

## Éditorial

Par **Philippe Arramon-Tuoco**

Président de l'URPS ML Nouvelle-Aquitaine

### Plan Régional de Santé

Chère consœur, cher confrère,

Le PRS (Plan Régional de Santé) vient d'être publié pour les cinq ans à venir.

Nous y avons beaucoup travaillé afin d'assouplir et d'infléchir certaines dispositions ne nous paraissant pas acceptables pour la médecine libérale et plus globalement pour la bonne prise en charge des patients.

L'intégration de la télémédecine est à présent actée. C'est un enjeu majeur pour la médecine libérale avec les outils numériques et bien entendu la messagerie sécurisée.

À travers tout cela, on voit nettement se profiler une réorganisation importante de la prise en charge des patients sur les territoires.

À nous d'en prendre toute la mesure, d'être une fois de plus innovant et précurseur afin que perdure notre exercice libéral auquel nous croyons, ainsi que les patients qui nous font confiance.

Bien confraternellement.

### PAS DE TÉLÉCONSULTATION SANS LES MÉDECINS LIBÉRAUX !



## À lire dans ce numéro

p 2

Comment l'ambulatorio profite à tous sauf aux médecins ?

p 7-8

Aides à l'installation : zones concernées

p 3 à 5

Dossier télémédecine

p 9

Vers un nouveau cahier des charges pour la PDSA

p 6

PACT NA (Plateforme d'Astreinte et de Coordination en Téléimagerie en Nouvelle-Aquitaine)

p 10

RGDP : ce qu'un médecin doit savoir

p 11

Infections liées aux soins (IAS) en EHPAD

# Comment l'ambulatoire profite à tous sauf aux médecins ?

Rester hospitalisé seulement quelques heures pour une intervention chirurgicale est considéré comme un avantage pour la plupart des patients.

Cela nécessite pour les établissements et pour les deux intervenants principaux, l'anesthésiste et le chirurgien, une organisation sans faille pour que le geste soit pratiqué en toute sécurité. Pour les financiers de la santé l'avantage est d'abord économique mais l'impact de l'ambulatoire demande à être précisé. Certes, un séjour plus court revient moins cher... mais l'acte est-il aussi sûr et que se passe-t-il dans les mois suivant ?

- Y a-t-il plus ou moins de recours à des soins de ville, aux ambulances, aux arrêts de travail ?
- Y a-t-il plus de ré-hospitalisations ?
- Y a-t-il au total vraiment des économies ?
- Si oui, à qui profitent-elles ?

Pour répondre à ces questions, l'URPS nouvelle Aquitaine s'est associée avec sept autres URPS Médecins pour commanditer une étude médico-économique au cabinet Salamati conseil. Le caractère inédit de ce travail est d'étudier non pas le seul séjour ambulatoire, mais le parcours du patient sur les trois mois qui précèdent et les trois mois qui suivent ; le but étant de mettre en évidence l'impact sur tous les paramètres en termes de sécurité d'abord, et de coût ensuite. 14 actes à fort taux de pratique ambulatoire ont donc été sélectionnés sur toutes les spécialités (cholécystectomie, chirurgie de varices, acromioplastie, opération de la rétine...) et ont été ainsi étudiés rétrospectivement sur 4 ans, de 2011 à 2015, qu'ils aient été pratiqués en hospitalisation conventionnelle ou en ambulatoire, à l'hôpital public ou dans le privé.

Durant cette période, on peut noter que le recours à l'ambulatoire a progressé fortement, le secteur privé gardant une forte avance (62 % contre 44 % dans le public). La réponse aux questions posées est sans appel : l'impact de l'ambulatoire est bénéfique à tout point de vue.

## Y a-t-il plus ou moins de recours à des soins de ville, aux ambulances, aux arrêts de travail ?

Le médecin traitant, les infirmières, les kinésithérapeutes n'ont pas été plus sollicités après ambulatoire qu'après hospitalisation classique. Il y a eu moins d'arrêt de travail et moins de recours aux transports sanitaires, ceci s'expliquant par l'obligation de présence d'un accompagnant qui joue souvent aussi le rôle de chauffeur.

## Y a-t-il plus de ré-hospitalisations ?

Être ré-hospitalisé signifie qu'une complication est survenue : le taux n'en a pas été dif-



férent selon les deux modes d'hospitalisation. On peut donc considérer que la sécurité opératoire de l'ambulatoire sur les gestes étudiés est démontrée. Pour le patient, c'est un avantage considérable avec un geste aussi sûr, avec moins d'impact sur sa vie personnelle.

## Y a-t-il vraiment des économies ?

Sans aucun doute : une hospitalisation complète transformée en ambulatoire fait baisser en moyenne le coût de 23 %. Sur le périmètre de l'étude cela représente 500 € d'économie par acte transformé.

## À qui profitent ces économies ?

Il nous faut détailler un par un les différents intervenants :

- **les établissements** : ce sont les bénéficiaires directs de ces 500 € d'économie, puisque depuis 2014 le financement par l'assurance-maladie est le même pour un séjour ambulatoire et un séjour en hospitalisation classique. Cette économie s'explique par la réduction du coût du personnel, en particulier de nuit.
- **L'assurance-maladie** : avec environ deux ans de décalage, elle sera également bénéficiaire puisqu'elle adaptera à la baisse le tarif GHS de remboursement du séjour au fur et à mesure que le taux d'ambulatoire progressera.
- **Le patient** : Il économise le coût des nuitées et l'éventuel supplément chambre particulière. En fait... c'est une illusion d'optique ! Car 96 % des Français ont une complémentaire santé...
- **les complémentaires santé** : ...prenant le plus souvent en charge le coût de ces nuitées, ce sont elles qui bénéficient du passage à l'ambulatoire avec des remboursements inférieurs pour des cotisations qui continuent imperturbablement de progresser de 3 % par an.

- **Et les praticiens ?** Le passage à l'ambulatoire ne modifie en rien les honoraires ou les salaires qu'ils perçoivent.

Les praticiens sont en fait les grands oubliés dans les économies générées par le passage à l'ambulatoire. Il est même tout à fait étrange que les financiers n'aient pas imaginé que pour favoriser la progression de l'ambulatoire, il eut été judicieux de redistribuer une part des économies induites à ceux qui décident de l'indication opératoire, qui vont réaliser l'intervention, qui avec le patient choisissent le mode d'hospitalisation et qui vont devoir adapter leurs pratiques. Que ce soit dans le public ou dans le privé aucune incitation financière ! Bonus sur salaire ou coefficient modificateur sur la cotation CCAM des libéraux auraient été d'excellents leviers qui n'ont jusqu'à maintenant pas été utilisés. Il n'est pas trop tard pour y songer...

