. Elle a plus que triplé en région Paca entre 2012 et 2013.

3. Une couverture vaccinale insuffisante

La couverture vaccinale pour les IIM C estimée en 2012 en France à partir de l'Échantillon généraliste de bénéficiaires par l'InVS est de 50 % chez les enfants de 1 à 4 ans et diminue fortement chez les plus âgés. Elle est inférieure ou égale à 10 % au-delà de 10 ans. Cette couverture vaccinale est insuffisante pour assurer une immunité collective et protéger de façon indirecte les sujets non vaccinés, particulièrement les nourrissons de moins d'un an.

En 2013 en Paca, la majorité des IIM C est survenue dans les groupes d'âges ciblés par les recommandations vaccinales et était donc potentiellement évitable.

Taux d'incidence des IIM C par tranche d'âge en 2013 en Paca /100 000 hab.



4. Une dose pour la vie et un enjeu collectif

Dans le cadre de la recommandation vaccinale, une seule dose suffit pour prémunir contre cette affection de façon durable et pour protéger de façon indirecte les nourrissons, sous réserve d'une bonne couverture vaccinale. En 2009, le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) relevait qu'aucun signal de pharmacovigilance n'a été identifié depuis plus de 9 ans d'utilisation de ces vaccins dans le monde.

5. Une vaccination coût efficace

Les IIM C se manifestent fréquemment par cas groupés imposant régulièrement des mesures d'urgence de vaccination et/ou de prophylaxie. Le coût de ces mesures est plus important pour la collectivité que le coût de la vaccination de 80 % des enfants d'une cohorte. C'est l'une des raisons de l'inscription de ce vaccin au calendrier vaccinal depuis 2010.



Les recommandations vaccinales pour le méningocoque C⁽²⁾

La vaccination avec le vaccin méningococcique C est recommandée à l'âge de 12 mois (1 dose, co-administration possible avec la vaccination rougeole, oreillons, rubéole).

Durant la période de mise en place de cette stratégie et en attendant l'installation d'une immunité de groupe, cette vaccination systématique a été étendue aux personnes de 2 à 24 ans.

Le vaccin est remboursé par l'assurance maladie.

Infos pratiques

Site internet sur les méningites et septicémies à méningocoque : www.info-meningocoque.fr

Site internet de l'ANSM sur l'ensemble de médicaments commercialisés : <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr>

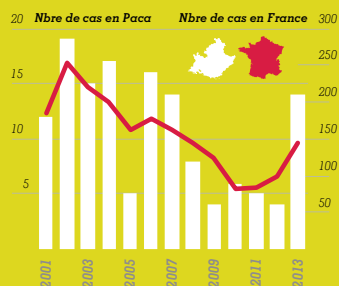
L'Agence régionale de santé PACA et le comité de pilotage régional vaccination (qui regroupe les principaux acteurs en matière de vaccination dans la région) ont sélectionné plusieurs actions en vue de faire remonter les taux régionaux de couverture vaccinale. Sous l'égide du CRES, un groupe d'experts a élaboré cette fiche technique sur la Vaccination contre la Grippe.

www.urps-ml-paca.org
Rubrique : Exercice
"vaccination"

Vaccination CONTRE LE MÉNINGOCOQUE C, des arguments pour convaincre...

Évolution du nombre de cas d'IIM C en région Paca et en France (2001-2013)

En Paca, le taux d'IIM C a plus que triplé entre 2012 et 2013



(Source : Cire Sud)

Références bibliographiques

- (1) Les infections invasives à méningocoques en France en 2012 : principales caractéristiques épidémiologiques - BEH n° 1-2 du 07/01/2014 www.invs.sante.fr/beh/2014/1-2/2014_1-2_4.html
- (2) Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2013 - BEH n°14-15 du 19/04/2013 : www.invs.sante.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2013/BEH-n-14-15-2013
- (3) Guide pratique sur la conduite à tenir devant un ou plusieurs cas d'infections invasives à méningocoque, InVS, 2011
- (4) Recommandations sanitaires pour les voyageurs, BEH n°22-23, 4 juin 2013 : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/BEH_22-23.pdf
- (5) Guide des vaccinations, INPES, 2012 : www.inpes.sante.fr/nouveautes-editionales/2012/guide-vaccination-2012.asp
- (6) Vaccination contre les Infections invasives à méningocoque B : place du vaccin Bexsero®, HCSP, octobre 2013 (rapport et avis) : www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=399

? COMMENT SE TRANSMET LA MALADIE ?

Le méningocoque est une bactérie fréquemment retrouvée dans le pharynx où elle est généralement inoffensive. Le déclenchement de l'infection dépend de multiples facteurs liés à la bactérie (virulence) et à l'hôte (certaines immunodépressions, infections respiratoires, tabagisme notamment). La transmission du méningocoque est aéroportée par les sécrétions rhinopharyngées de personne à personne. C'est un germe très fragile qui ne survit pas dans le milieu extérieur. Il faut une exposition à courte distance (moins d'un mètre), en face à face et d'une durée de plus d'une heure. Le malade peut être contagieux 10 jours avant les premiers symptômes et jusqu'à la première administration d'un antibiotique adapté. Le délai de développement d'un taux protecteur d'anticorps varie de 5 à 12 jours après l'IIM ou sa vaccination.

