

Le plus dur est encore devant



sommaire

- La place des spécialistes libéraux dans la régionalisation
- Le FAQSV : bilan des initiatives libérales
- Les réseaux de soins palliatifs franciliens
- Enseignement et recherche en médecine libérale

Les missions de l'Union définies par la loi

- Analyses et études relatives au système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux
- Évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins
- Organisation et régulation du système de santé
- Prévention et actions de santé publique
- Coordination avec les autres professionnels de santé
- Information et formation des médecins et des usagers

Union régionale des médecins d'Ile-de-France exerçant à titre libéral

104, boulevard du Montparnasse,
75682 Paris CEDEX 14
Tél. 01 40 64 14 70 – Fax. 01 43 21 80 34
Email: secretariat@urml-idf.org

Directeur de la publication :
Dr Bernard Huynh

Comité de rédaction :
Drs O. Aynaud, J. Bourcureau,
J.-P. Grundeler, G. Lyon, M. Roueff,
G. Rousselet, M. Sylvestre,
A. Toledano, A. Vuong.

Secrétaire de rédaction :
A. Grenier

Numéro ISSN : 1285-4743
Dépôt légal à parution
Abonnement : 22,87 € TTC/an

Conception, réalisation et Impression :

Sepeg International
24 rue de Cronstadt
75015 Paris
Tél. 01 53 68 90 00
Fax. 01 53 68 90 10



papier recyclé

L'actualité de ce début d'année, c'est l'accord retrouvé entre les médecins, les caisses et surtout le ministère de la Santé sur fond de grogne et de colère de nombreux confrères.

Cet accord est une sortie de crise espérée depuis longtemps et chacun se réjouit de l'unicité retrouvée de la Convention à venir, de l'abandon de la maîtrise comptable. Mais les déceptions restent nombreuses. Le rattrapage du blocage des honoraires est un horizon qui recule quand on croit s'en approcher, et les satisfactions plus symboliques comme des espaces de liberté retrouvés sont difficiles à concevoir dans cet accord initial que chacun a pu lire sur internet.

Les médecins refusent désormais les garrots supplémentaires et n'accepteront que les contraintes d'une médecine de qualité, la seule qui vaille d'être exercée. Ainsi la prise en charge de l'assurance RCP par les caisses est loin de faire l'unanimité tout comme la télétransmission qui ne peut pas être une servitude gratuite de plus.

La Convention qui sera écrite à partir de cet accord va être lue à la loupe, discutée, améliorée par tous les syndicats avant d'être signée. C'est ce texte amendé qui sera ensuite la règle du jeu pendant les années de mutation qui attendent notre profession. Face à la pénurie de médecins et de professionnels de santé qui se dessine pour bientôt, il nous faudra inventer de nouveaux dispositifs pour offrir des soins de haute qualité à des patients toujours plus nombreux, mais aussi pour donner envie aux jeunes de nous rejoindre. L'URML Île de France participera à ces transformations à sa place, celle d'une institution régionale au service des médecins libéraux.

Construire cet avenir réel sera probablement plus difficile encore que l'écriture d'un texte conventionnel car c'est de la vie de notre monde médical et de la santé de nos malades qu'il s'agira alors. Nous nous donnerons les moyens d'y parvenir ensemble.

Bonne année tout de même!
Bien confraternellement

Docteur Bernard Huynh
Président

Journée de Formation et d'Inf *la place des médecins spécialistes libéraux*

La section spécialiste de l'URML Île de France poursuit son engagement au côté des médecins d'établissements privés et de leurs Commissions Médicales d'Établissements. Le samedi 23 novembre 2002, en partenariat avec la Conférence Nationale des Présidents de CME, la section spécialiste a réuni un certain nombre de représentants régionaux et de médecins libéraux sur le thème de la participation des médecins spécialistes à la régionalisation du système de santé.

L'organisation de cette journée a permis de trouver un consensus général sur la nécessité de renforcer le rôle des CME des cliniques privées et de leurs présidents dans l'élaboration des nouvelles politiques sanitaires qui vont se trouver régionalisées par le Plan Hôpital 2007.

Le Plan Hôpital 2007 qui porte les prémices d'une régionalisation des politiques de santé a en effet prévu d'accroître le rôle de la région dans les décisions de restructurations hospitalières mais aussi celles relatives aux équipements lourds et des besoins sanitaires plus globaux. Les praticiens libéraux dont l'activité fait principalement appel à des plateaux techniques mais également les spécialités moins touchées doivent se sentir concernés et se mobiliser pour accompagner ce changement dans l'élaboration traditionnelle de la politique de santé.

C'est principalement ce que souhaitait démontrer le bureau de la section spécialistes en organisant ce débat qui regroupait :

les directeurs de deux ARH, celle d'Île de France, Dominique Coudreau, et celle des Pays de Loire, représentée par Benoit Pericard

le PDG d'un grand groupe de cliniques, Daniel Bour (Générale de Santé)

le Président de la Conférence des Présidents de CME, le Dr. Halligon

le directeur de l'URCAM Languedoc, Remy Fromentin face à une salle où se trouvaient une centaine de présidents de CME venus de la France entière pour écouter et partager leurs expériences.