La progression de l'ambulatoire se poursuit actuellement pour des actes plus lourds que les 14 actes choisis pour la présente étude. Il n'est pas certain d'ailleurs que pour une intervention comme la prothèse totale de hanche, l'impact de l'ambulatoire soit neutre en matière de soins postopératoires et de ré-hospitalisation. Ceci fera l'objet d'un prochain travail, demandée par l'URPS nouvelle Aquitaine en collaboration avec sept autres URPS, portant sur des actes lourds dont le taux d'ambulatoire, actuellement faible, est en progression.

Pour plus de détails, vous pouvez consulter l'enquête complète sur le site de l'URPS ML NA [www.urpsml-na.org](http://www.urpsml-na.org)

Dr Xavier GOUYOU-BEAUCHAMP



# La télémédecine



La télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport, entre eux ou avec un patient, un ou plusieurs professionnels, parmi lesquels figurent nécessairement un médecin et, le cas échéant, d'autres professionnels de santé.



La télémédecine permet d'établir un diagnostic, d'assurer un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de prescrire des médicaments ou des examens complémentaires, d'effectuer une surveillance de l'état des patients, d'assurer une régulation médicale.

La télémédecine constitue donc une réponse majeure aux défis auxquels notre système de santé est confronté. Mais elle doit reposer sur un projet médical répondant aux besoins de la population et des professionnels de santé d'un territoire. Elle doit s'intégrer au parcours de soins.

Est ce bien ainsi que la télémédecine est perçue par l'ensemble des acteurs en particulier les assureurs, les mutuelles ou les opérateurs internationaux comme les GAFAs ?

Cinq actes de télémédecine sont reconnus par la loi HPST de 2009 : la téléconsultation, la téléexpertise, la télésurveillance, la téléassistance médicale et la régulation médicale.

Elle concerne de manière égale toute la population sur l'ensemble du territoire à condition que les infrastructures le permettent.

Parmi les objectifs prioritaires nous pouvons retenir :

- L'amélioration de l'accès aux soins en luttant contre les déserts médicaux,
- L'amélioration de la qualité de vie,
- La diminution des événements graves,
- La diversification des modes de prise en charge.

Des garanties doivent être apportées aux utilisateurs :

- La confidentialité des données à l'ère du « Big data »,
- L'intégration volontaire dans le parcours de soin,
- Une sécurité optimale,

- Le respect absolu de la liberté de choix du patient.

La confidentialité des données et la sécurité des échanges sont un des fondements de l'art médical.

La définition des actes de télémédecine ainsi que leurs conditions de mise en œuvre et de prise en charge financière ont été fixées par décret en 2018, en tenant compte des déficiences de l'offre de soins et des particularités géographiques (art. L6316-1 du code de la santé publique). Ces éléments ont été repris dans l'avenant 6 de l'actuelle convention médicale (cf article pages 4 et 5).

La télémédecine est un vecteur important d'amélioration de l'accès aux soins, en particulier dans les zones fragiles. En effet, elle permet une meilleure prise en charge au plus près du lieu de vie des patients et contribue à rompre l'isolement dont sont parfois victimes les professionnels de santé et les professionnels du secteur médico-social. Elle constitue aussi un facteur d'amélioration de l'efficacité, de l'organisation et de la prise en charge des soins par l'assurance maladie.

Nous le redisons, la télémédecine intégrée au parcours de soins le renforce, le rend plus pertinent et pour cela doit être pensée avec les professionnels et les usagers dans un environnement sécurisé.

Produit du génie humain, la télémédecine doit rester une solution technique performante au service de l'humain et non se transformer en un « super-système » utilisé massivement à des fins mercantiles.

## La télémédecine se décline en 5 branches



### 1 - La téléconsultation

Elle fonctionne de la même manière qu'une consultation physique. Ainsi, le patient, accompagné éventuellement d'un professionnel de santé, et le médecin échangent à distance et ce dernier livre son diagnostic en fonction des informations qu'on lui fournit.

### 2 - La téléexpertise

C'est une pratique qui concerne uniquement les professionnels médicaux. Le professionnel médical chargé de surveiller l'évolution de la thérapie d'un patient peut ainsi demander un ou plusieurs conseils à d'autres confrères dans le but de prendre une décision la plus juste possible.

### 3 - La télésurveillance médicale

C'est une pratique au long terme qui permet au professionnel médical de suivre l'état du patient (qui est à domicile) à partir de données de suivi.

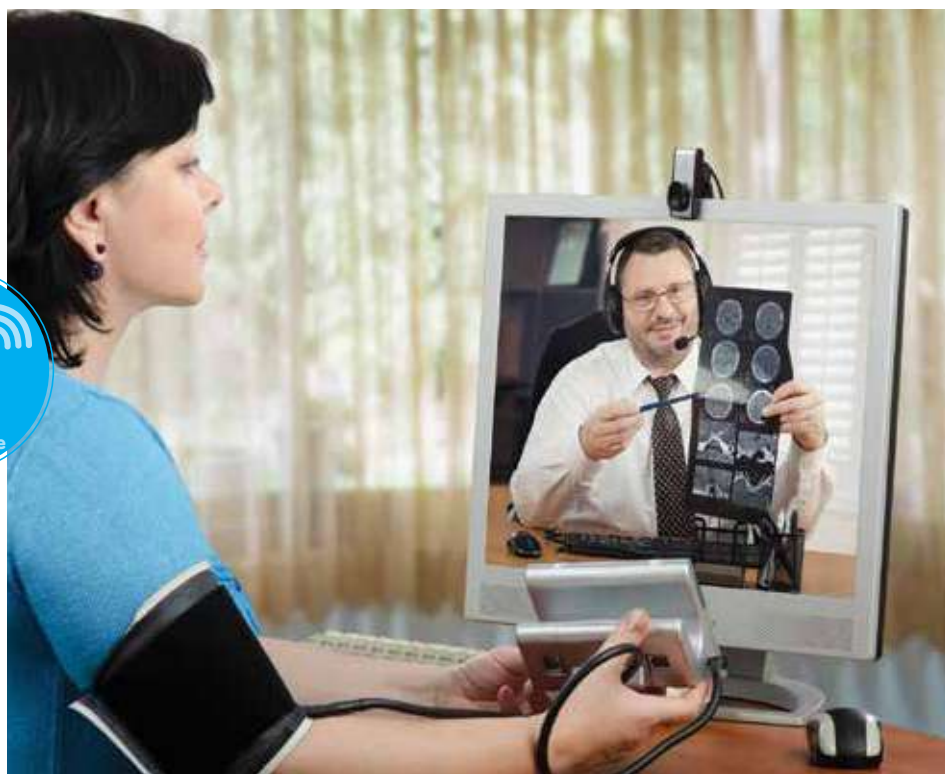
### 4 - La téléassistance médicale

Elle désigne le fait qu'un professionnel médical assiste un professionnel de santé pendant qu'il agit sur le patient. Il peut s'agir notamment d'un acte de chirurgie.

