

# LETTRÉ-RÉSEAU

## LR-DDO-16/2008

Document consultable dans Médi@m

**Date :**

25/01/2008

**Domaine(s) :**

Gestion du risque

Nouveau	<input checked="" type="checkbox"/>
Modificatif	<input type="checkbox"/>
Complémentaire	<input type="checkbox"/>
Suivi	<input type="checkbox"/>
Provisoire	<input type="checkbox"/>

**Objet :**

Plan national  
d'accompagnement des  
professionnels de santé  
libéraux et des établissements  
pour 2008 - première  
information

**Liens :**

**Plan de classement :**

13

**Emetteur(s) :**

DDO-DDGOS

**Pièces jointes : 2**

**à Mesdames et Messieurs les**

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Directeurs</b>        | <input checked="" type="checkbox"/> CPAM      | <input checked="" type="checkbox"/> CRAM            | <input checked="" type="checkbox"/> URCAM |
|  | <input type="checkbox"/> UGECAM               | <input checked="" type="checkbox"/> CGSS            | <input type="checkbox"/> CTI              |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Agents Comptables</b> |   |   |   |
| <input checked="" type="checkbox"/> <b>Médecins Conseils</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Régionaux | <input checked="" type="checkbox"/> Chef de service |   |

Pour information

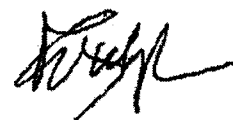
**Résumé :**

Il s'agit d'une première information sur le plan national d'accompagnement pour donner de la lisibilité aux organismes et services médicaux sur les actions prévues sur 2008.

**Mots clés :**

plan d'actions, régulation

Le Directeur Général



Frédéric Van Roekeghem

**LETTRE-RESEAU : LR/DDO/16/2008**

Date : 25/01/2008

Objet : Plan national d'accompagnement des professionnels de santé libéraux et des établissements pour 2008 - première information

Affaire suivie par : : Emmanuel Gomez – DDO-DOGR      Tél : 01 72 60 16 84

Lina Silvera – DDGOS-DPROF      Tél : 01 72 60 10 91

Sabine Labatut – DDGOS-DHOSPI      Tél : 01 72 60 18 82

Cette lettre-réseau présente les grandes lignes du plan 2008 d'accompagnement des professionnels de santé libéraux et des établissements en matière de gestion du risque.

Elle a pour objectif de vous permettre la poursuite de vos actions dès le début de l'année 2008 et la préparation des nouvelles actions prévues. Des lettres réseau thématiques viendront compléter et préciser les modalités de leur mise en œuvre.

Pour la maîtrise médicalisée en ville et à l'hôpital, un grand nombre de thèmes traités en 2006 et 2007 sont reconduits en 2008.

**Pour les médecins généralistes**, sont prioritaires : les médicaments contre l'hypertension artérielle, les arrêts de travail, les ALD, les antibiotiques, les inhibiteurs de la pompe à protons et les statines. D'autres thèmes de maîtrise médicalisée seront poursuivis : les antiagrégants plaquettaires et les transports sanitaires.

Par ailleurs de nouveaux thèmes sont prévus : l'asthme (suivi des patients asthmatiques et médicaments de traitement de l'asthme), les accidents du travail, certaines maladies professionnelles, les explorations thyroïdiennes, la pression positive continue.

L'accompagnement des médecins libéraux **sur la prévention** se poursuivra sur le dépistage du cancer du sein, la vaccination antigrippale et la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées. Un nouveau thème sur les facteurs de risque de la grossesse sera promu auprès des gynécologues, sages-femmes et généralistes.

Des visites auprès des autres professions de santé libérales sont prévues : les pharmaciens avec des actions plus ciblées qu'en 2007, les infirmières, les masseurs kinésithérapeutes, les transporteurs et éventuellement d'autres professionnels comme les directeurs de laboratoires d'analyse.

Le programme d'accompagnement des patients diabétiques sera lancé cette année dans 10 Caisses pilotes.

**La maîtrise médicalisée à l'hôpital** doit s'intensifier en 2008 avec une généralisation des visites dans les services des établissements de santé.

L'accompagnement de la T2A dans les établissements se poursuivra.

Des visites auprès des EHPAD sont programmées à partir de l'été 2008.