Le constat de départ fut que les ARH, depuis leur création, ne s'étaient pas assez appuyées sur les CME du privé pour restructurer l'offre de soins avec une vision permettant une meilleure prise en compte des besoins de « santé publique ». Bruno Silberman, président de la section spécialiste de l'URML Île de France, devait cependant dans son introduction rappeler dans quelle mesure l'URML, bien que non représentative des présidents de CME, avait été dans notre région d'emblée associée à ce travail. L'URML Île de France a ainsi organisé depuis quatre ans, pour répondre aux besoins du SROS II, trois sessions de formation à l'attention des présidents de CME en octobre 1998, janvier 2000 et décembre 2001, pour leur permettre d'assurer pleinement leurs missions qui ne cessent de s'élargir au fur et à mesure de l'évolution des réglementations notamment en matière d'information, de qualité et de vigilance.

Ce constat de départ a débouché sur un résultat en mi-teinte, avec une implication insuffisante et très hétérogène selon les régions, les présidents présents ont dénoncé tour à tour, la non représentati-

tivité de certains CME du privé, l'absence de véritable concertation avec les « patrons » de cliniques, le manque de consultation de la part de certaines ARH aux médecins du privé, et l'absence d'intérêt pour le « projet médical » de la part des praticiens des établissements qui n'ont pas toujours pris la mesure de l'enjeu.

Face à cet échange, D. Coudreau devait rappeler le rôle des CME notamment dans leur participation consultative aux objectifs médicaux d'établissements, implication consacrée par la loi et qui confie aux présidents de CME un rôle clair dans l'évolution des structures de soins. À cela, les présidents de CME ont ajouté leur volonté de reconnaissance institutionnelle dans leurs discussions avec les ARH, de participer à la validation des Contrats d'Objectifs et de Moyens notamment du projet médical d'établissement, ainsi que leur souhait de participer plus activement au SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) au même titre que les établissements publics. Ils ont également appelé à une meilleure organisation interne des CME, à une juste reconnaissance du travail fourni par les médecins qui s'engagent volontairement dans ces démarches et cette réflexion, à une participation décisionnelle et pas seulement symbolique à la vie de leurs établissements.

Ce débat constructif et animé a permis de dresser les conditions d'une meilleure participation des médecins libéraux à l'organisation des soins de leurs régions, un combat que poursuivent depuis déjà de nombreuses années les URML mais qui doit également être relayé sur le terrain notamment à travers les initiatives de médecins présidents de CME dynamiques et soucieux de faire entendre la voix de la médecine dans l'organisation régionale de notre système de santé.



Dr. Bruno Silberman
Président de la section
spécialistes –
URML Île de France

En piste depuis 1996, les Commissions Médicales d'Établissements sont appelées à renforcer leurs compétences dans le cadre de la régionalisation.

Présidés par des médecins spécialistes élus par leurs confrères dans chaque établissement, ces structures expriment la logique médicale dont les pouvoirs publics ne sauraient se dispenser plus longtemps. Parfois symbolique, l'avis de ces structures se doit à présent d'être reconnu au même niveau que la logique managériale qu'expriment depuis bien longtemps les directeurs d'établissements. C'est pour accompagner ce changement culturel en cours que la section spécialiste de l'URML Île de France a souhaité organiser une journée de concertation autour du thème de la participation des médecins à la gestion conjoncturelle et structurelle des établissements privés dans lesquels ils exercent.

Formation : *ux dans la régionalisation de la santé*

Formation des présidents de cme : nouvelles possibilités d'exercice

À la suite du débat consacré à la régionalisation, la section spécialiste de l'URML Île de France a organisé une demi-journée de formation traitant des aspects juridiques des conditions d'exercice des médecins dans les établissements privés, l'intérêt étant de former et de renseigner les professionnels de santé présidents de CME.

Les Présidents de CME sont des confrères volontaires travaillant à la coordination des projets et du fonctionnement ville-hôpital. La formation médicale initiale n'intègre pas de modules préparant à cet exercice. C'est pourquoi la section spécialiste a jugé opportun d'introduire les grands principes juridiques de la relation médecins et établissements de santé.

Cet après-midi du 23 novembre a été animé par trois experts dont les exposés et les réponses qu'ils ont apportées aux questions posées ont été très appréciés.

En première partie, maître Michel GUERIN, responsable national du département santé au cabinet Fidal- KPMG, a présenté les différentes formes juridiques d'exercice médical au sein des établissements. Les novices en droit ont alors pu se familiariser avec les notions de personnalité juridique, de patrimoine, de capital, d'apports, et de cessions. La présentation des caractéristiques juridiques de la société civile professionnelle ainsi que celles des différentes formes de société d'exercice libéral ont permis d'éclaircir le cadre juridique des relations entre les médecins et les établissements de santé.

Monsieur Bruno DIGOUT, expert-comptable au cabinet Auditeurs Associés, a répondu aux questions que se posent les présidents de CME dans l'exercice quotidien de leurs fonctions dans le cadre d'une société d'exercice libéral. Parmi ces questions, les aspects fiscaux et comptables, notamment concernant les taxes, les modalités d'imposition et la plus-value d'une vente de parts ont fait l'objet d'un développement spécifique. Le choix de la forme juridique, la transformation en

cours d'activité, l'entrée ou la sortie d'un associé sont autant d'actions qui méritent une analyse comptable et fiscale avant de s'engager. Le discours avec les participants a permis d'illustrer par des cas concrets les conséquences de leur choix d'activité.

