

Sommaire

Janvier 2000 - N° 11

Le mot du président

Une année charnière !

[Dr Bernard Huynh](#)

L'entretien

[La conférence régionale de santé](#)

- [Dr Christian Bourhis](#) : "Le jury de la Conférence peut donner les impulsions qui manquaient"
- [Dr Olivier Aynaud](#) : "La conférence régionale de santé est dans le discours, pas dans l'action"

Le point sur ...

[Les handicapés satisfaits des médecins libéraux franciliens](#)

Le dossier du mois

[Qui soigne qui en psychiatrie ?](#)

Systeme d'information

- [Kit de connexion Internet](#)
- [Attention, le bogue du 29 février vous menace !](#)

Infos plus

- [Signature de la Charte entre les professionnels de Santé Libéraux et l'AP-HP](#)
- [Financement des réseaux](#)
[Le fond d'aide à la Qualité des soins de ville se met en place](#)
- [Unions régionales des médecins libéraux](#)
[travaux et perspectives](#)

[Page suivante](#)

Une année charnière !

L'an 2000 a commencé et chacun de nous perçoit bien que les douze mois qui viennent seront cruciaux pour la médecine et les médecins. Les transformations qui s'accroissent inexorablement dans notre profession et dans nos cabinets ont deux faces contradictoires : menace et progrès.

Ces mutations menacent l'exercice médical que nous avons choisi mais menacent aussi les fondements de notre fonction dans la Société : Le secret professionnel qui fait le dialogue confiant avec chaque patient, l'indépendance de notre exercice et de nos prescriptions qui fait la force de nos avis sont les éléments essentiels du libre choix d'un médecin libéral par près d'un million de malades chaque jour en Ile de France.

Ces mutations apportent aussi leur part de progrès en nous permettant de mieux nous organiser pour soigner et analyser l'excellente qualité de nos résultats. Les nouveaux instruments de la communication doivent nous aider à mieux faire connaître la très grande qualité de l'exercice des médecins libéraux et leur rôle indispensable pour prévenir et guérir.

Nous allons nous servir des instruments contemporains pour faire savoir à tous notre détermination à entrer dans le troisième millénaire en conservant les valeurs qui ont fait de tous temps la force des médecins libéraux et la confiance des patients.

Bonne année charnière !
Bonne année 2000 !

Bien confraternellement

[Docteur Bernard Huynh](#)

La Conférence régionale de santé

Dr Christian Bourhis
propos recueillis par Marc Patin

"Le jury de la conférence peut donner les impulsions qui manquaient"

C'est en tant que vice-président de l'Union des médecins libéraux d'Ile-de-France que le [Dr Christian Bourhis](#) a siégé au jury de la conférence régionale de la santé. Une instance plus utile qu'il peut y paraître, estime ce généraliste de Bezons. Cette année, des recommandations du jury concernent directement les médecins.

La Lettre de l'Union. Quelles recommandations le jury a-t-il faites après cette 4^e conférence ?

[Dr Christian Bourhis](#). Parlons d'abord des personnes âgées, sujet dans lequel l'Union s'est le plus engagé. Nous avons noté, durant les réunions préparatoires, l'accroissement démographique important de ces personnes et la grande diversité du paysage institutionnel avec l'émiettement des responsabilités entre l'Etat, les organismes sociaux et les collectivités. Durant la conférence, les représentants des usagers ont manifesté leur demande du maintien à domicile, ce qui n'est pas pour déplaire même si nous savons que ce n'est pas la panacée quand la dépendance devient importante. Le jury a donc recommandé de, je cite la phrase importante, " favoriser la mise en place d'une coordination réelle des intervenants qui positionne la personne âgée au centre d'un dispositif harmonieux où la place du médecin généraliste est fondamentale et doit être soutenue ". Nous avons également estimé qu'il fallait à la fois mieux définir les besoins qualitatifs et quantitatifs pour les établissements et les services car les débats ont montrés qu'ils donnaient lieu à des estimations divergentes. Impulser une politique de prévention, en développant les bilans d'évaluations des personnes âgées qui permettent de voir venir la dépendance. Et lutter contre la maltraitance à domicile comme en établissement.