### 5 - La régulation médicale

C'est la pratique de la télémédecine qui concerne les réponses données par les professionnels médicaux dans le cadre d'un appel émis en urgence (15).

# L'avenant 6 en pratique



Le développement de la télémedecine, fondée sur le recours aux nouvelles technologies, va permettre de faciliter l'accès de tous à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire, de mieux articuler les prises en charge individuelles ou pluridisciplinaires et de favoriser le maintien dans les lieux de vie.

Deux catégories d'actes sont créées par l'avenant 6 : la téléconsultation et la téléexpertise.

## La téléconsultation

Elle est possible dans le cadre conventionnel depuis le 15 septembre 2018, et va devenir une pratique médicale commune et quotidienne. Inscrite dans le parcours de soins elle doit passer par le médecin traitant sauf pour les spécialistes que l'on peut déjà consulter en accès direct. Le patient concerné est donc connu du médecin traitant qui détient son dossier médical, connaît son parcours et ses antécédents.

Pour le patient, la téléconsultation se déroule comme n'importe quelle consultation, en partant d'une demande de rendez-vous.

**« Inscrite dans le parcours de soins elle doit passer par le médecin traitant »**

Elle nécessite deux impératifs : d'une part, le recours à un échange vidéo - exigé par la loi, pour garantir la qualité des échanges entre le médecin et le patient via une très bonne résolution d'image - et, d'autre part, la connexion à une messagerie sécurisée, exigence essentielle dans la mesure où la téléconsultation fait transiter des informations à caractère médical dont la confidentialité doit être protégée.

Ainsi, l'entretien téléphonique n'est pas un outil de téléconsultation.

Concrètement, le médecin va envoyer un lien au patient, l'invitant à se connecter

sur un site ou une application sécurisée, via son ordinateur ou une tablette équipée d'une webcam. Les patients qui n'ont pas d'accès à internet, ou qui ne sont pas à l'aise avec ces technologies, pourront être assistés par un autre professionnel de santé équipé, comme un pharmacien ou une infirmière venant à domicile ou tout lieu de soins équipé. Dans tous les cas, le patient doit donner son accord pour une prise en charge par téléconsultation.

La téléconsultation est facturée par le médecin au tarif de 25 €, comme une consultation en face-à-face (30 € pour certains types de consultations). Elle est prise en charge comme une consultation classique : 70% remboursés par l'Assurance Maladie et 30% remboursés par la complémentaire (prise en charge à 100 % pour les soins concernant des affections longue durée).

Le tiers payant sera appliqué dans son intégralité pour tous les patients pour lesquels il constitue un droit (patients en ALD, femmes enceintes, bénéficiaires de la CMU ou de l'ACS). Les modes de paiement restent les mêmes que pour une consultation en face-à-face.

## La téléexpertise

À partir de février 2019, elle permettra à un médecin de consulter un confrère afin d'échanger sur le cas d'un patient. Peuvent être concernés un médecin traitant et un spécialiste mais aussi deux médecins spécialistes qui ont besoin d'échanger sur un diagnostic, une lecture d'analyses ou la pertinence d'examen complémentaires afin de décider de la prise en charge la plus adaptée.



Elle sera dans un premier temps réservée aux patients en affection longue durée (ALD), aux patients atteints de maladies rares comme, par exemple, la mucoviscidose ou l'hémophilie, aux patients résidant en zones dites sous denses, aux patients résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) ou dans des structures médico-sociales et aux patients détenus. Elle sera élargie à tous les patients à partir de 2020.

### « C'est un échange direct ou en différé entre deux médecins via une messagerie sécurisée »

Si cette pratique existe déjà de façon informelle, elle sera désormais « tracée », offrant ainsi une prise en charge de meilleure qualité pour le patient.

Contrairement à la téléconsultation, la téléexpertise n'implique pas forcément la présence du patient et n'exige pas un échange en visio-conférence. C'est un échange en

direct ou en différé entre deux médecins, via une messagerie sécurisée.

Elle permet d'examiner le dossier du patient, en disposant des données médicales utiles (clichés, tracés, analyses) transmises au confrère. Comme pour tout acte de télé-médecine, le médecin demandant une téléexpertise préviendra le patient afin de recueillir son consentement, dans le respect absolu de sa liberté de choix.

Les médecins qui auront recours à la téléexpertise seront rémunérés par l'Assurance Maladie mais cet acte ne sera pas facturé au patient concerné.

Deux niveaux de tarifs ont été définis selon la complexité du dossier du patient (donc du niveau de l'expertise réalisée) et selon sa fréquence.

Le premier niveau de téléexpertise sera rémunéré 12 € pour le médecin sollicité, par exemple pour la lecture d'un fond d'œil ou d'un tympan (dans la limite de 4 actes par an, par médecin, pour un même patient). Le second niveau de téléexpertise sera rémunéré 20 € pour le médecin sollicité par exemple pour la surveillance d'une plaie chronique

en voie d'aggravation ou le suivi d'évolution d'une maladie inflammatoire chronique intestinale ou rhumatologique (dans la limite de 2 actes par an, par médecin, pour un même patient).

Le médecin qui sollicite un confrère sera également rémunéré par l'Assurance Maladie car il favorise la coordination des soins autour du patient: 5 € par téléexpertise de niveau 1, et 10 € par téléexpertise de niveau 2 (dans la limite de 500 € par an).

Un compte-rendu sera transmis au médecin demandeur qui l'ajoutera au dossier du patient, voire dans son Dossier Médical Partagé s'il en possède un.

Ces comptes rendus permettent d'assurer la bonne coordination entre les médecins.

**Une aide forfaitaire à l'équipement sera versée aux médecins afin qu'ils puissent acquérir les équipements nécessaires (appareils médicaux connectés et abonnements sécurisés de téléconsultation), via l'intégration de 2 nouveaux indicateurs ajoutés au « forfait structure » valorisés jusqu'à 525 euros par an.**

## Téléconsultation en psychiatrie

Expérimentation en Nouvelle-Aquitaine depuis le mois de mai

Pour l'URPS Médecins Libéraux de Nouvelle Aquitaine, le constat de la faible démographie en psychiatrie libérale de la Creuse nécessitait une réflexion sur la pertinence de la téléconsultation dans ce domaine.

Des contacts réguliers entre l'URPS et l'ARS ont permis de réaliser dans le territoire de la creuse une expérimentation de la téléconsultation en psychiatrie.

En novembre 2017, l'ARS Nouvelle Aquitaine accordait son soutien pour ce projet dans le cadre de son plan « santé – Creuse » permettant ainsi le démarrage de l'activité.