La dernière partie a été consacrée à une approche plus perspective qui s'inscrit dans la réflexion de voies d'application du droit coopératif récemment ouvert aux professions médicales. Le secrétaire national de l'Union Nationale Hospitalière

Privée de Cancérologie, monsieur Gérard PARMENTIER, a exposé le cheminement, à travers le groupe de travail, le comité de pilotage, le ministère et les affres du vote de la loi du 4 mars dernier, de la naissance de nouvelles formes d'exercice : la coopérative hospitalière de médecins et le réseau coopératif de santé. Ces nouveautés juridiques pourraient apporter une solution sur mesure à la mise en commun des moyens et des outils nécessaires au fonctionnement des médecins entre eux et avec les établissements.

Les attributions de la commission médicale d'établissement (article 714-16 du Code de la santé publique)

Article L. 714-16

Dans chaque établissement public de santé est instituée une commission médicale d'établissement composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques qui élit son président et dont la composition et les règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire ⁽¹⁾.

La commission médicale d'établissement :

- 1°) Prépare avec le directeur le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire;
- 2°) Prépare avec le directeur les mesures d'organisation des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, conformément à la section 3 du présent chapitre;
- 3°) Prépare avec le directeur la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité visée à l'article L. 710-4;
- 4°) Organise la formation continue des praticiens visés au 2° de l'article L. 714-27 et, à cet effet, prépare avec le directeur les plans de formation correspondants; exerce, en formation restreinte, les compétences relatives à la formation médicale continue des praticiens dans les conditions prévues à l'article L. 367-2;
- 5°) Émet un avis sur le projet d'établissement, sur les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds, sur le projet de contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1 sur le rapport prévu à l'article L. 714-6 sur le projet de budget, sur les comptes de l'établissement, ainsi que sur tous les aspects techniques et financiers des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques;
- 6°) Émet un avis sur la constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L. 712-3-2 d'une communauté d'établissements de santé mentionnée à l'article L. 712-3-3 ainsi que sur les actions de coopération visées aux sections 2, 3 et 4 du chapitre 3 du présent titre en ce qu'elles

- concernent la création d'un syndicat inter hospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, et les conventions concernant les actions de coopération internationale;
 - 7°) Émet un avis sur le fonctionnement des services autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, dans la mesure où ils intéressent la qualité des soins ou la santé des malades;
 - 8°) Émet un avis sur le projet des soins infirmiers, tel qu'il est défini à l'article L. 714-26;
 - 9°) Émet un avis sur le bilan social, les plans de formation, et notamment ceux intéressant les personnels paramédicaux, et les modalités de mise en œuvre d'une politique d'intéressement;
 - 10°) Est régulièrement tenue informée de l'exécution du budget et des créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens hospitaliers;
 - 11°) Émet un avis sur les modalités de constitution des centres de responsabilité dans les conditions prévues à l'article L. 714-26-1 et sur la désignation des responsables de ces centres.
- En outre, à la demande du président du conseil d'administration, du directeur de l'établissement, de son propre président, du tiers de ses membres, ou du chef de service, ou du chef de département, ou du coordonnateur concerné, ou du responsable d'une structure médicale telle que définie à l'article L. 714-25-2 la commission délibère sur les choix médicaux de l'année à venir dans le respect de la dotation budgétaire allouée et compte tenu de décisions prises par le conseil d'administration et le directeur en application des articles L. 714-4 et L. 714-12.
- La commission médicale d'établissement peut mandater son président pour préparer les décisions visées aux 1° et 2° du présent article. Le président de la commission médicale d'établissement est associé à la préparation du contrat pluriannuel prévu aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1.

Le FAQSV, un outil précieux pour les initiatives libérales

En fonctionnement depuis deux ans, le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville est devenu une source de financement déterminante pour les réseaux de santé. En Ile-de-France, il a permis d'aider une cinquantaine de projets de coordination des soins.

Qualité et coordination des soins autour des patients représentent depuis de nombreuses années l'un des objectifs majeurs du système de santé français. Et les pouvoirs publics tentent de donner aux professionnels de santé la capacité financière pour appliquer cet objectif de terrain.

La création du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, le 23 décembre 1998 dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour une durée de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 1999, constitue l'une des innovations les plus intéressantes dans ce domaine. Ce fond national, doté dès la première année de 500 millions de francs est venu à point pour soutenir logistiquement un mouvement qui tendait à s'essouffler : les réseaux de soins, qui visent à harmoniser les interventions des différents pro-

fessionnels de santé autour d'un patient donné. Légalement reconnus par la loi, en avril 1996 par les ordonnances Juppé, les réseaux devaient, pour obtenir un financement public et notamment déroger aux droits de la Sécurité Sociale, passer par une commission d'agrément, la commission dite Soubie. Complexe, centralisée, et soumise en dernier ressort à un agrément ministériel, la procédure s'avère peu efficace. Et la plupart des réseaux, ceux tout du moins qui n'exigent pas de dérogation au droit de la Sécurité, vivaient avec les moyens du bord, sollicitant ça et là des financements ponctuels et souvent peu pérennes.