Le programme 2008 a été conçu avec le souci de laisser une marge de manœuvre plus importante aux acteurs locaux dans le choix des actions et le ciblage des professionnels

Les Caisses et les Services Médicaux devront donc déterminer les programmes d'échanges et de visites complémentaires les mieux adaptés pour atteindre les objectifs de résultats et/ou de moyens qui leurs auront été fixés.

Ainsi le ciblage national permet d'assurer un socle minimal de 275 000 visites DAM (sur 350 000 attendues) et 57 000 échanges confraternels (sur 62 000 attendus).

Dans le même sens, on peut constater que le dit ciblage ne vise pas la totalité des généralistes en activité.

Un effort tout particulier d'organisation et de programmation est attendu de chaque direction dans un souci d'obtention des résultats en utilisant au mieux nos ressources : 350 000 visites de DAM et 62 000 échanges confraternels sont à réaliser en 2008 auprès des professionnels libéraux et hospitaliers.

## **I. L'accompagnement des professionnels de santé libéraux**

### **I.1. L'accompagnement des médecins généralistes par les DAM**

Le bilan de l'année 2007 de nos actions d'accompagnement fait apparaître des résultats dus au changement de comportement des professionnels rencontrés, ceux-ci sont à conforter. Ainsi, pour obtenir des résultats macro-économiques, il nous faut toucher davantage de professionnels et de manière plus fréquente sur les thèmes prioritaires.

Le plan d'accompagnement 2008 prévoit d'adapter nos interventions aux trois segments de médecins généralistes :

- les médecins à forte activité de prescription (environ 15 000) qui seront rencontrés de 5 à 6 fois sur les thèmes « médicaments » en thème principal,
- les médecins à faible activité de prescription (environ 15 000) qui seront rencontrés 3 fois dans l'année sur les thèmes prioritaires de maîtrise médicalisée et de prévention,
- les médecins à activité de prescription intermédiaire (environ 25 000) qui seront rencontrés 5 fois dans l'année. Parmi ces médecins, seuls 10 000 sont ciblés par le plan national d'accompagnement.

Pour les 15 000 généralistes non retenus par le plan national, les caisses et services médicaux choisiront les actions les mieux adaptées pour atteindre les résultats en fonction de la situation locale et du profil des dits médecins.

Cependant il paraît raisonnable de limiter lors de chaque visite à deux le nombre de thèmes évoqués pour garder une efficacité certaine.

Au total, le plan national sur les principaux thèmes prévoit la répartition suivante en nombre de visites :

	Récapitulatif du nombre potentiel de visites	Principal	Secondaire	
Principaux thèmes	ATB	75 000	55 000	130.000
	IPP	32 500	70 000	102.500
	Statines	28 000	25 000	53.000
	Arrêt travail + ALD	25 000	15 000	40.000
	AT MP	25 000	0	25.000
	Asthme	40 000	15 000	55.000
	HTA	15 000	25 000	40.000
		<i>Total aux</i>	240.500	265.000

### I.2. L'accompagnement des médecins généralistes par les praticiens conseils

Deux thèmes 2007 sont reconduits en 2008 :

- les antiagrégants plaquettaires qui va concerner les généralistes après les échanges réalisés en 2007 auprès des cardiologues,
- la iatrogénie médicamenteuse.

Deux nouveaux thèmes sont prévus en 2008 : le suivi des patients asthmatiques et les explorations thyroïdiennes (préférentiellement réalisés par les pharmaciens conseils).

Afin de renforcer notre impact sur les ALD, des échanges confraternels sur ce thème sont à mettre en oeuvre à partir du 2<sup>ème</sup> semestre 2008.

Pour ces 5 thèmes, le ciblage des généralistes à voir sera réalisé au niveau national et concernera de 5 à 10 000 généralistes pour chaque thème. Afin de ne pas trop « mobiliser » les généralistes, il est prévu qu'un médecin donné ne puisse pas avoir plus de 2 échanges confraternels au cabinet dans une année. Le ciblage national fournira donc des listes complémentaires de généralistes à rencontrer sur chacun des thèmes.

De plus, une souplesse sera laissée aux services médicaux dans la planification des échanges afin notamment de permettre des actions coordonnées avec les caisses (interventions des DAM).