Pour répondre aux exigences juridiques, administratives et techniques, plusieurs autres partenaires sont associés au projet :

#### - du côté de la Creuse :

- l'EHPAD et la Maison de santé de Boussac pour l'accueil des patients et les formalités administratives (gestion des rendez-vous, saisie des données des patients sur PAACO - plate-forme Aquitaine d'aide à la communication -).

#### - du côté de Bordeaux :

- le CETBA (Centre d'Education Thérapeutique de Bordeaux Aquitaine) où sont réalisées les téléconsultations.
- ESEA (e-SantéEnAction) pour la partie informatique et technique du dispositif.



Les CPAM 23, 33 ainsi que l'ARS assurent le paiement des actes.

La première téléconsultation de psychiatrie en Creuse a eu lieu le 11 mai 2018 dans des conditions satisfaisantes, les suivantes ont gagné en qualité technique.

Le 25 mai 2018, lors d'une conférence de presse donnée par l'ARS sur les solutions concrètes d'accès aux soins en Creuse, la presse a pu assister à un test en situation entre l'EHPAD de Boussac et le CETBA Mérignac.

L'URPS ML N-A a souhaité que dans le cadre de cette expérimentation, toutes les téléconsultations soient réalisées en dispense totale d'avance de frais.

Qu'en est-il aujourd'hui ? Les acteurs locaux sont très satisfaits des retours des premières téléconsultations. Le nombre de patients progresse régulièrement et les difficultés administratives sont levées.

Ce modèle de téléconsultation pour les zones sous dotées, s'il s'avère concluant et performant, nécessitera d'autres praticiens volontaires.

Si vous êtes intéressés et/ou si vous souhaitez vous informer sur ce dispositif, n'hésitez pas à contacter l'URPS :

**commissions@urpsml-na.org**

Dr Dominique DISCAZEUX

## Bientôt disponible pour vos salles d'attente : un écran connecté



Mise en place dès 2003 en Poitou-Charentes sous forme de présentoirs (flyers, affiches...), la diffusion de messages de santé publique dans les salles d'attente passe au numérique !

Prochainement l'URPS ML NA va mettre à disposition des médecins libéraux de Nouvelle-Aquitaine une solution plus contemporaine pour leur salle d'attente : l'écran connecté.

Les avantages de ce dispositif sont nombreux :

- Diffuser des messages d'information, de prévention, d'éducation thérapeutique, de dépistage... validés par l'URPS
  - Diffuser, sur demande, des informations spécifiques sur le cabinet ou sur la région
  - Agrémenter le temps d'attente des patients
- ... et tout cela sans publicité !

Actuellement en phase de test, cet équipement sera proposé aux médecins libéraux de Nouvelle Aquitaine début 2019.

Toutes les informations sur ce nouveau dispositif vous seront communiquées dans le prochain journal.

Dr Jean-Luc DELABANT

## PACT NA (Plateforme d'Astreinte et de Coordination en Téléimagerie en Nouvelle-Aquitaine)

L'organisation et l'effectation de la permanence des soins en établissement de santé (PDSSES) en imagerie médicale ne sont pas sans poser de problème actuellement comme d'ailleurs dans un certain nombre d'autres spécialités.

Ce constat nous a conduit à une réflexion sur l'organisation régionale mutualisée et partagée de la PDSSES en imagerie médicale.

Très rapidement a germé l'idée d'une plateforme de téléimagerie dédiée aux astreintes. Le projet krypton\* que nous avons déjà évoqué dans ce journal il y a quelques mois, mis en place par ESEA\*\* et l'ARS, en concertation avec l'ensemble des radiologues de Nouvelle Aquitaine, va nous permettre de réaliser ce projet.

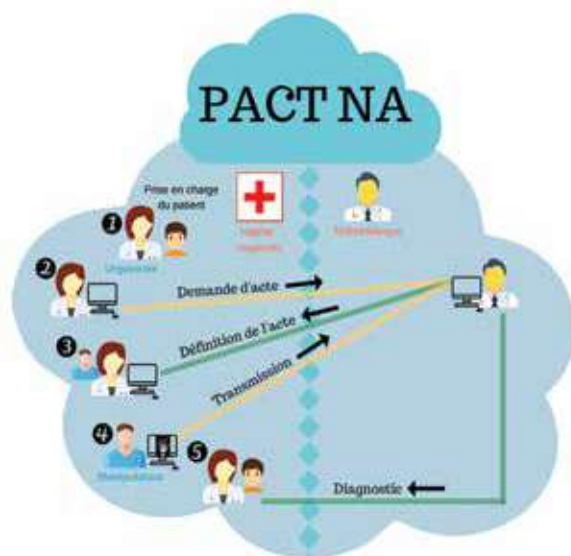
Un identifiant régional (en attendant le national) doit également voir le jour.

**Les points importants que nous avons retenus sont les suivants :**

- Prise en charge locale optimisée des patients
- Amélioration qualitative par la spécialisation
- Adaptation de la réponse au degré d'urgence
- Rationalisation des coûts de mission de service public pour l'ARS NA
- Maîtrise de l'outil de travail
- Mutualisation des moyens humains et techniques sur tout le territoire de la région NA en priorisant la participation de tous les radiologues volontaires exerçant sur le territoire.
- Diminuer la fréquence et renforcer l'attractivité de la PDSSES en imagerie.

Ainsi, une quinzaine de sites répartis sur toute la région pourraient à terme être validés.

Dr Philippe ARRAGON-TUCOO



## Dans ce journal

### Charte : droits et devoirs des professionnels de santé et des patients/usagers

Cette charte a été élaborée par la commission Ethique et Pratique de l'URPS ML NA, des représentants d'associations de patients, l'Espace Bioéthique Aquitain et des membres de la CRSA dans un contexte consensuel et collaboratif.

Ce travail fait suite à une demande tant des médecins que des patients pour répondre à un climat de dégradation de la relation médecin/patient dont la presse se fait régulièrement l'écho.