La création du FAQSV présentait un double avantage : alléger le processus, et surtout le décentraliser à l'échelon régional. Installé au sein de la Cnamts, et donc financé par les ressources de l'assurance

maladie, le FAQSV a d'abord été prévu pour cinq ans. En 2001, la loi de financement de la Sécurité sociale a prolongé jusqu'en 2006 l'existence du FAQSV et a également étendu ses attributions aux centres de santé et aux professions de santé non médicales pour les aider à s'implanter dans les zones déficitaires en offre de soins. Piloté d'une part par un comité national de gestion, constitué au sein de la Cnamts, et d'autre part par des comités régionaux de gestion, placés dans les Union Régionale de Caisse d'Assurance Maladie, le FAQSV peut verser des financements pour trois types de dépenses : dépenses d'équipement et dépenses d'études et de recherches, dépenses de fonctionnement. D'autre part, les initiatives à la recherche d'un financement doivent répondre à l'une des quatre exigences suivantes : promotion de la coordination (ville/ville ou ville/hôpital),



Dr José Clavero,
promoteur du réseau de Maintien à domicile des pathologies aiguës

« Sans le FAQSV, rien n'était possible »

Le Dr José Clavero est à l'initiative d'un réseau qui coordonne la prise en charge à

domicile de patients atteints de pathologies aiguës et décompensation des pathologies chroniques. « LE FAQSV nous a d'abord permis, avec un premier financement de 112000 euros, de vérifier la faisabilité de notre projet. Ensuite, une deuxième enveloppe de 440000 euros a servi à lancer le réseau sur un plan opérationnel, avec 300 patients relevant de 21 pathologies différentes. » Grâce au FAQSV, les opérateurs ont pu monter une structure efficace et professionnalisée : envoi de mailings, signature de conventions avec les praticiens, réunions d'experts, création d'un comité de pilotage, mise en place d'une plate-forme téléphonique et d'un réseau informatique... « Lors de la montée en charge, trente médecins ont été recrutés pour tester la ligne téléphonique, les cahiers de protocole et l'outil informatique. » Des questionnaires de qualité ont permis de vérifier l'impact positif pour les professionnels de santé. Et la mise à disposition d'experts sur la ligne téléphonique constitue une ressource précieuse pour les généralistes, qui ont moins tendance à adresser leurs patients à des spécialistes.

Pour l'avenir, le Dr Clavero s'inquiète de la pérennité du financement. « L'aide du FAQSV s'arrête en mars 2003, et nous devrions ensuite bénéficier d'un financement de l'enveloppe spécifique aux réseaux. Mais elle est quatre fois moins dotée. »



Dr Baillargeat,
promoteur d'un réseau d'expérimentation du Codage des pathologies « Défricher de nouveaux terrains »

« Défricher de nouveaux terrains »

Le codage des pathologies est l'un des grands enjeux de demain, pour mieux connaître l'état de santé de la population et les réponses médicales les plus efficaces. Le Dr Baillargeat a eu l'idée de proposer aux praticiens libéraux d'expérimenter un réseau de codage des pathologies. « C'est une démarche nouvelle, inédite, et qui nécessitait un financement conséquent. Le FAQSV nous a dotés d'un financement de 596000 euros, indispensable pour vérifier la faisabilité et lancer l'initiative. » Une idée qui séduit les généralistes, puisque 540 ont proposé leurs services. 110 d'entre eux ont été retenus, en fonction des logiciels qu'ils utilisaient. « Tous les éditeurs de logiciels n'ont malheureusement pas joué le jeu. Mais l'expérience menée permet d'ores et déjà de disposer d'un précieux outil épidémiologique. » Nomenclature (CISP+DRC) insérée dans le logiciel, extracteur de données, serveur informatique... la logistique complexe de ce réseau a pu être financée par le FAQSV. La phase d'expérimentation s'achève en juin 2003, et après deux mois d'analyse, les premiers résultats seront connus en septembre 2003. Par la suite, les promoteurs du réseau veulent entamer une deuxième phase, avec un projet d'étude sur la prise en charge de l'obésité. Une deuxième époque pour le réseau, qui nécessitera un nouveau financement.



Dr Patrick Assyag,
promoteur du réseau
Resicard

« Une source d'oxygène »

Réseau ville-hôpital associant des médecins libéraux (M.G. et cardiologues) et quatre établissements (Saint-Antoine, Tenon, Beaujon, La Roseraie), Résicard a pour objectifs de prévenir la réhospitalisation des insuffisants cardiaques, et d'améliorer la qualité de vie de ces patients. « Le FAQSV a constitué une source d'oxygène importante, pour lancer cette expérimentation, constate le Dr Patrick Assyag, qui en est le coordinateur. Dans un premier temps, pour apprécier la faisabilité et préciser les besoins, puis pour passer à la phase opérationnelle. » Résicard a bénéficié de deux financements de 112 000 et 440 000 euros. Depuis le 25 mars 2002, 140 patients sont ainsi suivis, après une phase d'observation effectuée sur 260 patients. « Résicard bénéficie d'une progression satisfaisante pour prévenir les réhospitalisations, diminuer la morbi-morbidité et maintenir les patients à domicile, même si l'évaluation finale est prévue en 2004. » Il se traduit aussi par une collaboration exemplaire entre hospitaliers et libéraux. « Pour l'avenir, nous devrions bénéficier d'une dotation par l'enveloppe spécifique aux réseaux. Celle-ci devrait ainsi faciliter la pérennisation de cette entreprise de réseau de santé. »

amélioration des pratiques professionnelles en ville, développement du partage d'informations, développement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Les enveloppes financières versées à chacune des régions sont calculées en fonction de la répartition de la population, et selon le dernier recensement INSEE. 80 % du budget global est ainsi distribué aux régions, pour des actions locales, le Comité National de Gestion conservant 20 % des ressources pour financer des actions nationales, interrégionales,