La principale mesure de prévention concernant les infections à méningocoque C est la vaccination.

Autres vaccins méningococciques

■ Recommandations particulières

Chez les personnes immunodéprimées (VIH...) ou aspléniques (ainsi que d'autres indications rares), la vaccination par le vaccin tétravalent conjugué A, C, Y, W135 est recommandée⁽²⁾.

■ Autour d'un cas d'Infection invasive à méningocoque (IIM)

La vaccination ou revaccination est recommandée pour les sujets contacts d'un cas d'IIM des sérogroupes A, C, Y, W135 au plus tard dans les 10 jours après le dernier contact avec le cas index.

Note : un traitement antibiotique adapté permet le plus souvent de guérir le malade s'il est mis en œuvre précocement. Certains cas contacts sont également éligibles à l'antibiothérapie⁽³⁾.

■ Risques chez les voyageurs

Des indications particulières s'adressent aux voyageurs⁽⁴⁾.

■ Le vaccin contre le méningocoque B

Le HCSP ne recommande pas la vaccination en population générale du fait notamment de l'absence d'effet sur le portage et d'un rapport coût efficacité défavorable mais il existe des indications particulières spécifiques à certaines populations (aspléniques et autres) ou en cas de situation épidémiologique particulière. Le vaccin n'est pas remboursé à ce jour.

Vaccins contre les méningocoques disponibles en France en 2014

Groupes	Noms commerciaux	Remboursement	O-C	O-NC	Pr	Âges d'indications	Remarques
B	BEXSERO	non			x	À partir de 2 mois et jusqu'à 50 ans	Recommandations limitées à des cas particuliers, voir avis et rapport du HCSP
	MENJUGATE KIT	oui	x			À partir de 2 mois	Recommandé à 12 mois, rattrapage jusqu'à l'âge de 24 ans
C	MENINGITEC	oui	x				
	NEISVAC	oui	x				
A+C	VACCIN MENINGOCOCCIQUE A+C	non		x		À partir de 2 ans ; 6 mois pour le A	Intérêt limité à la protection contre le « A » entre 6 et 12 mois (voyageurs et cas contact)
A+C+Y+W135	MENVEO	non	x			À partir de 24 mois	Recommandé dans certaines pathologies et pour les voyageurs dans des circonstances particulières
	NIMENRIX	non	x			À partir de 12 mois	

O-C = Vaccin polysidique conjugué ; O-NC = Vaccin polysidique non conjugué ; Pr = Vaccin protéinique

PIEDS DIABÉTIQUES ET SOINS DE PÉDICURIE : ASPECTS PRATIQUES DE LA PRESCRIPTION

par Mme Marianne SPAZIANI, Pédicure-Podologue

Article présenté par le Dr Wilfrid GUARDIGLI, généraliste à Six-Fours-les-Plages

Un patient diabétique présentant des pieds à risque de grade 2 ou 3 peut bénéficier de la prise en charge d'un forfait de prévention par période d'un an.

Ces séances sont prescrites par le médecin traitant ou par le diabétologue, et elles sont réalisées par un pédicure-podologue conventionné, formé et équipé pour cela.

2 types de forfaits sont pris en charge :

Un forfait annuel de prévention des lésions des pieds à risque de grade 2 : 4 séances de soins.

Un forfait annuel de prévention des lésions des pieds à risque de grade 3 : 6 séances de soins.

GRADATION DU GROUPE INTERNATIONAL DE TRAVAIL SUR LE PIED DIABÉTIQUE :

• Pieds à risque de grade 2 :

Neuropathie sensitive (dépiétée par le test au filament) associée à une artériopathie des membres inférieurs et/ou à une déformation du pied.

• Pieds à risque de grade 3 :

Antécédents d'ulcération du pied et/ou amputation de membres inférieurs.

Chaque forfait comprend également la réalisation par le pédicure-podologue d'un bilan initial et la transmission au médecin d'une fiche de synthèse au terme du traitement ou chaque année en cas de prolongation des soins, comprenant notamment : les résultats obtenus, des observations ou les difficultés rencontrées.

Les éléments du bilan podologique sont tenus à disposition du contrôle médical ou du patient à leur demande.



Chaque séance de soin comporte :

- un examen des pieds et la gradation du risque podologique
- des soins de pédicurie
- une éducation du patient
- la mise en place d'un chaussage adapté si nécessaire

Aucune prise en charge n'est possible pour le grade 1.

Au cours de la 1^{re} séance, le pédicure-podologue réalise un bilan complet des pieds pour déterminer leur sensibilité et établir, avec l'accord du patient, un programme de soins adaptés. Il s'agit de repérer et de traiter les lésions à un stade précoce pour éviter les complications.

Exemples de soins : le traitement de fissures ou d'écorchures de la peau, la suppression des durillons, etc.