La Lettre. Sur les autres sujets ?

[Dr C. B.](#) Pour les jeunes en situation de crise, nous souhaitons qu'il y ait un programme dans le cadre d'une large concertation régionale avec des actions de formation, notamment en direction des acteurs de proximité, ce qui peut concerner les professionnels de santé. Nous suggérons aussi de créer des lieux-phares, c'est-à-dire des pôles, locaux, de coordination et d'expertise pluridisciplinaires et pluri-institutionnels : santé, justice, éducation nationale entre autres. Des pôles dont les avis seraient pris en compte. Nous insistons également pour qu'il y ait un dépistage précoce des difficultés des jeunes, dès la maternelle, dans certains cas.

Le dernier sujet qui a été repris cette année, c'est l'accès aux soins des personnes les plus démunies. Et uniquement pour dire que compte tenu de l'arrivée de la CMU, la prochaine conférence devrait examiner ses conséquences.

Enfin, le jury a noté avec satisfaction que les institutions s'inscrivent de plus en plus dans les objectifs de la conférence de la santé. Le directeur de l'ARH a dit que tous les réseaux qui auront pour thème ces priorités seraient plus qu'encouragés. L'AP-HP, toujours à la recherche d'attractivité, a promis de chercher sa voie dans le domaine des personnes âgées. Et l'Union va recenser les besoins des médecins pour l'aide aux jeunes en situation de crise, faire l'état des lieux et mettre le sujet au programme de la FMC.

La Lettre. Tout cela reste quand même bien formel, bien théorique...

Dr C. B. C'était la première fois que j'étais membre du jury, l'an dernier j'étais membre du comité permanent. Alors, c'est vrai, durant les premières réunions préparatoires qui s'étaient sur une période de six mois, j'ai trouvé que tout était très nébuleux. J'ai pensé que l'on parlait pour une grand-messe inutile. Pourtant, plus la date approchait, mieux les sujets étaient cadrés. Et ce n'est pas facile tant les thèmes sont, effectivement, théoriques, vastes. Pensez que l'on nous demandait de faire des recommandations sur les personnes âgées en Ile-de-France : c'est gigantesque. Mais dans les faits, avec les méthodes de travail, la conférence peut arriver à mettre l'accent sur certains types de problèmes : je pense au saturnisme, traité l'an dernier. Ou à déboucher sur des solutions concrètes : voyez le chapitre du SROS sur la périnatalité. Franchement, il me paraît difficile que le jury fasse mieux sur des sujets aussi généraux. Et je trouve finalement que la conférence et son **jury** sont utiles pour décliner les lignes prioritaires de la politique régionale de santé. Pour donner les impulsions qui manquaient précédemment.

La Conférence régionale de santé

Dr Olivier Aynaud
propos recueillis par Marc Patin

" La conférence régionale de santé est dans le discours, pas dans l'action "

Généraliste parisien, le [Dr Olivier Aynaud](#) est, comme représentant du Conseil économique et social d'Ile-de-France, membre du jury de la conférence régionale de santé. Pour lui, cette instance pourrait être efficace si elle disposait de moyens pour financer ses ambitions.

La Lettre de l'Union. C'était la 4^o conférence régionale. Avec le recul, sont-elles utiles ?

[Dr Olivier Aynaud](#). On peut effectivement se poser la question. A la fois sur les rapports entre les états généraux qui se sont tenus cette année avec la conférence régionale. Et aussi sur l'autonomie de réflexion et de décision des conférences régionales par rapport aux directives de la conférence nationale. Puisque c'est, en effet, une obligation de décliner régionalement les thèmes décidés nationalement. C'est ainsi que cette année, nous avons été obligés, en Ile-de-France, de parler des personnes âgées. C'est, certes, un problème, pas forcément une urgence. En outre, la question avait été abordée par les états généraux. On peut aussi s'interroger sur l'intérêt de faire remonter les besoins régionaux à l'échelon de la conférence nationale dont l'un des rôles devrait d'être d'éclairer le Parlement sur ses choix lorsque l'on voit comment est votée la loi de financement de la Sécurité sociale. Pour dresser un bilan, je prendrais l'exemple du saturnisme sur lequel la conférence avait mis l'accent dès le départ. Un constat médical a été dressé. Des orientations ont été définies. Mais où est le pouvoir politique qui les a fait appliquer ? Et la 4^o conférence, à nouveau, a parlé de saturnisme.