ou dont le montant dépasse 800 000 euros. En Ile-de-France, le budget annuel est d'environ 11 millions d'euros. En raison de la montée en charge progressive du dispositif, des lenteurs inévitables pour la constitution des dossiers de demande de financement, le bilan financier provisoire pour 2002 du FAQSV Ile-de-France montre un solde important, environ 8 millions d'euros qui n'ont pu être dépensés en 2000-2001-2002. Pour autant, le rapport d'activité pour 2001 témoigne du dynamisme des réseaux en Ile-de-France en comparaison avec d'autres régions. Ainsi, 25 dossiers en 2000, et 25 en 2001 ont pu être aidés, auxquels s'ajoutaient 32 dossiers en 2002, selon le bilan provisoire établi en octobre dernier (dont 8 nouveaux projets). Au total, le Comité régional gère 57 dossiers, et fin octobre, des conventions étaient signées avec 35 réseaux. Et l'ensemble des sommes distribuées représentait environ 11,5 millions d'euros.

La typologie des réseaux aidés par le fonds montre clairement les priorités identifiées sur le terrain. Les soins palliatifs constituent le thème de prise en charge pour huit réseaux franciliens, juste devant la prise en charge des personnes en situation de précarité (5 réseaux). Sur les dix dossiers concernant les pathologies lourdes, cinq concernent le diabète de type 2, deux la prise en charge de la douleur, un l'insuffisance rénale, un la bronchiolite et un l'insuffisance cardiaque grave. Deux réseaux s'adressent aux personnes âgées dépendantes à domicile, deux les malades du cancer, et trois organisent la prise en charge de la périnatalité. Enfin d'autres projets illustrent la diversité des approches retenues par les promoteurs des réseaux : urgences en ambulatoire, alcoolisme, troubles mentaux et conduites addictives, personnes handicapées... Les responsables franciliens du fonds constatent, le principe du FAQSV s'installe progressivement dans le paysage sanitaire francilien. Les deux années de fonctionnement permettent d'affirmer qu'il s'agit d'un vecteur déterminant dans le développement des réseaux. Mais, parce que le réseau ne s'improvise pas, et demande un apprentissage du travail collectif, le temps de maturation est sans doute plus long que prévu à l'origine. En particulier les procédures méthodologiques d'évaluation s'avèrent complexes à mettre en œuvre. Et les incertitudes sur la pérennité du financement peuvent

décourager les bonnes volontés.

Pour aider les promoteurs de réseaux, l'URML Ile-de-France joue d'ores et déjà un rôle important. D'abord parce que quatre de ses représentants siègent parmi les 29 membres du Comité régional. Ensuite, parce que sa mission d'expertise sur le système de santé régional, l'Union peut contribuer à identifier des besoins, établir des priorités. Elle assume aussi une fonction de conseil, pour le montage des dossiers, l'enseignement des procédures méthodologiques, l'information sur les diverses démarches à mener. Tous les mois, elle organise ainsi un petit-déjeuner « Café-Réseaux », de 7 à 9 heures, et en présence des meilleurs experts. Évaluation, informatique en réseau, démarche qualité, assurance des professionnels, sont quelques-uns des thèmes qui y sont débattus. Au total, l'URML présente l'avantage d'une « mutualisation des moyens » mis à la disposition des médecins libéraux qui souhaitent concevoir ou participer à cette « révolution silencieuse » des réseaux de santé.

L'avenir des réseaux, parce qu'il dispose aujourd'hui du soutien des pouvoirs publics et des institutions, semble assuré. La loi de financement de la Sécurité sociale dégage ainsi chaque année un financement spécifique, la « cinquième enveloppe », dévolue aux initiatives de coordination des soins. Reste que l'effort financier ne paraît pas encore suffisant aux yeux de la plupart des spécialistes. Pour 2003, par exemple, le budget du FAQSV n'a pas bougé, alors qu'une nouvelle mission pourrait lui être imputée, avec le financement de l'évaluation des pratiques professionnelles. La Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux dite cinquième enveloppe n'a pu être utilisée en 2002 faute de décret. Pour 2003, le montant national fixé à 46 millions d'euros n'a pas encore fait l'objet de répartition régionale avant d'être confié aux Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie et aux Agences Régionales d'Hospitalisation. Pour rappel, si la création de cette enveloppe pérennise en quelque sorte le fonctionnement des réseaux sa taille montre la place limitée qui leur est consacré dans les dépenses maladies, soit 0,037 %.

Dans cette configuration, le FAQSV constitue un outil nécessaire à l'initiative médicale de ville garant du dynamisme de notre région et de ses acteurs de santé.

Les réseaux de soins palliatifs en Ile-de-France

Huit réseaux financés par le faqsv coordonnent la prise en charge des patients en fin de vie à leur domicile.