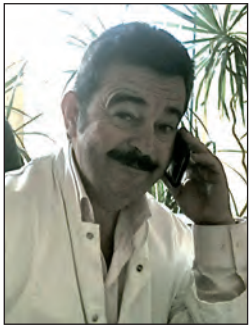
Le pédicure-podologue délivrera également des conseils de prévention concernant notamment le chaussage, celui-ci ne devant pas favoriser l'apparition de lésions, de durillons, etc.

Quel tarif et quel remboursement ?

Le tarif de chaque séance est fixé à 27 €, remboursé à 100 % dans le cadre de l'ALD diabète

A NOTER :

- le pédicure-podologue ne peut pas facturer de dépassements d'honoraires pour ces séances ;
- ces séances peuvent être réalisées à domicile, si la prescription médicale le précise.



LA RÉDACTION D'UN CERTIFICAT MÉDICAL : ACTE QUOTIDIEN ET RESPONSABLE

par le Dr Guy RECORBET, Généraliste à MARSEILLE.

L'Article 28 (1,3) du Code de Déontologie et l'Article R 4127-28 du CSP encadrent la rédaction et la délivrance d'un certificat médical quel qu'en soit l'objectif (Aptitude au sport, coups et blessures, accident.)

La signature d'un médecin bénéficie, par principe, d'un grand crédit. Toute erreur ou compromission de sa part fait, notamment au corps médical entier, un tort considérable.

“La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite”.

En cas de fraude ou de déclaration mensongère, les sanctions encourues devant les tribunaux sont sévères comme le prévoit l'art 441-7 du Code Pénal :

“.. est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende le fait :

- 1- d'établir une attestation ou un certificat faisant état de faits matériellement inexacts*
- 2- de falsifier une attestation ou un certificat originellement sincère*
- 3- de faire usage d'une attestation ou d'un certificat inexact ou falsifié”*

Le médecin fautif est passible en outre de sanctions disciplinaires de la part des juridictions ordinaires



CE QU'IL NE FAUT PAS FAIRE

Certifier ce qui n'a pas été constaté.

“Je soussigné certifie avoir examiné ce jour Mr X, victime d'un AVP ou d'une chute à la suite d'un coup de frein brutal dans le bus” le médecin était-il sur les lieux pour voir l'accident ?

Omettre d'examiner le patient : attention aux certificats d'aptitude qui peuvent être demandés, dans la salle d'attente, entre deux patients pour le fils, la fille ou le conjoint sous prétexte que le patient a été vu pour une pharyngite il y a 8 jours.

Mettre en cause un tiers et le nommer dans le certificat puisque le patient nous le dit. (Responsable de l'accident, agresseur éventuel, conjoint dans les cas de séparation ou de divorce)

Omettre volontairement de signaler nos constatations en particulier dans les cas de suspicion de maltraitance. 

Prendre parti dans la rédaction : attention aux certificats pour la garde de l'enfant dans les divorces *“ne pourra pas se rendre chez son père car son asthme est incompatible avec les moisissures”* (caricature car triple peine, asthme = secret médical, père = tiers nommé, moisissures = non constatées ⁽²⁾)

Remettre le certificat à un tiers : sauf dans les cas de mineur ou d'incapable majeur



CE QU'IL FAUT FAIRE

Ecouter l'interlocuteur et l'interroger soigneusement pour comprendre sa demande. Prendre le temps nécessaire.

Examiner le patient en appuyant l'examen sur l'axe de sa demande : aptitude à un sport, traumatisme.

Certifier uniquement ce qui a été constaté sans reprendre les dires du patient qui insiste souvent pour que ceux-ci soient retranscrits.

Le rôle du médecin est en effet d'établir des constatations médicales, non de recueillir des attestations ou des témoignages et encore moins de les reprendre à son compte.

Savoir rejeter certaines demandes de certificat. S'il est tenu de délivrer à son patient un certificat des constatations médicales qu'il est en mesure de faire, le médecin reste libre de son contenu et de son libellé, qui engagent sa responsabilité.



Conclusion :

L'augmentation constante des plaintes auprès du procureur et/ou de l'Ordre des Médecins nécessite de la part des médecins une vigilance accrue dans la rédaction de leurs certificats qui représentent plus de 20% des plaintes de patients au Conseil de l'Ordre.

Réf :

1- Code de déontologie médicale art 28 p 6 et ses commentaires p 108

2- Bulletin de l'Ordre Nov-Déc 2012 "Le secret médical" p 5, 13,14.

3- Bulletin de l'Ordre N° 25 oct 2012 "Certificats et ITT" p 20



Le Journal des Médecins Libéraux de PACA n°38 - Mai 2011 "Le médecin libéral face à l'enfant en danger ou en risque de l'être" disponible également sur www.urps-ml-paca.org.

"Guide destiné aux médecins libéraux face à l'enfant en danger ou en risque de l'être" ed. URPS ML PACA



L'ÉCHOGRAPHIE ET LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE OU LE STÉTHOSCOPE DU XXI^{ÈME} SIÈCLE

par le Dr Isabelle LECLAIR, Généraliste à Toulon

Les médecins généralistes commencent à se former à l'échographie.

Cela suscite de nombreuses polémiques, alors qu'il s'agit d'une évidence.

L'échographie est restée pour l'ancienne génération de médecins, l'apanage du spécialiste en radiologie et comme nous l'avons si bien appris, un examen "opérateur dépendant".