La Lettre. C'est logique puisqu'elle doit apprécier la mise en place des programmes régionaux de santé.

Dr O.A. Certes, mais la question est de savoir si les décideurs politiques régionaux s'impliquent dans les résultats des conférences. C'est bien de parler de grands sujets : alcoolisme, accès aux soins, périnatalité. Tout le monde est d'accord pour améliorer la situation, pour imaginer des solutions. Cependant, tout cela a un coût. Or le volet financier des actions possibles n'a jamais été abordé depuis quatre ans. On ne peut pas avoir une politique régionale de santé si l'on n'a pas les moyens de la financer. Et la conférence de santé n'a pas de budget à sa disposition. Pour l'alcoolisme, autre exemple, on a encore reparlé de prévention. Nous sommes toujours dans le discours, pas dans l'action.

La Lettre. Maigre bilan...

Dr O.A. Oui et non. Ce qui est très positif, c'est de faire se côtoyer des acteurs divers. Professionnels, libéraux ou non, institutionnels, associations. C'est vrai que ces conférences ont fait émerger un tissu associatif très riche. On découvre

des associations très locales qui sont actives, efficaces sur le terrain et que l'on n'aurait pas l'occasion de connaître par ailleurs. On perdrait ainsi le bénéfice de leur expérience. Le revers de la médaille, c'est que tout ce qui existait ou se met en place au niveau de la région - DRASS, SROS, ARH, URCAM, conférence, états généraux, commission réseaux - donne l'impression d'être autant de pièces de puzzle. Mais pas du même puzzle. Ce qui manque, selon moi, pour coordonner l'ensemble, c'est, je le répète, une volonté politique et son volet financier

La Lettre. Les professionnels libéraux peuvent-ils trouver un intérêt dans ces conférences ?

Dr O.A. Je ne pense pas qu'ils aient attendu ces conférences pour connaître les priorités régionales de santé publique. Alors, elles peuvent leur apporter des informations épidémiologiques ou sur des structures qui travaillent sur le terrain. Pour eux, cela reste des connaissances intellectuelles mais ne leur donne pas, pour l'instant en tout cas, les moyens de s'impliquer particulièrement. J'en reviens à l'alcoolisme. La conférence dit, sans parler des moyens, qu'il faut des relais pour la prise en charge. Peut-être qu'à terme, les médecins verront s'ouvrir ce " temps " médico-social qu'ils attendent pour accompagner ce genre de patients.

Ce que dit la loi

Créée par l'ordonnance Juppé sur la maîtrise des dépenses, la conférence régionale de santé analyse les besoins de santé et la situation sanitaire et sociale de la région. Elle établit - en tenant compte de celles de la dernière conférence nationale - les priorités de santé publique de la région qui peuvent faire l'objet de programmes régionaux de santé pluriannuels. Choisis par le préfet de région, et " assortis d'indicateurs permettant de procéder à leur évaluation ", notamment lors de la conférence régionale annuelle, ces programmes sont actuellement au nombre de 5 en Ile-de-France : alcool, saturnisme, périnatalité, santé des jeunes, accès aux soins et à la prévention pour les plus démunis

Les 300 membres de la conférence en Ile de France sont désignés chaque année par le préfet. Ils appartiennent à 4 groupes : les représentants de l'Etat, des caisses et des collectivités territoriales ; les professionnels de santé libéraux, de médecine préventive, les professionnels de santé et sociaux exerçant dans les établissements privés ou publics ; les représentants des établissements sanitaires et sociaux publics et privés et des services ; les associations et les usagers.

Désignés par le préfet 2 représentants de chacun des 4 groupes composent le jury chargé d'établir les conclusions et les recommandations.