Dans le domaine des soins palliatifs, l'Île de France est un promoteur. C'est là que la première unité de soins palliatifs (USP) a vu le jour, et la région compte aujourd'hui un parc de 304 lits d'USP sur les 1 000 de France, 49 unités mobiles et huit réseaux. Objets d'une convention de financement avec le FAQSV, les huit réseaux franciliens se situent à Paris (Ensemble et Quiétude), dans les Yvelines (Le Pallium et Epsilon), en Seine-Saint-Denis (Océane et Arc en Ciel), en Seine-et-Marne (Oméga) et en Essonne (SPES). Ils prennent annuellement en charge entre 1 500 et 2 500 personnes en fin de vie souhaitant décéder à la maison, grâce à une équipe de coordination mobile qui se déplace au domi-

cile, évalue la situation du malade et organise les soins avec les professionnels de santé libéraux plaçant toujours le médecin généraliste en tête. « Nous conseillons, mais le médecin traitant est le seul légitime, c'est toujours lui qui prescrit », tient à signaler le Dr Karine Didi, médecin de famille pendant dix ans et coordinatrice du réseau Océane, en Seine-Saint-Denis. « La demande du généraliste traitant est le premier critère d'inclusion d'un patient dans le réseau », confirme le Dr Noëlle Vescovali, qui, après avoir exercé 18 ans la médecine générale, dirige Le Pallium, dans les Yvelines. Dans tous les réseaux d'Île de France, une permanence téléphonique 24h/24 accessible aux soignants et aux familles assure

la continuité de la présence et des soins, conseille les soignants s'ils sont tenaillés par l'incertitude ou l'angoisse, épaulé les familles pendant et après l'épreuve. Des groupes de parole permettent aux soignants de partager leur souffrance. Ces réseaux agréés se plient tous à une stricte évaluation médico-économique, les conditions de qualité de la prise en charge étant garanties par des protocoles médicaux, de soins et de prise en charge de la douleur.

Le succès d'une prise en charge réussie – l'objet du réseau – c'est la coordination des différents acteurs entre eux. « C'est une sécurité, une rupture de notre isolement. Nous pouvons appeler la permanence téléphonique si nous sommes

Entretien avec le Dr Jean-Marc Mollard, directeur du réseau Ensemble (Paris 13^e).

« une machine à créer du lien social »

● *Médecin généraliste parisien, vous avez créé « Ensemble », le premier réseau de soins palliatifs agréé en Île de France. Quelles ont été vos motivations ?*

Le réseau est né de la constatation des difficultés multifactorielles rencontrées pour prendre en charge des patients atteints de maladie grave, un constat qui était partagé par tous, qu'ils soient libéraux ou hospitaliers.

● *Quelle serait votre définition du réseau ?*

C'est une machine à créer du lien social, de la confiance et à faciliter l'organisation. Même quand un acte médical concerne un seul individu, il a simultanément une dimension collective. En conséquence il faut que les professionnels de santé s'organisent pour répondre à leur mission de service public. Notre projet a pour but de trouver des réponses aux besoins des malades en tenant compte des évolutions de la société notamment l'aspiration des médecins à mener une vie qui concilie vie professionnelle et personnelle. Seul, un professionnel de santé peut être désarmé ; en coopérant avec d'autres, il peut faire face à des situations complexes. À cet égard, les soins palliatifs sont un cas d'école : s'ils sont capables de travailler en réseau à propos des soins palliatifs, les mêmes médecins d'un quartier sauront le faire pour la cancérologie, la gériatrie, les maladies chroniques, etc. Les méthodes sont probablement les mêmes. Pour l'avenir, l'objectif de notre réseau n'est pas de s'étendre géographiquement, mais d'élargir nos thèmes d'intervention, en dépassant les cloisonnements et en restant proche des patients.



Dr J.-M. Mollard



Dr N. Vescovali

Entretien avec le Dr Noëlle Vescovali, directrice du réseau Le Pallium, à Trappes (78)

« moins seuls, les libéraux hospitalisent moins »

● *Comment est né « Le Pallium » ?*

En 1997, une association « Le Pallium » s'est créée pour promouvoir les soins palliatifs à domicile dans le sud des Yvelines. Après l'agrément du comité régional des réseaux en janvier 2000, le FAQSV a accordé une subvention au Pallium pour le suivi de la prise en charge des personnes en fin de vie à leur domicile. Le réseau géré par l'association s'est ouvert en novembre 2000.