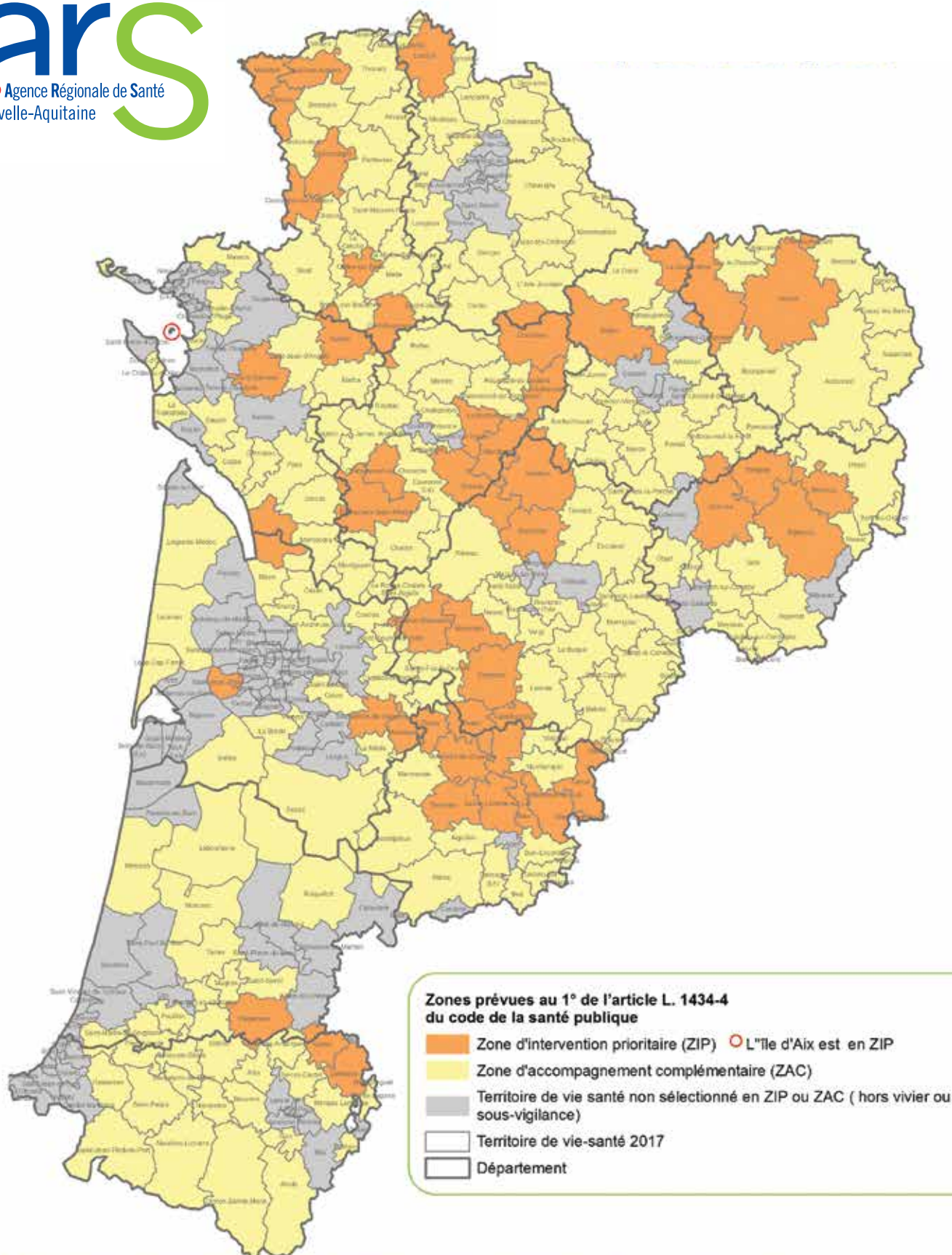
Ce document, destiné à être affiché dans les salles d'attente, reprend les droits et devoirs de chacun au travers de moments de consultation.

A télécharger également sur notre site : [www.urpsml-na.org](http://www.urpsml-na.org)





# Aides à l'installation : zones concernées



**Zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins, concernant la profession de médecin généraliste**

Sources : application de l'Arrêté du 13 novembre 2017 relatif à la méthodologie applicable à la profession de médecin pour la détermination des zones prévues au 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.

Réalisation : ARS NA - DPSP, pôle statistique, études et évaluation - 28/05/2018

# INFORMATIONS PRATIQUES

## Les aides à l'installation : Pour qui ? Comment ? Quels revenus ?...

### Contrats de type régional (ARS)

Procédure simplifiée : signature des contrats auprès de l'ARS – déclaration à fournir tous les mois ou 3 mois – rupture possible du contrat avec préavis de 2 mois.

Pour qui ?	Dispositif	Quels engagements ?	Quel revenu ?	Avantages / Remarques
Jeune médecin qui souhaite s'installer ou installé depuis moins d'un an en libéral – inscrit au Conseil de l'ordre et exerçant pour tout ou partie en zone prioritaire	<b>Praticien Territorial de Médecine Générale (PTMG)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pratiquer les tarifs opposables (secteur 1)</li> <li>• Réaliser 165 consultations par mois au minimum</li> <li>• Participer à la permanence des soins</li> </ul>	Ce dispositif assure un chiffre d'affaire mensuel minimum de 6900 € sur 2 ans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Protection sociale assurée après 3 mois d'activité (complément de rémunération pendant les arrêts de travail et les congés maternité)</li> <li>• Contrat d'un an renouvelable une fois</li> </ul>
Médecins généralistes et autres spécialistes - conventionnés secteur 1 ou adhérents à l'Optam – installés depuis janvier 2015 ou souhaitant s'installer dans des territoires manquant de professionnels de santé	<b>Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire (PTMA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Respecter les tarifs opposables (secteur 1)</li> <li>• Avoir réalisé au moins 165 consultations sur l'un des 3 derniers mois</li> <li>• Prendre des engagements pour garantir son remplacement pendant l'arrêt de son activité.</li> </ul>	Une rémunération forfaitaire complémentaire en cas de congés maternité, paternité ou maladie (après 3 mois d'activité)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contrat de 3 ans renouvelable une fois</li> <li>• Non cumulable avec le contrat PTMG</li> </ul>

### Contrats de type national (Assurance Maladie)

La convention médicale comporte depuis plusieurs années des dispositifs incitatifs à l'installation et/ou au maintien dans les zones dites « fragiles en offres de soins ». Ces contrats sont tous tripartites : Médecin – Assurance Maladie et ARS – ils ne sont pas cumulables les uns avec les autres.