Au total, 40 500 échanges confraternels seront à réaliser en 2008 auprès des généralistes.

### I.3. L'accompagnement des médecins spécialistes

- Certains spécialistes seront rencontrés en 2008 :

- les radiologues par les DAM (environ 5000 visites programmées),
- les pneumologues, les cardiologues interventionnels (pose de stents), les chirurgiens orthopédistes et les médecins rééducateurs par les praticiens conseils (4 000 échanges confraternels prévus pour l'ensemble de ces spécialités). Ces deux derniers thèmes sont intégrés à l'accompagnement des établissements (voir plus loin).

#### **I.4. L'accompagnement des autres professionnels de santé libéraux**

- Une partie des professionnels paramédicaux sera vue par les DAM : infirmières et masseurs kinésithérapeutes. Des visites de DAM auprès des laboratoires d'analyse, des transporteurs et d'autres professionnels (en fonction de l'actualité conventionnelle) sont aussi à prévoir. Au total, 42 000 visites DAM sont programmées auprès de ces professionnels.

- En ce qui concerne les pharmaciens d'officine, les visites seront moins fréquentes qu'en 2007 du fait de la forte progression des génériques : une visite par officine est programmée dans le plan national sachant que des visites plus régulières peuvent être prévues au niveau local en fonction du profil des pharmaciens.

Les chirurgiens dentistes seront rencontrés par les praticiens conseils d'une part pour finaliser les échanges confraternels sur les inlay-core et, d'autre part, pour aborder le thème sur les endodonties (3500 échanges sur ce thème).

Il est demandé aux caisses et DRSM de réaliser une programmation prévisionnelle trimestrielle des visites DAM et échanges confraternels. Cette programmation par thème s'accompagnera d'une commande des mémos existants afin de permettre à la CNAMTS de vous fournir en supports remis aux professionnels en fonction de vos besoins. Les éventuels nouveaux mémos vous seront fournis en nombre suffisant sans commande particulière de votre part.

## **II. La formation et les outils de pilotage**

### **II.1. La formation des délégués**

Afin de porter les messages « médicalisés » vers un plus grand nombre de professionnels, il est nécessaire d'élargir à l'ensemble des DAM la formation sur les thèmes médicaments. Ainsi, les caisses et services médicaux doivent programmer dès le début de l'année des séances de formation scientifique aux principaux médicaments afin de mettre à niveau comparable un plus grand nombre de délégués voire la totalité de leur équipe. Les caisses ont donc la liberté de maintenir ou non une spécialisation d'une partie des DAM sur les thèmes médicaments.

Après une formation scientifique, un temps dédié d'assimilation est requis pour permettre aux DAM d'approfondir leurs connaissances ; un délai d'une semaine est à laisser entre la formation et les séances d'entraînement. Un temps suffisant de préparation et d'entraînement doit être octroyé aux DAM par les directeurs de caisses pour assurer une parfaite maîtrise des thèmes et des contenus.

Les séances d'entraînement doivent être systématiques et se dérouler sur au moins une à deux journées en fonction de la complexité du sujet. Il est rappelé que l'ensemble des séances d'entraînement au discours doit se faire avec un praticien conseil référent présent sur la totalité de cet entraînement. Les séances d'entraînement se font en petit groupe d'une dizaine de personnes au maximum.

Au-delà, le manager DAM et le référent local praticien conseil organisent chaque semaine un point avec les DAM pour ajuster le discours et répondre aux questions les plus fréquemment posées.

## **II.2. La formation des managers DAM et des praticiens conseils**

Après une première formation des managers DAM à l'animation et l'accompagnement de leur équipe de DAM, une formation à l'animation des séances d'entraînement des DAM est proposée aux managers DAM et aux praticiens conseils. La lettre réseau LR-DDO-1/2008 présente ce nouveau dispositif.

## **II.3. Les outils de pilotage de l'accompagnement**

Deux outils de pilotage seront mis à disposition du réseau au cours de l'année 2008 :

- un outil de gestion de la relation client avec les professionnels de santé.