Les handicapés satisfaits des médecins libéraux franciliens

Une étude de l'Union montre que les handicapés physiques ont, beaucoup plus souvent qu'on ne le soupçonnait, recours à des médecins libéraux. Avec une entière satisfaction malgré les difficultés d'accès aux soins que l'Union souhaite voir s'améliorer.

" C'est très rare qu'une structure de médecins porte un intérêt à notre problématique et nous en avons tiré une grande satisfaction " se félicitait Mme Desaulle, vice-présidente de l'Association des paralysés de France (APF) lors de la présentation des résultats de l'enquête sur l'accès aux soins des handicapés, réalisée par l'Union en collaboration avec l'APF.

" Nous avons été surpris de constater que les médecins libéraux ont une place aussi importante dans les soins aux personnes handicapées " a commenté, de son côté, le [Dr Marquer](#), président de la Commission accès aux soins à l'origine de l'enquête. En effet, les réponses montrent que si 86,8% des répondants ont un suivi médical régulier, c'est, dans 85,6% des cas par un médecin libéral. Le suivi médical régulier, pour les handicapés qui déclarent en bénéficier, est mensuel (49% des cas), trimestriel (34%) ou semestriel (13%). Ce recours aux soins plus élevé que pour la moyenne de la population francilienne s'explique évidemment par les pathologies lourdes et évolutives dont souffrent les répondants et par leur âge plus élevé que la moyenne (voir encadré).

Par ailleurs, 97,2% des personnes interrogées affirment avoir " un médecin traitant habituel " qui est alors, la plupart du temps (1%), un généraliste choisi, dans la majorité des cas parce que c'est le médecin de famille (55%) ou le généraliste qui traitait déjà le répondant avant la survenue de son handicap (13%). Là, les motifs de recours aux soins concernent essentiellement (89%) le traitement des maladies bénignes et dans 5% seulement des cas, l'appareillage. La prévention représente 8% des actes.

L'enquête montre également que si les handicapés ont fréquemment recours aux médecins libéraux, ils sont - n'est-ce pas finalement assez naturel - très satisfaits des rapports qu'ils entretiennent avec eux. Seulement 4% des personnes interrogées répondent ne pas être satisfaites des relations avec leur médecin ; 6% ne trouvent pas la communication facile ; 9,6% ne se trouvent pas correctement informées et 12% pensent que le praticien n'a pas une appréhension satisfaisante de leur handicap.

Reste que pour accéder aux soins, les personnes handicapées rencontrent des difficultés d'autant plus importantes qu'elles ne sont pas autonomes. Ainsi, si, globalement, 55,6% des répondants affirment ressentir ces difficultés, la proportion culmine à 68,7% chez les handicapés en fauteuil mais tombe à 25,2% chez les handicapés autonomes dans leurs déplacements. Ces difficultés d'accès aux soins sont de natures diverses. Mais la première, est liée aux moyens de transports (50,1%) pour se rendre au cabinet, vient ensuite l'accès au cabinet lui-même (49,9%) et, loin derrière, le manque d'équipement adapté du cabinet (26,9%).

Alors, que faire pour améliorer cette accessibilité aux soins ? " Cette enquête, offerte à l'APF, a indiqué le Dr Marquer, va lui permettre de continuer son

combat ". Notamment pour une meilleure accessibilité des moyens de transports ou pour le respect des places de parking réservées aux handicapées (voir la photo). " En tout cas, a précisé le Dr Huynh, il n'est pas question d'en rester au simple constat de l'enquête. Nous avons un devoir collectif face aux handicapés et ce qui nous intéresse, c'est de trouver des solutions pour qu'ils puissent, eux aussi, avoir le libre choix de leur médecin ". En effet, pour le président de l'Union d'Ile-de-France, l'accès aux soins et donc le libre choix du médecin, qui en découle, n'est pas seulement un problème économique. Ce peut être également une entrave physique.

Pour y remédier, le Dr Bernard Huynh propose deux pistes. La première, classique, c'est de défendre la visite lorsqu'elle est médicalement justifiée. C'est-à-dire d'obtenir les moyens matériels - stationnement par exemple - et économiques pour continuer à la pratiquer. La seconde est plus originale et concerne plus spécialement les spécialistes. Elle consisterait, pour les médecins libéraux, à utiliser les centres de soins dont la vocation sociale n'aura plus de raison d'être avec la CMU. Là, avec les moyens techniques et le personnel, mis à disposition, ils pourraient, à tour de rôle recevoir les handicapés qui le souhaiteraient. Proposée à la mairie de Paris, cette solution a déjà reçu un accueil favorable.