● *Quels ont été les bénéficiaires de ce changement d'échelle ?*

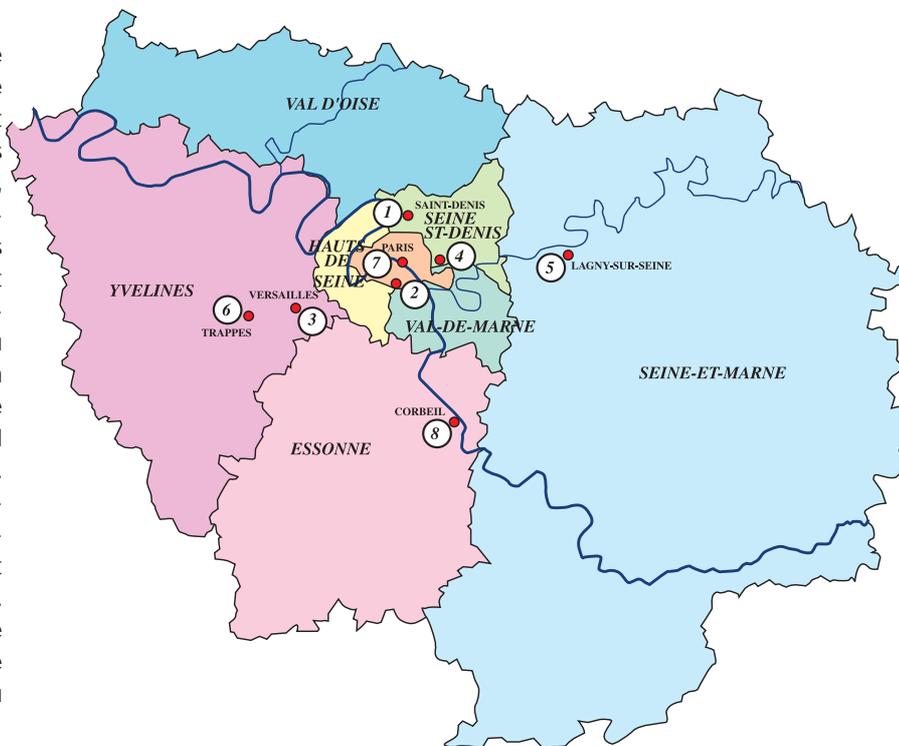
L'équipe mobile constituée de cinq personnes se déplaçant sur le département ne soigne pas, mais coordonne la prise en charge en formant les acteurs libéraux intervenant autour du médecin généraliste, demandeur et pivot de la prise en charge. Les intervenants libéraux sont accompagnés d'une équipe qu'ils peuvent joindre 24 h sur 24. Se sentant moins seuls, ils hospitalisent moins : plus de 60 % de nos 297 patients suivis sur deux ans ont décédés à leur domicile. Les familles peuvent accompagner leurs proches jusqu'au bout et le patient reste dans son milieu familial, dans des conditions de qualité et de sécurité.

● *Que reste-t-il à faire ?*

Nous avons travaillé avec 157 médecins généralistes sur les 250 du secteur, il reste encore des généralistes à contacter. La dotation financière est devenue pérenne, mais l'enveloppe est insuffisante, il faudrait qu'elle soit multipliée par cinq ! Enfin – l'URML y travaille – nous devons réfléchir sur le statut juridique du réseau, et réaliser des études médico-économiques à grande échelle.

débordés par une situation. Personne ne nous juge», témoigne M^{me} Michèle Bouchacourt, infirmière libérale travaillant avec Arc en Ciel (93). «Je me sens plus à l'aise y compris vis-à-vis des familles, et les relations avec les médecins généralistes sont plus égalitaires. Nous avons suivi les mêmes formations, ils écoutent les propositions de l'infirmière. Toute l'équipe a le même but : le confort du malade». En écho, le Dr Bernard Guillotin qui collabore avec le réseau Quiétude (Paris 5^e), confirme cette analyse. «Seul en ville, rien n'est possible, on se noie. Pour être bon, il faut redécouvrir le travail en équipe. Et c'est une leçon d'humilité. Si la prise en charge marche, c'est parce qu'on est un groupe coordonné. Ces bonnes relations humaines entre nous, cette interdisciplinarité passe auprès des familles, au chevet du patient».

Le patient, objet de toutes les attentions : «Nous avons voulu le placer au cœur, même avant la loi Droit des malades», explique le Dr Karine Didi, d'Océane (93), département qui abrite une population précaire, à très forte proportion immigrée. «C'est pour lui que nous travaillons tous, il a le droit à la parole, on l'écoute. Qu'il soit riche ou pauvre, notre exigence est la même. L'accès aux droits, c'est une référence aux Droits de l'homme», plaide-t-elle en insistant sur la volonté des libéraux de participer à cette entreprise commune. «Les médecins libéraux veulent tous faire de la qualité, il faut donc une coordination. Depuis deux ans, je n'ai jamais rencontré un seul confrère (125 généralistes ont eu recours au réseau. N.D.L.R.), qui ait regretté d'avoir suivi son patient à domicile en soins palliatifs. Et surtout pas pour une question d'argent!». Reste que ce problème demeure car si le FAQSV a prévu d'allouer aux réseaux une dotation pour la rémunération du temps médico-social, tous n'en bénéficient pas. «Je perds de l'argent avec le réseau, mais la satisfaction professionnelle est extraordinaire», témoigne le Dr Guillotin. Il n'en attend pas moins que le nouveau mode de financement pérenne des réseaux né des lois de Financement de la sécurité sociale 2002 et Droit des malades de mars dernier, vienne pallier cette carence en généralisant les dérogations tarifaires prises en charge par l'assurance-maladie afin d'honorer un travail de coordination qui ne peut raisonnablement rester bénévole. Sauf à manquer de combattants, au grand dam des patients et des familles.



Les contacts réseaux franciliens

1 Arc en ciel

- Dr Nathalie NISENBAUM
15, rue Paul Eluard
93200 SAINT DENIS
Tél. : 01 49 33 05 55
Fax : 01 42 43 69 76
E-mail : reseauarcenciel@wanadoo.fr

2 Ensemble

- Dr Jean-Marc MOLLARD
27, rue des Cordelières
75013 PARIS
Tél. : 01 42 17 05 73
Fax 01 42 17 06 35
E-mail : reseau.ensemble@wanadoo.fr

3 Epsilon

- Dr Anna SIMON
Maison de Santé
« Claire Demeure »
12, rue de la Porte de Buc
78000 VERSAILLES
Tél. : 01 39 07 30 00
Fax : 01 30 21 39 31
E-mail : annasimon@aol.com

4 Océane

- Dr Karine DIDI
4, rue Victor Beausse
93100 MONTREUIL
Tél. : 01 48 59 76 61
Fax : 01 48 59 72 40
E-mail : reseau.oceane@wanadoo.fr