Cet outil appelé GDR-PS a été développé par la CPAM de Strasbourg et est utilisé avec succès par les caisses et services médicaux de la région Alsace. Cet outil est à destination des DAM, des praticiens conseils et des conseillers Sesam-Vitale. Il est intégré à Médialog et gère toutes les étapes d'une relation : prise de rendez-vous (consultation planning DAM / EC), préparation d'un rendez-vous (fiches PS), rédaction d'un compte-rendu, statistiques locales et nationales. Le déploiement commencera par la région Grand-Est en février 2008 puis étendu à la France entière en juin 2008. Cette première version ne permettra pas de suivre les visites dans les établissements.

- un outil de pilotage des actions d'accompagnement des PS à travers l'évolution comparée de leur comportement.

Cet outil est développé par la CPAM du Havre avec les caisses et services médicaux de la région Haute Normandie. Cet outil est à destination des DAM, des managers DAM, des praticiens conseils et des directeurs. Il permet par exemple de suivre les comportements des professionnels rencontrés par rapport aux professionnels non rencontrés. Il importe des fichiers de visites DAM et échanges confraternels et des résultats de requêtes sur Erasme régional puis croise ces informations afin de suivre les comportements d'un professionnel ou d'un groupe de professionnels dans le temps. Après une phase de test en janvier-février dans la région Haute Normandie, le déploiement est prévu pour avril 2008. A la fin de l'année 2008, cet outil sera complètement intégré à GDR-PS.

## **III. L'accompagnement des établissements**

### **III.1. L'accompagnement des établissements sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville**

Dans le déroulement des actions issues de la LR-DDGOS-77/2006, puis poursuivies par la LR-DDO-146/2007, l'objectif opérationnel vise les échanges au plus près des prescripteurs, notamment par le biais des visites auprès des services qui ont commencé en 2007. L'année 2008 doit voir ces visites s'intensifier.

En 2008 l'intervention des Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) dans les hôpitaux sera systématisée. Dans un souci de formation et d'information, les premières visites se feront en binôme entre les DAM et les praticiens conseils. Ce n'est que dans un second temps, en fonction du thème et du contexte local que les visites se feront par les DAM et/ou les Praticiens Conseils.

Il est préconisé de ne pas spécialiser les DAM sur l'accompagnement des établissements mais plutôt de solliciter des DAM rodés à l'accompagnement des médecins libéraux sur la maîtrise médicalisée : ceci permettra d'être au plus près des préoccupations des deux univers lors des visites effectuées et de capitaliser sur les interfaces ville/hôpital.

### **a. Les objectifs de rencontres dans les établissements de santé pour 2008**

- 1 visite, au moins, dans l'année auprès de la CME, afin d'informer l'établissement de la démarche 2008 et de faire un retour d'information sur les évolutions des prescriptions,
- 3 visites par établissement, au moins, dans les services les plus prescripteurs, sur les thèmes de MMPH (Antibiotiques, Statines, Génériques, ALD-OBZ, arrêt de travail-IJ, Transports). Il est nécessaire que les visites soient identifiables par service, afin de pouvoir suivre la montée en charge du dispositif. Une prochaine lettre réseau fera l'objet de préconisations, par service, par thème et par interlocuteur « Assurance Maladie »,
- 1 réunion, au moins, pendant les périodes d'accueil d'internes dans l'hôpital (mai ou novembre),
- 1 visite auprès de la pharmacie hospitalière,
- 1 visite auprès d'une autre instance de l'hôpital comme, le CLIN, le COMEDIMS, CTE, la Commission du Service de Soins Infirmiers etc.,

Il est, par ailleurs nécessaire de hiérarchiser les visites. Deux situations existent :

- Les régions qui n'ont pas commencé les visites dans les services : dans ce cas la visite en CME est un passage préalable indispensable afin, d'annoncer la déclinaison des actions et de recueillir les remarques des services ou instances intéressées.
- Les régions qui ont commencé les visites dans les services, peuvent continuer dans leur lancée et rendront compte dans l'année des évolutions auprès de la CME.

Par ailleurs, il est recommandé, de privilégier assez tôt dans l'année les visites auprès de la pharmacie hospitalière, afin de sensibiliser le pharmacien à nos messages et nos actions, mais aussi pour appréhender la consommation hospitalière.

### **b. Les profils**

Le nombre des thèmes traités dans le profil n'est pas modifié au début de l'année 2008.

Toutefois, de nouveaux indicateurs MMPH pourront faire l'objet d'étude en vue d'intégration dans les profils courant 2008.