Marc Patin

Méthodologie

L'enquête a été réalisée grâce à un questionnaire de cinq pages élaboré conjointement par la Commission accès aux soins de l'Union et l'APF et adressé par courrier à 3 780 personnes handicapées adhérentes de l'APF représentative de la cible. Près de 27%, ce qui représente un taux très important, ont répondu aux 34 questions du formulaire. Le dépouillement, garantissant l'anonymat des 917 répondants, a été confié à un prestataire extérieur.

Les répondants

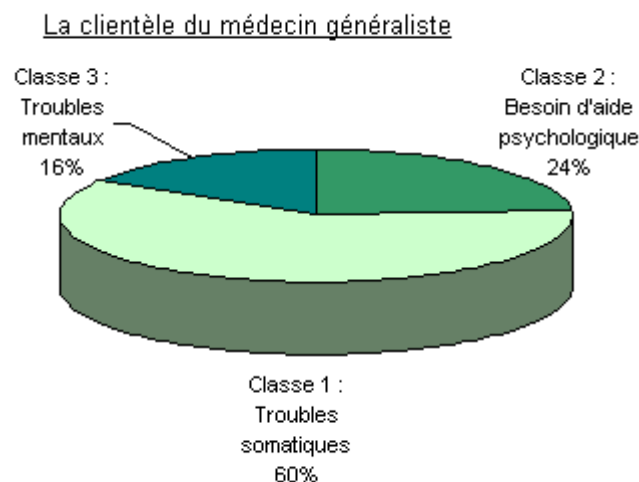
Agées en moyenne de 52,6 ans, les personnes qui ont répondu au questionnaire habitent plutôt Paris ou la grande couronne et 51% sont inactifs. Ils sont principalement atteints de SEP (25,1%), de poliomyélite (13,1%) ou sont IMC (12,9%). En outre, 71,3% se déplacent en fauteuil roulant.

Qui soigne qui en psychiatrie ?

Premiers résultats de l'enquête
sur la prise en charge des soins psychiatriques
en médecine libérale francilienne

L'étude des différentes composantes de la prise en charge par la médecine libérale de patients atteints de troubles psychologiques ou psychiatriques a été réalisée par la commission Conditions d'exercices de l'Union, présidée par le Docteur Gérard ZEIGER.

L'étude montre la place importante de la pratique libérale dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychologiques ou psychiatriques et permet de dessiner, au sein de cette pratique, des profils de clientèle. Ces classifications de patients déterminent les différences de type de prise en charge des patients ainsi que les modalités de ces prises en charge.



Classe 1 : il s'agit de patients consultant pour une maladie somatique ou une consultation de prévention médicale (60% des patients). Le consultant est plus souvent un homme marié ou un élève (ou étudiant). Il n'y a ni besoin d'accompagnement psychologique, ni pathologie psychiatrique et traitement psychotrope.

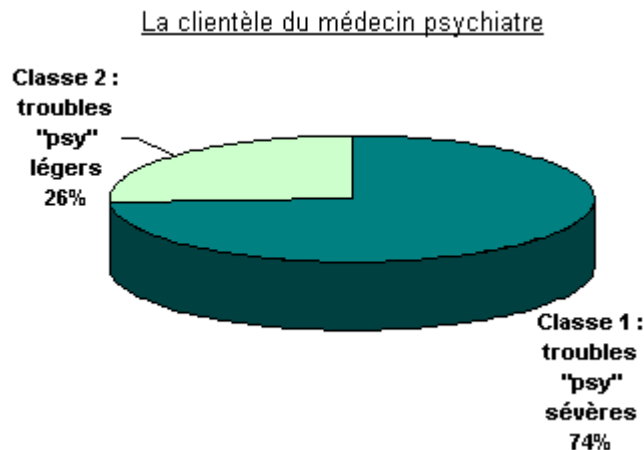
Classe 2 : représentant 24% des patients consultant un généraliste. Les patients sont plutôt des femmes veuves ou des retraités. Le motif principal de l'acte médical est une demande d'aide psychologique. Aucun diagnostic de maladie mentale n'a été établi. Les difficultés prédominantes sont de divers types. Les plus fréquentes sont : l'anxiété (27%), les plaintes somatiques répétitives sans substrat (20%), les difficultés relationnelles (18%), le vieillissement (11%).

