

sommaire

- **Libéraux et élus regroupés contre la pénurie démographique annoncée**
- **Fermeture, reconversion d'établissements privés en Ile-de-France**
- **Colloque Dossier médical personnel**
- **65 % d'observance chez les patients de plus de 70 ans**
- **Le Ministre en visite dans le réseau de santé le Pallium, à Trappes**

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 :

D^e O. Aynaud, J. Bourcereau,
D. Girardon-Grichy, A. Gozlan,
J.-P. Grundeler, M. Roueff, G. Lyon,
F. Prudhomme, G. Rousselet,
M. Sylvestre, 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
24 rue de Cronstadt
75015 Paris
Tél. 01 53 68 90 00
Fax. 01 53 68 90 10



papier recyclé

Le mot du président

Nous soignons la grippe (aviaire)!

Dans le tintamarre médiatique sur la pandémie grippale qui menace, les oracles de malheur oublient régulièrement les médecins libéraux. On parle des industriels du vaccin qui n'existe pas ou des antiviraux qui sont indisponibles. On glose sur les masques en fabrication. On montre les scaphandres des services hospitaliers qui recevront les malades sélectionnés. Tout est donc prêt sauf



peut-être un véritable dispositif impliquant réellement les médecins libéraux ! C'est un énorme défaut dans le dispositif car nous avons une expérience de ces épidémies acquise avant l'invasion du principe de précaution dans la santé publique. Nous avons vécu l'épidémie de grippe asiatique de 1968 qui a fait 30 000 morts, y avons joué notre rôle sans défaillir et continuons depuis à défendre chaque année nos patients. Car c'est tous les ans que se rejoue le combat contre cette maladie saisonnière plus ou moins agressive selon les « millésimes ». Chaque année, l'épidémie est plus dangereuse pour les plus âgés, alors, nous les vaccinons régulièrement. Cette prévention repose à 90% sur les médecins libéraux depuis toujours comme en leur temps l'éradication de la variole ou de la poliomyélite. Avec les Groupements Régionaux d'Observation de la Grippe, les médecins libéraux ont depuis 1984 un système d'alerte et de suivi des épidémies saisonnières efficace. Lorsque la grippe est là, nous prenons en charge la quasi-totalité des grippés dans nos consultations de médecine générale, de pédiatrie et nombre de complications grâce aux spécialistes libéraux. Ni dans nos cabinets, ni dans nos établissements, le dévouement des médecins et de leur personnel n'a été pris en défaut et sa prise en charge est une habitude des médecins libéraux. En attendant la grippe aviaire, nous, les médecins libéraux, sommes dans nos cabinets, soignons autre chose en nous organisant au mieux pour répondre...

C'est là que les décideurs publics devront nous chercher lorsque les théoriciens du soin aux malades auront fini leurs grands discours et que les responsables voudront agir avec nous contre la grippe.

Bien confraternellement

Docteur Bernard Huynh
Président de l'URML Ile-de-France

Email : huynh@urml-idf.org

Libéraux et élus regroupés contre la pénurie démographique annoncée

Un Colloque sur l'aménagement du territoire et l'offre de soins ambulatoires en Ile-de-France s'est tenu en juin à Paris, à l'initiative de l'union, réunissant l'Association des maires d'Île de France, des institutionnels et des élus. Objet : anticiper les effets du creux démographique annoncé d'ici 2025 pour garantir, en se regroupant, l'accès aux soins de qualité.



M. Jean-Pierre Fourcade, M. Philippe Kaltenbach, M. Gérard Lacoste Directeur-adjoint de l'Institut d'Aménagement et d'Urbanisme de la Région Ile-de-France, M. Dominique Cherasse Directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie .

La démographie, dit-on, est une science exacte. Or, ses prédictions à l'horizon 2025 pour la France médicale et l'Île de France en particulier, ont de quoi donner le frisson car de manière inéluctable, et malgré l'augmentation à 7 000, dès 2006, du numerus clausus à l'entrée en PCEM 2, l'Île de France va perdre d'ici vingt ans, 23 % de ses médecins du simple fait des départs en retraite de la génération issue du baby boom.

La population continuant d'augmenter, le creux démographique annoncé devrait se traduire par une baisse de 16 % de la densité médicale au plan national, mais de 30 % en Ile-de-France ! Pour certaines spécialités, la chute promet d'être vertigineuse : les psychiatres et les ophtalmologistes notamment devraient voir disparaître 50 % de leurs effectifs, et « il n'y aura plus que 145 gynécologues-obstétriciens pour toute l'Île de France », s'alarmait Bernard Huynh, le président de l'Union régionale francilienne, en inaugurant le colloque à la Bibliothèque Nationale de France.