Une des principales raisons à l'utilisation limitée de l'échographe était en fait son coût.

L'évolution technologique en marche, les appareils d'échographie sont devenus bien plus abordables. Chaque service hospitalier possède maintenant son appareil et les étudiants en médecine l'ont toujours connu dans leur arsenal diagnostic.

Pour eux, pas de formation spécifique, c'est intuitif, il a toujours été à leur disposition, ils sont "nés" avec.

Les urgences sont bien entendu également dotées et les internes pratiquent eux-mêmes les échographies.

Le mythe de l'échographie est tombé. Pour les jeunes médecins fraîchement diplômés, il n'a jamais existé.

Il s'agit d'un acte technique et comme tout geste technique il nécessite d'être répété pour être assimilé. Ce n'est pas facile. Personne ne l'a dit mais cela peut devenir naturel, comme un prolongement de la main lors de l'examen des patients à force de répétition.

L'examen = inspection - auscultation - percussion - palpation du XX^{ème} siècle s'enrichit au XXI^{ème} siècle de l'ultrason.

Il existe des formations et tout médecin en a besoin pour débiter.

Il est indispensable de prendre le train en marche. L'échographie nécessitera quelques années avant d'être apprivoisée, mais c'est possible.

Aucun complexe à avoir, de la 4^{ème} année de médecine à la fin de leurs études, soit pas moins de 5 ans, les "jeunes" ont eu tout le temps de se l'approprier.

A nous d'accepter de lui consacrer ce temps parce qu'elle le vaut bien.



QUESTIONS FRÉQUEMMENT POSÉES

Est-ce que je vais pouvoir rentabiliser mon investissement ?

Quand vous changez votre vieux tacot pour un ordinateur plus puissant, vous posez-vous la question en combien de temps vous le rentabilisez ? C'est un outil qui vous permet de mieux travailler, c'est tout. Il existe des cotations. Dès la "bête" domptée vous pourrez en bénéficier.

Je ne veux pas me fâcher avec mes confrères radiologues.

Qui a dit que vous deveniez radiologue ? Quand il traite une pneumopathie le médecin généraliste prend-t-il le travail du pneumologue ? Quand vous faites un ECG en urgence, celui du cardio ? Vous avez bien un otoscope, effectuez des frottis... Ce sont des actes du médecin généraliste tout comme l'échographie du médecin généraliste.

Pensez-vous que nos confrères gynéco, endocrino ou gastro qui pratiquent l'échographie depuis longtemps ou les pneumo qui effectuent des radio pulmonaires soient en conflit avec les radiologues ?

Je ne veux pas avoir de problèmes médico-légaux.

Vous ne pouvez pas en avoir si vous n'êtes pas flou et pas plus que lorsque vous exercez le reste de votre art.

Vous voyez, vous concluez, vous éditez un compte rendu et une image. C'est vu, c'est sûr.

Vous ne voyez pas, vous ne pouvez pas conclure. Ne rassurez pas le patient, dites-lui que vous avez besoin de précisions et demandez l'avis d'un expert, en l'occurrence le radiologue. Ne faites-vous pas de même quand vous avez un doute sur l'ECG ? Si la radio n'est pas précise ne demandez-vous pas un scanner ou autre ?

Ca va me prendre du temps et rallonger la durée de mes consultations.

L'échographe doit trouver sa place à côté de la table d'examen, branché, allumé. Il est un prolongement de votre main lorsque vous examinez votre patient. Quoi de plus persuasif que de faire voir pour convaincre un patient. L'image est un outil de communication très fort. C'est un praticien de s'organiser pour ne pas perdre de temps.

**PROFESSIONNEL DE SANTÉ (n.m):
SPÉCIALISTE AYANT BESOIN
DE CONSEILS SPÉCIALISÉS.**

La Caisse d'Épargne est la banque de tous les professionnels de la santé. Ceux qui savent leurs droits et leurs besoins, elle les accompagne au plus près grâce à ses équipes dédiées.

CAISSE D'ÉPARGNE
LA BANQUE. NOUVELLE DÉFINITION.

LA PRÉVOYANCE DU PROFESSIONNEL LIBÉRAL : POURQUOI C'EST IMPORTANT ET COMMENT BIEN CHOISIR

Cette fiche a été réalisée par

CAISSE D'ÉPARGNE
PROVENCE-ALPES-CORSE



LA BANQUE. NOUVELLE DÉFINITION.

Le professionnel libéral, en qualité de travailleur non salarié, est affilié à un régime obligatoire qui ne répond que faiblement à la compensation de perte de revenus, notamment en cas d'arrêt de travail. Il est facultatif mais fortement recommandé pour le professionnel libéral d'organiser **sa prévoyance individuelle**, au

même titre que l'assurance de son cabinet.

Par exemple, pour un médecin libéral, la CARMF ne versera des indemnités journalières en cas d'invalidité temporaire qu'à partir du 91^e jour d'arrêt de travail, et en fonction de la classe de cotisations (de 63.27€ à 126.54 € par jour en 2013).