Il y a à la fois un traitement psychologique et traitement psychotrope. La nature du traitement psychologique sont : l'écoute (81%), le conseil psychologique (9%) ou la consultation ponctuelle de soutien psychologique (7%). Le traitement psychotrope est prescrit pour des symptômes psychiatriques ou psychologiques (76%) ou pour des troubles organiques (19%). Les médicaments prescrits sont des anxiolytiques benzodiazépines ou des antidépresseurs. 27% des patients sont également en Affection de Longue Durée (non psychiatrique). Il n'y a pas de traitement psychotrope prescrit par un confrère mais besoin d'un avis complémentaire (restant marginal, 9%) par un spécialiste non psychiatre.

Classe 3 (16%) : Cette classe est caractéristique d'une prise en charge d'une pathologie mentale diagnostiquée. Le patient est le plus souvent une femme, divorcée. Le patient est en Affection de Longue Durée (psychiatrique).

Le diagnostic établi est posé soit par le praticien lui-même ou par un psychiatre hospitalier et correspond à des troubles de l'humeur (39%) ou névrotiques (29%). L'ancienneté des troubles ou de la prise en charge pour ce diagnostic est de plus de 1 an. Il y a traitement psychotrope pour une maladie mentale diagnostiquée ou des symptômes psychiatriques ou psychologiques. La consommation principale de psychotropes est une consommation d'antidépresseurs. La nature du traitement psychologique pratiqué est l'écoute à 72%, une consultation ponctuelle de soutien psychologique (11%) ou un conseil psychologique et relationnel itératif. Les caractéristiques de ce groupe sont aussi de la présence d'un suivi (traitement psychologique ou psychotrope prescrit) par un confrère et du besoin d'un avis complémentaire.

La durée de l'acte est plus élevée que la moyenne observée dans la clientèle des médecins généralistes. Le nombre de médicaments prescrits est également plus important.



Les caractéristiques des patients de la première classe (74% des cas) :

Patients consultant pour une maladie psychiatrique caractérisée. Les principales pathologies (par ordre d'importance) sont : les troubles de l'humeur, les troubles névrotiques, les troubles de la personnalité, la schizophrénie, les syndromes comportementaux et les troubles du comportement liés à l'utilisation de substances.

Dans la majeure partie des cas, le diagnostic a été posé par le psychiatre lui-même (77%). Cependant le diagnostic a également pu être posé par un psychiatre hospitalier ou un généraliste (respectivement 8 et 9%) ou par un psychiatre libéral (3%).

Pour 35% des cas, il y a prescription d'un traitement psychotropes : dans 70% des cas, il s'agit d'antidépresseurs et 22% de neuroleptiques, dans une certaine proportion, les deux pouvant être associés. Les anxiolytiques benzodiazépines sont prescrits dans 4% des cas. Dans 24% des cas, un traitement psychotrope est prescrit par un confrère (psychiatre hospitalier ou libéral).

Dans 63% des cas l'ancienneté de la prise en charge est supérieure à 1 an et 29% ont un antécédent autre de pathologie mentale

Les caractéristiques de patients de la seconde classe (26% des cas) :

Regroupe les patients demandant une aide psychologique ou présente une souffrance psychologique, plutôt cadre ou de profession intermédiaire

L'origine de la prise en charge est l'accès direct.

Pas de prescription de psychotrope, ni par le médecin lui-même ou par un confrère, mais besoin d'accompagnement psychologique et d'un traitement essentiellement de psychothérapie.