La fréquence d'actualisation des profils sera trimestrielle. Les périodes couvertes porteront sur des trimestres cumulés. Le premier profil disponible en mars portera sur le 2<sup>nd</sup> semestre 2007. Les profils du 1<sup>er</sup>, 2<sup>ième</sup> (1<sup>er</sup> semestre 2008) et 3<sup>ième</sup> trimestre (9 premiers mois de l'année 2008) seront accessibles, respectivement, en juin, septembre et décembre 2008.

Toutefois, les difficultés de repérage des établissements selon les numéros FINESS utilisés ne permettront pas à la CNAMTS de réaliser des profils pour la totalité des établissements. Pour les profils manquants, les régions apprécieront l'opportunité de réaliser des profils régionaux à partir de données régionales.

En effet, à l'occasion de la production des profils sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville, il est apparu une liquidation non homogène des prestations et des prescriptions délivrés en ville qui était, soit sous un numéro FINESS géographique, soit sous un numéro FINESS juridique.

De fait, il est demandé aux caisses de rappeler aux directions des établissements, qu'afin de disposer d'une ventilation par établissement des prescriptions réalisées sur la base des chaînes de liquidation des régimes d'Assurance Maladie, les supports de prescriptions à exécuter en ville devraient comporter, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 1999, le numéro FINESS géographique de l'établissement et le code à barres correspondant (Circulaire CNAMTS DDRI n° 23/2000 en date du 15 février 2000 sur la circulaire ministérielle du 26 février 1999).

De même, une information auprès des pharmacies d'officine peut s'avérer utile pour attirer leur attention sur ce problème.

### **c. Les mémos**

Les mémos seront commandés trimestriellement en parallèle avec la démarche dans le secteur ambulatoire.

## **III.2. Poursuite de la contractualisation des engagements avec les établissements de santé**

En l'absence de signature d'autres Accords Cadres Nationaux (un seul a été signé, à ce jour, sur les antibiotiques), l'objectif des URCAM portera sur la signature d'une convention (accords locaux, accords d'initiative locale et engagements réciproques) sur au moins deux des thèmes MMPH pour 90% des établissements de santé (contre 70% en 2007).

## **III.3. Ajout de thèmes faisant l'objet d'un accompagnement**

Trois nouveaux thèmes devront être portés en 2008 dans les établissements : la pose de stents, l'orientation des patients lors de la rééducation (chirurgiens orthopédistes et médecins rééducateurs), la pratique des scanners et IRM.

L'accompagnement sur ces 3 thèmes en 2008 qui dépassent le champ des prescriptions hospitalières délivrées en ville, se fera directement lors des visites des prescripteurs en ciblant les services selon les thèmes. Une information sera faite, au préalable, auprès du Directeur et du Président de CME, et lors de la visite prévue devant les CME.

Il n'y aura pas de modification du profil établissement MMPH pour ces thèmes, mais fourniture d'indicateurs comparant l'établissement à des chiffres nationaux. Ces indicateurs pourront dans un second temps être intégrés, notamment, dans le profil MMH T2A.

## **III.4. L'accompagnement des établissements sur la tarification à l'activité (T2A)**

La lettre réseau LR-DDGOS-35/2007 détaille la Maîtrise Médicalisée à l'Hôpital élargie aux pratiques de codage de la tarification à l'activité et au développement de la chirurgie ambulatoire (MMH-T2A). Les actions prévues en 2008, intéressent :

### **a. La mise à jour du profil MMH-T2A et le calendrier**

Trois principes sont retenus :

- Améliorer et stabiliser les indicateurs,



- Construire les mêmes indicateurs pour les établissements Ex-DG ou Ex-OQN,
- Calculer tous les indicateurs sur la même période.

Ainsi les profils MMH-T2A seront actualisés 2 fois par an :

- a. en fin d'année pour des indicateurs portant sur le premier semestre de l'année en cours avec passage en établissement au deuxième trimestre de l'année suivante.
- b. en milieu d'année pour le bilan de l'année passée et passage en établissement au quatrième trimestre de l'année suivante.