Pour qui ?	Dispositif	Quels engagements ?	Quel revenu ?	Avantages / Remarques
Médecin non installé ou installé depuis moins d'un an dans une zone fragile (en secteur 1 ou 2) ou secteur 2 Optam	<b>Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exercer une activité libérale au minimum 2 jours et demi par semaine</li> <li>• Exercer au sein d'un groupe entre médecins ou d'un groupe pluri professionnel ou appartenir à une CPTS* ou EPS*</li> <li>• Participer à la permanence des soins</li> <li>• Exercer en zone fragile pendant au moins 5 ans à compter de la date d'adhésion</li> </ul>	Pour une activité totale de 4 jours par semaine (dont 2 jours et demi minimum en libéral), attribution d'une aide forfaitaire unique de 50 000 €. (majoration possible de 2 500 € si le médecin s'engage à exercer une partie de son activité dans un hôpital de proximité)	
Médecin déjà installé dans une ZIP (Zone d'Intervention Prioritaire)	<b>Contrat de Stabilisation et de Coordination (COSCOM)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avoir une activité libérale (Secteur 1 ou 2)</li> <li>• Exercer en groupe, en CPTS ou en ESP</li> </ul>	Attribution d'une aide forfaitaire de 5 000 € par an (majoration possible de 1 250 € si le médecin s'engage à exercer une partie de son activité dans un hôpital de proximité). Rémunération complémentaire de 300 € par mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps partiel.	Contrat de 3 ans renouvelable par tacite reconduction
Médecin âgé de 60 ans ou + exerçant en ZIP	<b>Contrat de Transition pour les Médecins (COTRAM)</b>	Accompagner pendant cette période de préparation de cessation d'activité un médecin de moins de 50 ans nouvellement installé dans son cabinet ou installé depuis moins d'un an dans la zone	Attribution d'une aide à l'activité correspondant à 10% des honoraires tirés de son activité conventionnée, dans la limite de 20 000€ par an	Contrat de 3 ans renouvelable pour une durée maximale de 3 ans
Médecin conventionnellement exerçant pas en ZIP mais prêt à consacrer une partie de son activité libérale pour apporter une aide à ses confrères exerçant en ZIP	<b>Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM)</b>	S'engager à réaliser une partie de son activité libérale pendant au minimum 10 jours par an dans une ou plusieurs ZIP	Aide à l'activité correspondant à 25% (à partir du 1 <sup>er</sup> janvier 2019) des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans le cadre du contrat au sein des zones fragiles, dans la limite d'un plafond de 20 000 € par an. Prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre dans les zones fragiles	Contrat de 3 ans renouvelable par tacite reconduction

Pour en savoir plus : [www.nouvelle-aquitaine.paps.sante.fr](http://www.nouvelle-aquitaine.paps.sante.fr)

\*CPTS : Communauté Professionnelle Territoriale de Santé  
\*ESP : Equipe de Soins Primaires





## Billet d'humeur

# Vers un nouveau cahier des charges pour la PDSA

Le nouveau cahier des charges de la Permanence des Soins Ambulatoires est en cours de discussion avec la Direction générale de l'ARS Nouvelle Aquitaine.

La Charente-Maritime est un cas particulier, puisque, depuis de nombreuses années, il n'y est plus assuré de permanence de semaine sur le créneau 20 heures – 24 heures. Cet état de fait avait été validé par le Directeur général de l'ARS Poitou-Charentes et par le Préfet de Charente-Maritime. Or, le Directeur général de l'ARS Nouvelle Aquitaine a adopté une position dogmatique, arguant de l'afflux dans les services d'urgences, pour en imposer le rétablissement d'une permanence de 20 heures à 24 heures aux médecins généralistes de Charente-Maritime. Le Conseil départemental de l'Ordre et les représentants de l'URPS s'opposent formellement à ce retour en arrière.

Afin de démontrer l'iniquité d'une telle mesure, je me suis intéressé aux motifs de présentation des patients dans les services d'urgences.

Toutes les études publiées, tant au niveau national que local, permettent de relever un certain nombre de faits saillants (récemment confortés par le rapport de Thomas Mesnier, député) :

- environ 60% des patients se présentant aux services d'urgence n'ont pas cherché à prendre contact avec un médecin (seuls 16% ont appelé le 15 et 9,6% ont pris contact avec leur médecin) ;
- 75% des patients s'y présentent en dehors de la PDSA, entre 8 heures et 20 heures, contre 25% entre 20 heures et 8 heures, et 10% entre 0 heures et 8 heures ;
- la situation conduisant les patients aux urgences est apparue le jour même pour 53% d'entre eux et remonte à plusieurs jours pour 23% ;
- 43% des patients estiment que leur cas est urgent ou grave ;

- parmi les patients qui se présentent aux services d'urgences et estiment que leur cas n'aurait pas pu être pris en charge par un médecin généraliste, 67% des patients ressentent le besoin d'un examen complémentaire et 25% pensent que leur médecin traitant n'est pas suffisamment équipé ;
- seulement 33% des Français savent que la prise en charge médicale le soir et les week-ends est une mission du Centre 15 et 24% d'entre eux connaissent l'existence d'un conseil médical libéral du Centre 15 ;
- près d'un acte sur deux intervenu au cours de la PDSA n'est pas régulé, alors que plus de 50% des recours téléphoniques se soldent par une télé prescription ;
- en 2015, en Charente-Maritime, l'activité annuelle des secteurs non professionnalisés (La Rochelle et Royan) a été, en soirée (20 heures – 24 heures) inférieure à 1 acte par médecin effecteur et par soir et, en week-end, de 6,6 actes par effecteur et par jour.

**La lecture de ces chiffres met en évidence que l'usage, le fonctionnement et la mise en œuvre de la réponse aux soins non programmés, urgents ou pas, sont totalement méconnus des patients qui affluent dans ces services.**

**Seule l'éducation de la population à un meilleur usage des urgences permettra un désengorgement des services. Celle-ci doit être assurée par une campagne d'information, un relai par les associations de patients et dans les cabinets médicaux.**

Dr Pascal REVOLAT,  
Président du Conseil départemental  
de l'Ordre des médecins de la Charente-Maritime

## PIVE : Plateforme Interfaces Ville Établissement

**Le projet :** Pour les professionnels de ville et les patients, création d'un dispositif centralisé d'informations et d'accès à l'expertise de l'ensemble des professionnels de santé de l'Institut Bergonié (Centre de traitement du cancer) pour les patients déjà suivis ou en cours de traitement.

**L'objectif :** améliorer la prise en charge extra-muros et l'organisation intra-muros par une information en temps réel et une meilleure coordination.

L'URPS ML NA a accepté de porter ce projet avec l'Institut Bergonié auprès de l'ARS pour en obtenir l'autorisation, le financement et l'évaluation.

Concrètement quel intérêt pour le médecin traitant ?

- disposer d'un numéro de téléphone direct avec une infirmière coordonnatrice capable de donner une réponse immédiate en relation avec le confrère cancérologue de recours si besoin (effets indésirables, iatrogénie, modification des traitements, avancer une consultation, éviter une hospitalisation...)
- disposer d'une aide administrative

Le patient se verra remettre une carte avec les deux numéros utiles (un n° pour un problème médical et un n° pour une problématique administrative). Le médecin traitant retrouvera ces numéros sur le courrier du cancérologue.

L'expérimentation débute en septembre. La première évaluation se fera six mois après sur notamment le nombre d'appels provenant des professionnels de santé libéraux (dont les médecins généralistes) et sur divers indices de satisfaction.

Ce dispositif devrait permettre, s'il fonctionne d'une façon optimale, d'améliorer le maintien à domicile du patient, d'être un gain de temps pour le médecin traitant et de resserrer les liens entre professionnels.