Les difficultés prédominantes sont avant tout des difficultés relationnelles, 53% des cas, une dépressivité prédominante (11%), une anxiété prédominante (10%) et des fluctuations fréquentes et labiles de l'humeur (10%).

Les objectifs de l'étude :

- Obtenir un premier descriptif des activités de soins psychiatriques en pratique libérale.
- Situer la part d'activité liée à la prise en charge des pathologies mentales dans l'ensemble de la prestation de soin des médecins généralistes.
- Etablir une typologie des activités psychiatriques des généralistes et des spécialistes en psychiatrie, en prenant soin de distinguer la dimension psychiatrique proprement dite de ce qui relève de la psychologie médicale.
- Faire une première approche de la charge de travail objective et subjective spécifiques à la pratique de soins psychiatriques.
- Ebaucher une compréhension des collaborations existant entre généralistes et psychiatres / neuro-psychiatres.

Matériel et méthode :

Journées d'enquête : 13 octobre et 15 décembre 1998

Enquête par sondage, auprès de 284 médecins enquêteurs (186 généralistes et 98 psychiatres et neuro-psychiatres).

4 430 fiches patients (3000 patients de médecins généralistes, 1 430 patients de médecins psychiatres ou neuro-psychiatres).

Quelques résultats

	Médecins généralistes	Médecins psychiatres et neuro-psychiatre
Nombre moyen de patients par jour	18	15
Durée moyenne de l'acte	17 minutes	34 minutes
Cotation de l'acte (0 à 20)	13,6	14,2

En conclusion

Médecins de famille et médecins psychiatres soignent les mêmes maladies, mais dans des proportions et à des moments de la maladie différents.

Les patients s'orientent vers le médecin de famille ou le médecin psychiatre selon des critères spécifiques. Des profils de clientèles se dessinent qui reflètent fortement les caractéristiques socio-démographiques des patients.

Les prises en charge diffèrent bien sûr selon que l'auteur de ces prises en charge est le médecin généraliste ou le psychiatre. Là encore, les prises en charges reflètent directement le profil des malades qu'il s'agisse de la gravité ou de l'avancée de la maladie.

Ces deux modes de prise en charge sont complémentaires.

[Céline CAREL](#)

[Sommaire](#)

[Page suivante](#)

Kits de connexion Internet

Bienvenue aux nouveaux Internautes !

Vous avez sans doute reçu les kits de connexion que l'URML Ile-de-France a diffusés à l'ensemble des médecins de la région francilienne. Ils vous permettent de bénéficier d'une **connexion gratuite à Internet**. Outre différents logiciels d'application, vous accédez grâce à ce Kit directement au portail Internet de l'Union. Sur ce portail, mis à jour quotidiennement, vous trouverez les dernières dépêches AFP, les dossiers et la Lettre de l'Union, les études menées par l'Union et tous les liens qui vous sont utiles.

Bientôt, une messagerie sécurisée sera accessible uniquement par les médecins. Les échanges par courrier électronique seront donc protégés pour vous permettre de transmettre des informations à vos confrères en toute tranquillité.

Ce site ne demande qu'à s'enrichir. Faites nous part de vos idées en contactant Céline CAREL à l'Union au 01.40.64.14.72 ou en envoyant un mail à celine.carel@urml-idf.org

Si vous n'avez pas reçu ce Kit, transmettez-nous vos coordonnées, nous vous le ferons parvenir dans les plus brefs délais

[Sommaire](#)

[Page suivante](#)

Attention, le Bogue du 29 février vous menace !

2000 sera une année bissextile. Un certain nombre de systèmes d'information construits, dans un souci d'économie, sur un datage à deux chiffres reviendront, au 1^{er} janvier 2000, à 1900. Or, 1900 n'était pas une année bissextile. **Un bug risque donc de se produire.**

Il y a un peu plus d'un an que le problème a été découvert par les promoteurs de SESAM VITALE. Une procédure de rectification en deux étapes a été amorcée :

1. Modification des API (interfaces de programmation d'applications) des lecteurs de cartes VITALE et CPS.

La version 1.27 du logiciel chargé dans les lecteurs de cartes a pu être installée dans les lecteurs vendus depuis 1 an.