#### **b. Les indicateurs**

Tous les indicateurs présentés en 2007 seront conservés, certains seront améliorés pour tenir compte des questions et des remarques des régions. Néanmoins, une réflexion est en cours pour déterminer un taux de ré-hospitalisation en MCO des patients hospitalisés dans l'établissement.

Des modifications dans la présentation du profil seront également apportées pour améliorer la lisibilité des indicateurs. C'est pourquoi, par exemple les indicateurs d'activité et financiers seront déclinés en fonction des activités de médecine, chirurgie et d'obstétrique.

#### **c. Les rencontres dans les établissements de santé**

Les visites en 2008 se dérouleront de la même façon qu'en 2007. Toutefois, un passage en CME pourra être réalisé à la demande de l'établissement. Il faudra veiller à l'articulation des visites MMHPH et MMH-T2A avec les actions de contrôle T2A.

L'objectif opérationnel est fixé à 100% des établissements visités par le Directeur et le Médecin Chef (devant les Directeurs et le Président de CME) depuis la campagne 2007, contre 85% en 2007.

### **III.5. La contractualisation avec les établissements de santé sur la T2A**

Des engagements réciproques (terme générique de contrat ne prévoyant ni sanctions, ni reversements) pourront être signés entre les établissements de santé et les directeurs de CPAM sur des thèmes qui sont sources d'économies potentielles importantes et chiffrables.

Deux thèmes correspondent bien à ces principes :

- le potentiel de chirurgie ambulatoire,
- la part des hospitalisations de 0 jour,
- auxquels, il faut rajouter les médicaments en sus de l'hospitalisation, pour le CBUMPP.

Cette démarche conduira à la signature d'avenants aux CPOM avec l'ARH ou de simples contrats d'engagement (équivalent à ceux de la MMPH si inclusion dans le CPOM s'avère impossible) pour prendre en compte les engagements signés avec les établissements. De même, des avenants aux CBUMPP pourront être proposés à partir des données du profil.

L'objectif opérationnel pour 2008 vise la conclusion d'au moins un avenant CPOM, un avenant CBUMPP ou un contrat d'engagement fixant des objectifs précis sur un des thèmes prioritaires de la MMH-T2A, dans 65% des établissements ciblés pour la MMH-T2A.

### III.6. Récapitulatif des objectifs MMH 2008 :

Objectifs planchers :

MMPH						MMH-T2A	
Visite CME	Visite Services	Visite Pharmacie	Visite Internes	Visite Autres	Contractualisation	Visite Equipe direction	Contractualisation
1	3	1	1	1	90% des établissements contractent sur au moins 2 thèmes	100%	65% des établissements sur 1 thème

Les visites sur les 3 nouveaux thèmes de la MMPH (stents, chirurgiens orthopédistes et rééducateurs, scanners et IRM) dépendent des ciblages réalisés.

### IV. Les remontées d'informations à la CNAMTS

Les remontées opérées en 2007 sont poursuivies en 2008 :

- visites DAM et échanges confraternels : une nouvelle maquette sera proposée par enquête questionnaire vers la mi-janvier afin notamment d'intégrer les nouveaux thèmes 2008. Cette remontée sera bimensuelle. Une maquette spécifique sera notamment intégrée pour vous permettre de remonter le planning prévisionnel de visites et échanges par thème pour le 1er trimestre 2008 ainsi que vos besoins en mémos.

La première remontée sera à effectuer pour le 5 février avec l'activité du mois de janvier ainsi que la programmation prévisionnelle des visites et de vos besoins en mémos sur le 1<sup>er</sup> trimestre 2008.

- remontées des numéros de médecins rencontrés : ces remontées mensuelles se poursuivent selon les modalités fixées en pièce jointe.

- rencontres établissements : les tableaux de remontée utilisés en 2007 seront mis à jour pour mieux suivre cette activité, une enquête questionnaire paraîtra fin janvier sur ce sujet.

En fonction de la montée en charge de l'applicatif GDR-PS dans les caisses et services médicaux, les remontées bimensuelles « DAM/échanges » et mensuelles « numéros des médecins rencontrés » seront aménagées voire supprimées dans le courant du second semestre 2008.

Comme en 2007, une évaluation de l'impact sera réalisée au niveau national. Un échantillon de professionnels sera tiré au sort au niveau national pour chaque thème : ces professionnels ne devront pas être visités sur le thème considéré.

ND