Dr Dany GUERIN

## La Médecine est un art, nos médecins sont des artistes !

Installé depuis 1991 en tant que médecin généraliste, c'est très jeune que j'ai découvert à travers le piano, ce qui devait équilibrer vie personnelle et vie professionnelle.

Après un passage obligé par le piano classique, j'ai cherché de nouveaux horizons, de nouvelles expériences musicales et de nouveaux lieux de concert à investir. Les formations de jazz brésilien m'ont séduit et la participation à divers groupes a suivi : Caipirinha, Spz Funk, Docteur Groove... De concerts en concerts et de pianos bar en pianos bar, l'expérience accumulée a permis l'enregistrement d'un CD « acouphene » en 2002, composé et arrangé personnellement. Par la suite, mon travail s'est porté vers des musiques de publicité, des hymnes sportifs... Actuellement membre d'un quartet de latin jazz « les doigts dans la prise », je vis cette passion toujours aussi intensément.

Dr Jean-Louis DUCOS

**Si vous aussi vous avez une œuvre à nous présenter, cette rubrique est pour vous !  
Contactez le comité de rédaction : [contact@urpsml-na.org](mailto:contact@urpsml-na.org)**



# RGDP : ce qu'un médecin doit savoir

C'est une directive européenne concernant les données personnelles - publiée en 2016 et entrée en application le 25 mai 2018 - qui s'impose à tous les acteurs qui traitent ce type de données, sous forme informatisée ou non.

Cette directive partage le même objectif que la loi « informatique et Libertés » de 1978, en cours de modification.

Il s'agit de concilier protection de la vie privée des citoyens et innovation, ainsi que de garantir que tout traitement de données personnelles se fasse avec le consentement des personnes concernées.

Le médecin et son personnel détiennent des données sensibles, médicales ou autres - ils sont donc soumis au décret européen.

## Ce que nous devons retenir

### Données sensibles

Toute information se rapportant à une personne physique identifiée ou identifiable est une donnée personnelle – cela concerne les données médicales (dossier patient), mais aussi les données du cabinet (prises de rendez-vous, données concernant le personnel et les fournisseurs).

La collecte des données doit se limiter aux informations nécessaires, adéquates et pertinentes.

### Protection des données

- Respect des règles de base de sécurité informatique - voir le site de la CNIL ou le site URPSML-NA,
- Si hébergement extérieur des données, travailler avec un prestataire agréé ou certifié pour l'hébergement de données de santé,
- Cryptage des données lors de transfert ou d'opération de maintenance.

Les règles de protection des dossiers s'appliquent aussi aux dossiers non informatisés (accès uniquement aux personnes autorisées, sécurité des locaux d'archivage, ...).

### Durée de conservation des données

Les dossiers et informations ayant atteint la durée de conservation préconisée doivent être supprimés.

Cette durée est variable selon le type d'information. L'ordre des médecins préconise de s'aligner sur les délais de conservation prévus pour les dossiers médicaux des établissements de santé :

- 20 ans à compter de la date de la dernière consultation du patient,
- si le patient est mineur et que ce délai de 20 ans expire avant son 28<sup>ème</sup> anniversaire, la conservation des informations le concernant doit être prolongée jusqu'à cette date,
- dans tous les cas, si le patient décède moins de 10 ans après sa dernière consultation, les informations le concernant doivent être conservées pendant 10 ans à compter de la date du décès,
- en cas d'action tendant à mettre en cause la responsabilité du médecin, il convient de suspendre ces délais.



Les doubles des feuilles de soins doivent être conservés 3 mois.

Les données relatives à la prise de rendez-vous peuvent être supprimées lorsqu'elles ne sont plus nécessaires.

## Ce que nous devons réaliser pour être en conformité

### Information en salle d'attente

Le patient doit être informé de l'archivage de données sensibles le concernant et de son droit de consulter, modifier voire faire effacer des données le concernant.

Il existe un modèle d'affichage rédigé par le CNOM.

### Protection des données lors des échanges avec d'autres professionnels de santé

Utilisation recommandée d'une messagerie médicale sécurisée.

Toutefois, les échanges avec certains professionnels et avec les patients ne sont pas possibles ainsi - utilisation conseillée alors d'une messagerie « hébergée en France », avec chiffrement des données jointes (GNU Privacy Guard conseillé par la CNIL).

L'utilisation de toute messagerie ne chiffrant pas les données et hébergeant les données dans un pays ou auprès d'un prestataire qui ne garantit pas la protection des données conformément aux règles européennes est à proscrire.

### Registre des activités de traitement des données personnelles

Objectif : recensement de l'ensemble des activités de traitement des données personnelles au sein du cabinet, avec rédaction d'une fiche standard de modalité de traitement pour chaque activité.

Contenu : les cabinets médicaux (car moins de 250 salariés) bénéficient d'une dérogation en ce qui concerne la tenue de registres.

Ils doivent inscrire au registre les seuls traitements de données suivants :

- bien sûr, les dossiers médicaux,
- les traitements réguliers d'informations sensibles (agenda, gestion de la paie, gestion des clients/prospects et des fournisseurs, ...),
- les traitements susceptibles de comporter un risque pour les droits et libertés des personnes (exemple : systèmes de géolocalisation, de vidéosurveillance,...),
- signalement de violation de données, si problème.

Désignation d'un délégué à la protection des données, conseillé uniquement pour les cabinets à fichier de données partagé.

Le registre est à constituer progressivement, sur le modèle proposé par la CNIL ou votre prestataire de services informatiques - il faut néanmoins être en capacité de justifier, au moins dans un premier temps, de votre engagement dans la procédure de mise en conformité...

Enfin, ce type de traitement remplace la classique « déclaration CNIL simplifiée de détention de données informatisées ».

### Conduite à tenir en cas de « fuite » de données »

En cas de violation de données, analyser l'étendue du problème et inscription dans le registre des activités de traitement des données personnelles.

Si nécessaire, notification à la CNIL et aux personnes concernées...

Tout médecin détient des informations confidentielles et doit les protéger – le dossier est vaste et complexe - le CNOM et la CNIL ont bien préparé le travail du médecin libéral, mais il reste à mettre tout cela en pratique au sein de chaque cabinet médical ...

Dr Philippe DURANDET



# Infections liées aux soins (IAS) en EHPAD

Le Ministère de la santé alerte sur le risque sanitaire que représentent les infections liées aux soins, la résistance aux antibiotiques et la non vaccination dans les structures sanitaires et médico-sociales que sont les EHPAD.

La prévention du risque infectieux lié aux soins repose sur la mise en œuvre des précautions standards d'hygiène et le respect de bonnes pratiques. Elles sont définies par des référentiels et des recommandations métiers.