Indemnités journalières en cas d'invalidité temporaire (à partir du 91 ^e jour de l'arrêt de travail) en fonction de la classe de cotisations.			
	Classe A	Classe B	Classe C
Taux normal	63,27 €	94,90 €	126,54 €
Taux réduit	32,27 €	48,40 €	64,54 €

Rente annuelle en cas d'invalidité totale et définitive (maximum de la classe)			
	Classe A	Classe B	Classe C
Médecin	11 610,20 €	17 416,00 €	23 220,40 €
Majorations pour conjoint	4 063,57 €	6 095,60 €	8 127,14 €
Majorations par enfant à charge	6 468,80 €	6 468,80 €	6 468,80 €

Source CARMF

Ainsi, si le professionnel libéral n'est plus en mesure d'exercer, et s'il reste sans revenus complémentaires de prévoyance :

- c'est la pérennité de l'activité qui se retrouve fragilisée. Les charges d'exploitation et les charges sociales continueront d'être réclamées, et s'il compte un salarié, les salaires devront également continuer d'être versés.
- c'est le maintien de son train de vie, à titre privé, pour lui-même et sa famille à charge, qui est fragilisé.

Il est donc nécessaire de prévoir une assurance complémentaire pour faire face à l'ensemble de ces dépenses, que l'on exerce sous forme d'entreprise individuelle ou sous forme sociétale.

La mise en place d'une couverture complémentaire répond donc à trois objectifs :

- Se prémunir contre la perte de revenus suite à un accident ou une maladie
- Assurer la pérennité de l'activité libérale
- Assurer l'avenir de ses proches en cas de décès

Le risque à garantir	Dans quel cas ?	Ce que va apporter une prévoyance complémentaire
L'incapacité temporaire	Le professionnel libéral ne peut plus exercer son activité professionnelle, de manière ponctuelle, dans une durée limitée dans le temps, suite à un accident ou une maladie	Les indemnités journalières versées par l'assureur vont alors suppléer à la perte de revenus
L'invalidité	Le professionnel libéral est dans l'incapacité d'exercer son activité de manière définitive.	<p>L'assurance invalidité va permettre de maintenir le versement de revenus.</p> <p>Cette invalidité est considérée comme totale si le taux d'invalidité est supérieur ou égale à 66%, auquel cas 100% de la rente sera versée.</p> <p>Cette invalidité est considérée comme partielle si le taux d'invalidité est inférieur à 66%. Dans ce cas, une méthode de calcul au prorata sera appliquée pour déterminer le montant de la rente.</p>
Le décès	Le professionnel libéral décède.	Les contrats prévoient soit le versement d'un capital, soit le versement d'une rente.

Comment choisir son assurance complémentaire ?

Dans le choix de son contrat, chaque professionnel libéral pourra arbitrer entre différentes classes de cotisations.

Ce choix de votre assurance complémentaire est à déterminer en fonction de vos besoins :

- Vos revenus actuels et leurs possibles évolutions : vos revenus peuvent varier à la hausse comme à la baisse. Assurez-vous que les prestations proposées soient forfaitaires, et versées quelle que soit la variation de vos revenus.
- Vos charges, et notamment celles incompressibles à couvrir, principalement charges sociales personnelles (CARMF, URSSAF...), loyer, salaires et charges sociales (secrétaires, assistantes...), quote-part de SCM ou SCP dans le cadre d'une association, ...
- Votre situation personnelle, familiale : marié, pacsé, enfants à charge...
- Le montant des prestations versées par votre régime obligatoire, afin de compenser dans la juste mesure de votre niveau de vie habituel.

Il est important de ne pas se focaliser sur le montant de la cotisation mais bien sur le contenu de la prestation.

D'autres éléments sont à prendre en considération :

- Le délai de carence, de franchise (à partir de quand l'assurance prend le relais)
- Les plafonds de garanties, afin qu'ils soient en adéquation avec votre niveau de revenus
- Les exclusions
- La durée de versement de la prestation

Concilier prévoyance et défiscalisation

Certains contrats de prévoyance sont éligibles à la loi Madelin, dont les cotisations sont déductibles du bénéfice imposable, dans la limite d'un plafond annuel de 9 011€ en 2014.

La loi Madelin a pour but d'inciter les travailleurs non-salariés à suppléer à leur régime obligatoire et à se constituer leur propre protection sociale. Le conjoint collaborateur peut également souscrire aux contrats Madelin sous certaines conditions.



UNION REGIONALE
DES PROFESSIONNELS DE SANTE
DES
PEDICURES PODOLOGUES
DE PACA

LE PODOLOGUE

par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Pédiatres Podologues de PACA

Le Podologue cumule deux activités complémentaires :

- une activité de soin visant à prévenir, déceler et traiter les pathologies congénitales ou acquises entraînant des affections épidermiques et unguéales.
- une activité clinique suivie de la conception et l'adaptation d'orthèses sur mesure (orthèses plantaires) fonctionnelles ou de confort, orthèses digitales (orthoplasties), orthèses unguéales (orthonyxies) et prothèses unguéales (onychoplasties).

Lors de son activité professionnelle il est quotidiennement confronté à la prise en charge de patients présentant des pathologies métaboliques, neuromusculaires, etc...