5 Oméga

- Dr Didier BOISYVON
Centre Hospitalier de Lagny
77400 LAGNY
Tél. : 01 64 30 76 92
Fax : 01 64 30 73 22
E-mail : dboisyvon@compuserve.com

6 Le pallium

- Dr Noëlle VESCOVALI
Institut de Promotion de la Santé
3, place de la Mairie
78190 TRAPPES
Tél. : 01 30 13 06 33
Fax : 01 30 13 06 39
E-mail : reseau.lepallium@wanadoo.fr

7 Quiétude

- Dr Francis DIEZ
26, rue d'Ulm
75005 PARIS
Tél. : 01 43 36 20 27
Fax : 01 43 36 87 95
E-mail : reseau.quietude@wanadoo.fr
www.reseauquietude.org

8 Spes

- Mme Françoise ELLIEN
2A, rue de la Bigotte
91750 CHANQUEIL
Tél. : 01 64 99 08 59
Fax : 01 64 99 93 41
E-mail : reseau.spes@wanadoo.fr

Enseignement et recherche en médecine libérale, un thème central pour l'année 2003

L'enseignement et la recherche en médecine libérale seront les thèmes centraux de l'année 2003 pour l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France. Ce choix marque la volonté de s'engager dans une réflexion sur les questions primordiales que sont la formation initiale, la formation continue et l'implication des médecins libéraux dans la recherche théorique et appliquée.

Trois événements au cours de l'année 2003 viendront soutenir ces thèmes

Le Prix de Thèse les Machaons 2003 :

Après avoir reçu les travaux des médecins franciliens candidats, le comité de lecture a réparti les thèses des jeunes diplômés entre ses membres afin de pouvoir rendre son avis au jury qui se réunira le 5 mars 2003 sous la présidence du Professeur Pierre Godeau et du Docteur José Clavero. Les thèses reçues portent aussi bien sur des travaux de généralistes que de spécialistes, notamment sur des sujets liés à l'amélioration des pratiques médicales, l'organisation des soins, le dépistage et la prévention, l'information et l'éducation des patients, le tout en médecine ambulatoire.

Pour rappel, le prix de thèse en médecine libérale les Machaons est organisé par l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France et SERVIER qui en s'associant pour ce prix ont voulu marquer une volonté commune de créer une dynamique de recherche axée sur la médecine ambulatoire auprès des jeunes médecins. Les étudiants en médecine peuvent en effet apporter des pistes débouchant sur des actions concrètes de santé publique. L'objectif de ce prix à moyen terme est de

créer un vivier de jeunes esprits capables de produire des travaux de qualité à même d'enrichir les pratiques de l'ensemble de la profession. Cette démarche est à ce titre soutenue par le Ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées, le Ministère de l'Éducation Nationale et le Secrétariat d'État aux Professions Libérales.

La 6^e Journée de Santé Publique et Médecine Libérale

26 mars 2003

Maison de la Recherche Paris VII :

Pour son édition 2003, la Journée de Santé Publique et Médecine Libérale organisée par l'Union sera entièrement consacrée à la réflexion autour du thème de la formation et de la recherche. À cette occasion, l'URML réunira le 26 mars 2003 à la Maison de la Recherche à Paris, une tribune d'experts ayant des fonctions dans le domaine de l'enseignement et de la recherche afin de décrypter les récentes réformes dans le domaine et de discuter leurs applications.

Seront notamment présents des membres du cabinet Ministère de la Santé, des médecins libéraux engagés dans des actions de formation et de recherche, les représentants des organismes de formation continue, le doyen des universités franciliennes ainsi que les représentants du Syndicat des Internes des Hôpitaux de Paris et le Syndicat des Résidents.

Cette rencontre permettra d'échanger les points de vue des acteurs présents et d'anticiper les changements à venir pour la profession en matière de formation initiale et continue mais aussi dans la contribution à apporter à l'innovation thérapeutique, tech-

nique et à la recherche épidémiologique.

Troisième Congrès de Recherche en Médecine Générale

13 & 14 septembre 2003

Palais des congrès de Paris

Dans le cadre de ses missions d'amélioration et de promotion de la qualité des soins, l'URML Ile-de-France organise le 3^e congrès de Recherche en Médecine Générale.

Ce congrès répond aux attentes des médecins généralistes : de plus en plus conscient des informations dont nous disposons dans nos cabinets, nous souhaitons aujourd'hui trouver les outils et les moyens pour mieux exploiter ces données et de s'inscrire ainsi dans la pratique quotidienne de recherche fondamentale.

À l'occasion du congrès, sera proposée aux participants une méthodologie fiable et précise de recherche et de présentation des travaux. Les généralistes ne doivent pas hésiter à constituer des cohortes de patients en ville, afin d'étudier de façon concrète la situation des soins primaires. L'objectif est de susciter des vocations, inciter les confrères à prendre confiance en eux et encourager la publication de leurs travaux.

Pour participer, envoyez vos abstracts au comité scientifique avant le 21 avril 2003. Vous trouverez l'ensemble des modalités sur le site Internet du congrès www.urml-idf.org. Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez adresser vos questions par Email à paris2003@urml-idf.org ou par téléphone au 01 40 64 14 70.



Inscriptions au congrès :

En ligne sur le site www.urml-idf.org • Secrétariat EURORSCG

► N° Indigo 0 825 308 770