Il est demandé aux URPS ML de s'engager dans cette démarche de prévention et de promouvoir une charte conçue à destination de tous les professionnels de santé libéraux volontaires afin que leurs patients en prennent connaissance.

Cette charte est accessible sur le site de l'Urps : [www.urpsml-na.org](http://www.urpsml-na.org) Libre à chacun de l'afficher dans sa salle d'attente.

Si l'on regarde plus précisément la situation de notre région en se référant à une enquête nationale de prévalence des IAS et de l'utilisation des antibiotiques en EHPAD, force est de

constater que la Nouvelle-Aquitaine n'est pas en tête du classement !!!

Les cartes de France ci-dessous reflètent cela. Une amélioration est souhaitable et certainement atteignable grâce à la coopération des médecins traitants, des équipes soignantes des EHPAD et leurs médecins coordonnateurs.

## Il y aura deux axes de travail :

- IAS : vigilance renforcée lors de certains soins comme pose de cathéter, pose de sonde urinaire, réfection de pansement...
- infections urinaires et antibiothérapie avec la participation des biologistes.

Sur ces sujets, la commission personnes âgées de l'URPS ML NA va s'attacher l'aide du CPIAS (ci-contre la fiche « identité » de cette structure ainsi que ses missions).

Dr Dany GUERIN

## Prévention des IAS en Ehpads : quels constats ?

### Prévalence des résidents infectés par région



### Prévalence des résidents sous antibiotiques par région



### Résultats de Prév'Ehpads en 2016

France Nouvelle-Aquitaine

• Prévalence des résidents avec IAS	2,9 %	4,0 %
• Prévalence des IAS	3,0 %	4,3 %
• Prévalence des résidents sous traitement antibiotique	2,8 %	3,5 %

## Le Cpias Nouvelle-Aquitaine : le Centre d'appui pour la Prévention des Infections Associées aux Soins de Nouvelle-Aquitaine



Le CPIAS NA est une structure publique basée au CHU de Bordeaux avec deux sites associés dans les CHU de Limoges et de Poitiers. L'équipe est composée de médecins, pharmaciens, cadres de santé, épidémiologistes et secrétaires.

Le CPIAS a pour mission de mettre en œuvre les politiques nationales et régionales de prévention des infections associées aux soins et d'apporter son expertise aux établissements et professionnels de sa région. Le code de la santé publique fixe trois missions principales aux CPIAS à savoir :

- l'expertise et l'appui aux professionnels de santé
- la coordination ou l'animation de réseaux
- l'investigation et le suivi des déclarations

Le Cpias Nouvelle-Aquitaine apporte son expertise et son appui auprès des professionnels de santé dans les 3 secteurs de soins : établissements sanitaires, établissements médico-sociaux (EHPAD, FAM, MAS...) et secteur libéral en ville.

Les professionnels de santé et les usagers peuvent solliciter l'équipe du Cpias Nouvelle-Aquitaine par téléphone ou par mail. Des informations complémentaires sont accessibles sur le site internet du centre et sur les réseaux sociaux.

Tél. 05.56.79.60.58

E-mail : [cpias.na@chu-bordeaux.fr](mailto:cpias.na@chu-bordeaux.fr)

\*Instruction du 3 mars 2017 relative à l'organisation régionale des vigilances et de l'appui sanitaires et Décret n°2017-129 du 3 février 2017 relatif à la prévention des infections associées aux soins.

Journal édité par l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Nouvelle-Aquitaine - Septembre 2018 -

ISSN 2553-9213

105 rue Belleville - CS 71 241 - 33074 Bordeaux cedex

Tél. 05 56 56 57 10 - Web : [urpsml-na.org](http://urpsml-na.org)

Courriel : [secretariat@urpsml-na.org](mailto:secretariat@urpsml-na.org)

Responsable de la publication :

Philippe ARRAGON-TUCOO

Président de l'URPS - ML Nouvelle-Aquitaine

Comité de rédaction :

Florence BOURGUIGNON - Nicolas BRUGERE  
Jean-Luc DELABANT - Dominique DISCAZEUX  
Dany GUERIN - Jocelyne MONROY - Bruno SARDA

Ont participé à ce numéro :

Philippe ARRAGON-TUCOO - Nicolas BRUGERE  
Jean-Luc DELABANT - Dominique DISCAZEUX  
Jean-Louis DUCOS - Philippe DURANDET  
Xavier GOUYOU-BEAUCHAM  
Dany GUERIN - Pascal REVOLAT

Dessin : Philippe TASTET

Design graphique : [www.junglectactus.fr](http://www.junglectactus.fr)



# Les rendez-vous à ne pas manquer

Du jeudi 4 au samedi 6 octobre 2018

Palais des Congrès de Bordeaux

## 10<sup>e</sup> Journées Pratiques Respiration Sommeil

Innovation et Patient au cœur de la prise en charge

3 journées  
dédiées aux  
pathologies  
respiratoires  
du sommeil

Organisées à l'initiative de la Fédération Française de Pneumologie

Les Journées Pratiques Respiration Sommeil (JPRS) ont pour objectif une actualisation des connaissances et s'inscrivent naturellement dans le cadre du développement professionnel continu (DPC). Le but de ces journées est avant tout, d'apporter des éléments d'amélioration immédiatement applicables à la pratique quotidienne.

Programme détaillé et inscription [www.JPRS.fr](http://www.JPRS.fr)

Jeudi 7 et vendredi 8 février 2019

Cité mondiale de Bordeaux

## 2<sup>e</sup> édition Forum santé et avenir Innovation - Mutations - Territoires

4 conférences  
21  
ateliers

Thématiques :

Construire la vision de la santé dans les territoires à l'horizon 2030 est le thème central retenu. Ce choix répond à l'attente unanime des 700 participants de la 1<sup>ère</sup> édition du Forum qui souhaitent poursuivre leurs échanges et leurs réflexions. L'ambition du forum est de faire bouger les lignes et de montrer qu'une vision territoriale de la santé est la plus à même de porter les innovations et mutations nécessaires.

Jeudi 14 mars 2019

Maison des Associations de Mérignac

## Journée des professionnels de santé et des associations de patients

3 plénières  
Buffet  
sur place

Thématiques :

L'accès aux soins : les nouveaux modes de communication, de consultation (avenant 6 / plateforme de téléconseil), les réponses aux difficultés d'accès aux soins, le développement des CPTS, des PTA et de la télémédecine.

Tous les professionnels de santé libéraux et associations de patients de la région Nouvelle-Aquitaine sont conviés à cette manifestation.

Pour toutes ces manifestations si vous souhaitez vous inscrire ou avoir des informations complémentaires, adressez un mail : [commissions@urpsml-na.org](mailto:commissions@urpsml-na.org)