2. Edition de nouveaux référentiels intégrant la modification des API des logiciels médicaux et nouvelles homologations par le CNDA.

De nouveaux référentiels (version 1.30) ont été publiés par le GIE SESAM VITALE mi-novembre 1999. A charge pour les éditeurs de logiciel de les intégrer et de présenter leurs produits modifiés à l'homologation du CNDA avant la date fatidique du 29 février 2000.

Bien entendu, seul les médecins ayant souscrit un contrat de maintenance prévoyant la mise à disposition par l'éditeur des mises à jour des logiciels en disposeront.

Signature de la Charte entre les professionnels de Santé Libéraux et l'AP-HP

Le 2 décembre dernier, dans les locaux de l'Union, les professionnels de Santé libéraux, représentés par l'URML d'une part, l'ensemble des grands syndicats professionnels d'autre part et les hospitaliers de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris ont signé la charte " Ensemble pour les patients ". Cette charte a pour objectif de coordonner les moyens, d'éviter les actes et les hospitalisations redondants ou inutiles et de mettre en œuvre des systèmes d'information compatibles et sécurisés pour transmettre rapidement les informations médicales. Ce document est le premier pas important vers la nécessaire coordination des phases de soins.

Financement des réseaux : le Fond d'Aide à la Qualité des soins de ville se met en place.

De quoi s'agit-il ?

Le Fond d'Aide à la Qualité des soins de ville (FAQS) a été créé en décembre 98 au sein de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Il doit contribuer à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville en finançant des actions qui concourent au développement des formes coordonnées de prise en charge (réseaux de soins). Il sera doté de 500 millions de francs pour l'année 2000 (les 500MF prévus pour 1999 n'ont pas été utilisés du fait de la parution tardive des décrets !)

Le mode de fonctionnement :

Le FAQ est géré à la fois niveau national et au niveau régional. A l'échelle nationale, un Comité composé de représentants des professionnels de santé libéraux et des Caisses, fixe le montant des ressources affectées à chaque région. Les comités régionaux doivent consulter le bureau national pour toute demande d'aide supérieure à 5 millions de francs. A l'échelle régionale, le comité est composé en outre de représentants désignés par les URML et de médecins conseils de l'assurance maladie. Il donne son avis sur les conditions d'attribution des aides et assure le suivi de leur exécution.

Qui peut bénéficier des aides ?

L'ensemble des professionnels de santé libéraux exerçant en ville ainsi que tout regroupement de professionnels libéraux.

Quelles sont les conditions d'attribution ?

Les aides ne sont pas consenties sous forme de prêts. Elles sont renouvelables si

l'aide porte sur plus de 12 mois. Ces aides peuvent financer l'équipement des professionnels de santé ou les dépenses d'études et de recherche liées au projet. Toute aide est subordonnée à l'engagement des professionnels d'établir une évaluation de l'action financée.

Les arrêtés portant nomination des membres des différents comités ne sont pas encore parus. L'étude des dossiers ne peut donc pas encore être engagé. Mais vous pouvez demander des renseignements en téléphonant à l'Union.

Contact : [Marie Prévôt](#). Tél : 01 .40.64.14.70.

Unions régionales des médecins libéraux : travaux et perspectives

Les 29 et 30 janvier prochain au Palais des Congrès de Lille se tiendra un colloque sur les travaux et les perspectives des Unions régionales. Organisée par la Conférence des Présidents des URML en partenariat avec le Panorama du Médecin, les différents sujets abordés seront : l'évaluation des besoins de santé, l'évaluation des pratiques, la régionalisation, les URML et leurs perspectives.

Toutes les Unions de médecins seront représentées et aussi tous les participants aux soins des malades en France (paramédicaux, établissements de soins et hôpitaux, politiques et administratifs). La Ministre de l'Emploi et de la Solidarité interviendra le dimanche matin.

Pour l'Ile de France, les Docteurs Huynh, Ortolan et Silberman représenteront votre Union dans les différentes tables rondes.

A l'issue de ce colloque, les URML, avec l'aide du Panorama du Médecin, diffuseront à tous les médecins libéraux un numéro spécial relatant ces journées.

Sommaire