Activité de soin

L'environnement dans lequel évolue le Podologue suit les recommandations prévues par la HAS notamment en ce qui concerne le choix du matériel et son traitement conférant une protection optimale pour le patient et le praticien.



Lors du soin de podologie deux types d'affections peuvent être traitées :

- Epidermiques : cors, durillons, hygromas, mycoses, hyperkératoses talonnières etc...
- Unguéales : onyxis, onychomycoses, ongles incarnés, etc...



Cas d'un patient diabétique
Avant/Après le soin

Exemple d'une affection unguéale courante : l'ongle incarné :

Les causes de l'ongle incarné :

Une chaussure trop étroite, trop pointue, trop courte, trop grande, trop rigide, entraîne un conflit entre le bourrelet et l'ongle. Une malformation et/ou une mauvaise coupe de l'ongle peuvent être à l'origine de l'ongle incarné

Le plus souvent celui-ci siège au niveau de l'hallux.

Trois stades peuvent être observés en présence d'ongles incarnés, qui dépendent de la présence ou non d'infection.

- **Au premier stade** l'ongle pénètre dans le bourrelet de l'orteil, une douleur légère puis alternée est ressentie avec une rougeur et un gonflement du bourrelet. Une petite plaie est observée dans le sillon.
- **Au deuxième stade**, c'est l'infection ; la douleur augmente et devient permanente avec ou sans chaussure, nuit et jour. Le bourrelet est toujours inflammatoire et infecté !
- **Au troisième stade**, un bourgeon charnu s'est formé, appelé Botryomycome. Ici la douleur est insupportable, sur le bourrelet une excroissance rouge vif et sanguinolente se remarque.

Traitement de l'ongle incarné

L'ongle incarné doit être pris en charge rapidement par le podologue pour éviter toute complication.

Bien traité, la guérison s'obtient en quelques jours.

Le traitement consiste en une résection de l'éperon unguéal et le traitement de l'infection. Suivant l'étiologie, il peut être proposé une orthonyxie au patient.



Avant traitement



Après traitement

LE PODOLOGUE (SUITE)

Activité clinique

1. Anamnèse et bilan

Le podologue intervient dans différents domaines orthopédiques (rhumatologie, chirurgie, rééducation, médecine du sport...) afin d'apporter une aide et un accompagnement au traitement médical et/ou chirurgical. Il peut aussi intervenir en première intention par son droit au diagnostic, afin d'orienter au mieux la prise en charge thérapeutique pluridisciplinaire des différentes pathologies auxquelles il est quotidiennement confronté, en fonction de son bilan initial.

Ce bilan se décompose en trois temps:

1. En décharge
2. En charge statique
3. En dynamique

Le bilan en décharge :

Il consiste à localiser la douleur, la retrouver à l'aide de manipulations passives pour le patient. On recherchera entre autres exemples : amplitudes articulaires, tensions musculaires, épines irritatives etc...

La manipulation du patient permet d'orienter le diagnostic.

Le bilan statique :



Il s'effectue en charge, debout sur un podoscope et/ou sur une plateforme de pression qui permettra d'analyser les appuis de manière plus précise et plus détaillée en fonction de la pathologie et de l'indication thérapeutique.

On pourra observer, non seulement les appuis

plantaires, mais aussi tous les troubles de la posture globale de l'appareil locomoteur, avec une attention particulière sur le bassin et le rachis.

Les données recueillies lors de l'examen en décharge pourront être mises en corrélation avec celles de l'examen en charge.

Le bilan en dynamique :

Le corps humain est en mouvement constant et la position statique pure n'existe quasiment pas, il est donc capital d'intégrer l'analyse des mouvements, qu'ils soient quotidiens (marche) ou spécifiques (sport, gestuelle professionnelle...) pour comprendre l'étiologie des pathologies.

C'est surtout grâce aux nouvelles technologies que nous

pouvons comprendre de façons analytique et précise les anomalies du mouvement, qui peuvent d'ailleurs être induites par des troubles posturaux, positionnels statiques.

L'examen peut se faire à l'aide de différents outils:

- Marche simple au sol dans le cabinet
- Tapis de marche (course) en fonction des capacités du patient - Plateforme de pression



Cet examen peut être complété par une analyse vidéo image par image si cela est nécessaire.

De ces trois phases de l'examen découlent plusieurs possibilités :

- Traitement podologique par orthèses plantaires et/ou orthèses digitales
- Orientation vers un autre praticien médical ou paramédical, en accord avec le médecin traitant
- Prescription thérapeutique (topiques à usage externe uniquement)
- Nécessité de demander des examens complémentaires

2. Les Orthèses Plantaires

Il existe différentes manières de concevoir une orthèse en fonction de la pratique et des affinités du praticien, qu'elle soit biomécanique, de reprogrammation posturale ou proprioceptive, elle va toujours modifier les appuis en induisant une modification de la posture générale.

Différents matériaux, plus ou moins fermes, plus ou moins élastiques, thermoformables, peuvent être utilisés : en fonction de la pathologie du patient, de son mode de chaussage habituel ou spécifique (chaussure de sécurité, de sport, escarpins...) pour que le patient puisse suivre "la thérapeutique podologique" lors de son activité quotidienne.

3. Orthèses digitales (Orthoplasties)

Ce sont des appareillages amovibles, réalisés sur mesure permettant de traiter les déformations et leurs conséquences.



Patient non appareillé



Patient appareillé

Ils sont réalisés en élastomère de silicone de dureté différente après posturation en fonction de la déformation à traiter.

Les orthoplasties peuvent être de deux types :

- de protection : elles ont pour but la mise en décharge des lésions algiques dans le cas de déformations irréductibles.
- de correction : elles concernent les déformations réductibles

4. Orthèses unguéales (Orthonyxies)

Il s'agit d'une technique de rééducation de l'ongle permettant la modification de sa courbure.

Cet appareillage, le plus souvent réalisé en fil titane, est appliqué lorsque la courbure de l'ongle génère des conflits entre la plaque unguéale et les tissus péri-unguéaux.

L'orthonyxie agit par système de levier et forces de rappel sur la plaque unguéale externe mais aussi et surtout sur les ligaments matrico-phalangiens et la matrice.

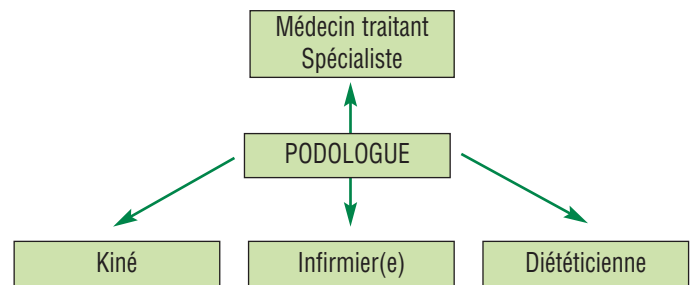


5. Prothèses unguéales (Onychoplasties)

C'est une technique qui consiste à réaliser et à poser une plaque unguéale artificielle sur l'ongle ou dans les sillons. Cette technique a pour but principal de préserver la fonction liée à l'ongle, la protection de la phalange, ou éviter les pressions péri-unguéales.

Après un bilan complet le podologue va mettre en place une stratégie pluridisciplinaire afin de soulager ou traiter la pathologie du patient. Il agit sur l'ensemble de l'appareil locomoteur, ses indications sont donc multiples (pied, genou, bassin, rachis).

Le travail pluridisciplinaire se traduit donc par des modalités de collaboration entre professionnels permettant une efficacité de soin au service des patients ; leur objectif étant la construction d'une analyse partagée et d'une définition commune des actions.



SOS BURN-OUT 0826 004 580

Réseau d'aide aux médecins libéraux, la cellule d'écoute de l'AAPML est accessible 24 h/24 et 7 jours/7 pour vous aider à passer un cap difficile, et ce dans le respect de l'anonymat.

Le site : www.aapml.fr



REPÉRAGE DES CAS DE CHIKUNGUNYA ET DENGUE

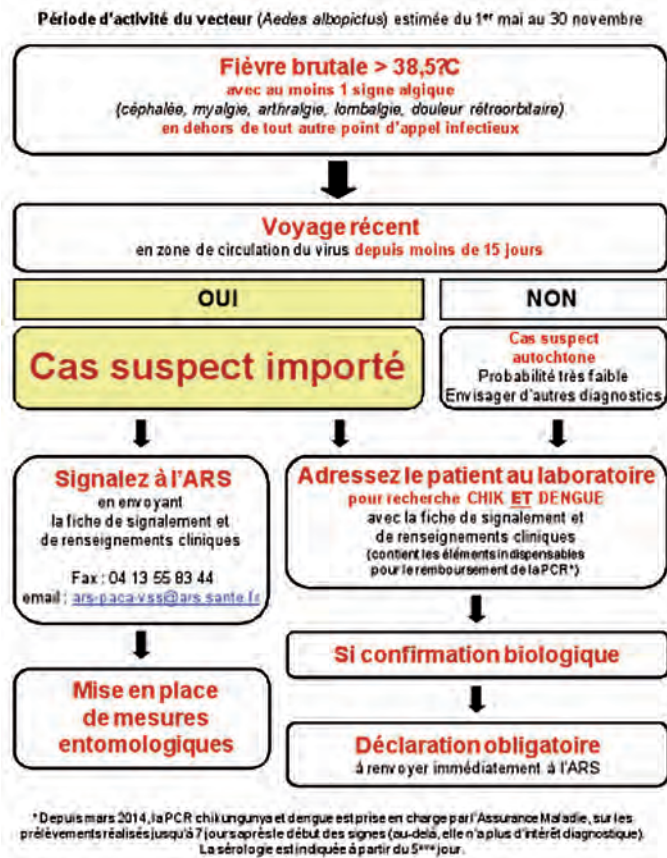
Le moustique *Aedes albopictus* est implanté en PACA, dans tous les départements de la région à l'exception des Hautes-Alpes. La période des actions de surveillance correspond à celle de l'activité du moustique, qui s'étend en principe du 1er mai au 30 novembre.

La surveillance des cas humains de chikungunya et de dengue en métropole a pour but de prévenir ou de limiter l'instauration d'un cycle de transmission autochtone de ces virus. **L'épidémie de chikungunya, qui sévit actuellement dans les départements français d'Amérique et les Caraïbes, fait craindre un nombre élevé de cas importés dans les prochains mois en Paca.**

Il vous est demandé devant tout **cas suspect importé** de chikungunya ou de dengue (répondant à la définition de cas et ayant séjourné dans une zone de transmission connue de ces virus dans les 15 jours précédant la date de début des symptômes) :

- de procéder sans délai à son signalement à la plateforme de veille sanitaire de l'ARS (fiche de signalement et de renseignements cliniques dûment complétée), sans attendre de confirmation biologique (mail : ars-paca-vss@ars.sante.fr, fax : 04 13 55 83 44, tél. : 04 13 55 8000)
- de prescrire une confirmation biologique : le patient doit se rendre au laboratoire de proximité avec copie de la fiche, indispensable pour l'indication du type d'analyse (la RT-PCR et/ou la sérologie), pour l'interprétation des résultats et pour le **remboursement de l'acte**. Chaque examen est à prescrire systématiquement pour les deux maladies.
- de demander à votre patient de se protéger contre les piqûres de moustiques (répulsifs, moustiquaires, etc.) pour éviter d'être à l'origine de cas autochtones.

Le signalement des **cas suspects autochtones** de chikungunya ou de dengue **n'est pas demandé**. Cependant, en cas de signes cliniques **très évocateurs**, une demande de diagnostic biologique est laissée à votre appréciation. Pour tout **cas confirmé** de dengue ou de chikungunya (importé ou autochtone), il convient **d'envoyer une notification (déclaration obligatoire) à l'ARS**.



NOUVEAU CALENDRIER VACCINAL (Source Ministère de la santé)



2014 calendrier simplifié des vaccinations

Âge approprié	Naissance	2 mois	4 mois	11 mois	12 mois	16-18 mois	6 ans	11-13 ans	14 ans	25 ans	45 ans	65 ans et +
BCG												
Diphthérie-Tétanos-Poliomyélite												Tous les 10 ans
Coqueluche												
Haemophilus Influenzae de type b (HIB)												
Hépatite B												
Pneumocoque												
Méningocoque C												
Rougeole-Oreillons-Rubéole												
Papillomavirus humain (HPV)												
Grippe												Tous les ans

Point-clé sur les nouvelles recommandations en 2014

Recommandations générales :

Infections à papillomavirus humains des jeunes filles âgées de 11 à 14 ans : le nombre de dose est réduit de trois à deux doses.

Recommandations dans des situations spécifiques :

Infections invasives à méningocoque de serogroupe B : la vaccination n'est pas recommandée dans le cadre d'une stratégie généralisée de prévention mais fait l'objet de recommandations particulières ;

Coqueluche : pour protéger les nourrissons qui ne peuvent pas encore être vaccinés, la stratégie du "cocooning" est renforcée pour les adultes en contact avec des nourrissons âgés de moins de 6 mois et pour les professionnels de santé et de la petite enfance ;

Oreillons : la vaccination en situation de cas groupés d'oreillons en collectivité est précisée ;

Infections invasives à pneumocoque : la vaccination des personnes présentant des facteurs de risques est actualisée ;

Hépatite B : un nouveau schéma vaccinal accéléré peut être proposé dans certaines conditions de recherche d'immunisation ;

Rougeole : les conditions de vaccination des enfants âgés de 6 à 11 mois exposés à un cas de rougeole sont précisées ;

Prévention du tétanos : les recommandations de prise en charge des plaies en fonction du type de blessure sont actualisées.

Par ailleurs, le calendrier insère des recommandations vaccinales spécifiques pour les personnes immunodéprimées ou aspléniques, leur entourage proche et les professionnels de santé à leur contact.

Pour en savoir plus : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Calendrier_vaccinal_ministere_sante_2014.pdf



&



FORMATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES AU DÉPISTAGE DES CANCERS

Les formations sont organisées dans toute la région PACA, au plus près des lieux d'exercice des médecins. Elles se déroulent en soirée, **sur une durée d'environ 2 heures, et sont indemnisées 138 € (6 C).**

POUR S'INSCRIRE :
contact@urps-ml-paca.org
TÉL : 04 96 20 60 80

COLLOQUE "DE LA TENTATIVE AU SUICIDE CHEZ LES JEUNES DE 10 À 25 ANS"

Lors de ce colloque nous aborderons l'état des lieux, en région, du suicide des jeunes à partir d'une enquête que nous pourrons confronter à notre pratique avec le Dr VERGER de l'ORS et le Dr SOFFER de l'association ASMA. Nous aborderons également avec des experts nationaux, le Dr BOTBOL, "la psychopathologie du suicidant" et le Dr TERRA, "la crise suicidaire".

Samedi 24 mai 2014
de 9H30 à 17h00
Hémicycle de la Région Provence Alpes Côte d'Azur
Place Jules GUESDE - 13002 MARSEILLE
Inscription gratuite : contact@urps-ml-paca.org
ou 04 96 20 60 80