Comment garantir des soins de qualité quand l'accès aux soins subit de telles tensions ? « Il faut des initiatives locales, nous avons dix ans d'avance, ce n'est pas trop pour se préparer, quitte à bousculer nos mandants » exhortait le président de l'URML devant M. Pernes, président de l'AMIF, réjouit que « maires et médecins se parlent, ce qui n'est pas si fréquent ».

Échelle cantonale

Anxiété réellement justifiée avec un futur de désert médical pour tous ou, remake à l'envers de l'angoisse excessive qui a

saisi les médecins dans les années 90 confrontés à la « pléthore médicale » supposée entraîner dans son sillage faillites, échecs, et reconversions ?

Cette question un peu iconoclaste, c'est Dominique Polton, directrice de l'IRDES, qui l'a posée. Certes, est-elle venue expliquer, l'âge moyen des professionnels augmente, et les contraintes liées à la profession paraissent encore plus pesantes aux praticiens vieillissant ; il est vrai également que l'augmentation de la proportion de femmes dans le corps médical induit un « changement des modèles d'exercice professionnel chez les hommes comme chez les femmes », mais, devait-elle plaider « il y a une flexibilité possible de la démographie médicale ». Pour la directrice de l'Institut de recherche, l'évolution des aspirations des médecins est déjà palpable. « Le nombre de médecins n'a jamais été si élevé, pourtant, des zones rurales, péri-urbaines, non attractives, connaissent déjà des difficultés ». Cela signifie, ajoute-t-elle, que le niveau de revenu n'est pas un critère déterminant, contrairement à la possibilité de se faire remplacer, de se former, d'avoir un déroulement de carrière, une bonne qualité de vie et des congés, et aussi du travail pour le conjoint. « Ces types d'incitation doivent être développés ; il faut abandonner l'idée que l'on va remplacer un médecin qui s'en va par un autre identique », insistait Dominique Polton. « Il faut passer d'une médecine fragmentée à des soins coordonnés au profit d'une population sur un territoire donné, pour proposer aux jeunes générations un projet global de territoires locaux ».

En effet, est venu expliquer M. Michel Peltier, directeur de la DRASS Île de France, les chiffres doivent être analysés à l'échelle cantonale ou d'un territoire mais non à l'échelle régionale. L'Île de France compte une densité médicale supérieure à la moyenne nationale (428 contre 350 médecins pour 100 000 habitants), supériorité particulièrement marquée pour les spécialistes (241 contre 187) et les salariés (45 % contre 40 %), mais les disparités départementales et surtout cantonales sont impressionnantes.

« Près de la moitié des cantons de la région sont déjà dans le niveau faible de la densité médicale », relevait M. Peltier en s'inquiétant de l'accès aux soins à l'horizon 2025, où l'on sait déjà que l'augmentation du numerus clausus va moins bénéficier à l'Île de France que dans les autres régions. Et qu'en outre, le pourcentage de généralistes devrait dépasser celui des spécialistes.

Établissement de soins sans lits

Comment diriger les jeunes médecins libéraux, vers l'Île de France alors que la région « n'attire plus » ? Le Dr Olivier Mir, président du Syndicat des internes des hôpitaux de Paris, est venu rappeler certaines conclusions choc du « Livre blanc des internes », réalisé en 2003 par son syndicat et la section spécialiste de l'Urml : voulant majoritairement exercer en groupe, 60 % des internes promeuvent l'exercice mixte, et 50 % envisagent de s'installer hors d'Ile-de-France (un sur quatre a déjà pris cette décision).

noncée

«Les mesures incitatives sont accueillies favorablement» relevait le Dr Mir en reprenant à son compte la liste énoncée par Dominique Polton, en insistant sur la nécessité de mieux faire connaître l'exercice libéral qui effraie les internes du fait du poids des charges administratives, et du temps de travail hebdomadaire. «La région n'est déjà plus pléthorique, il y a un record de postes vacants, les médecins ont de grandes difficultés à trouver des remplaçants et des successeurs», soulignait le Dr Mir.

Les postulants à l'installation, en revanche, peuvent déjà avoir recours à l'outil de l'URCAM Île de France, présenté par M. Dominique Cherasse, «CartoSanté» et «CartoSanté pro (étude de marché)», qui donne toutes les clefs du recours aux soins des patients de la région. Un vrai patchwork, sur lequel s'est penché l'Institut d'aménagement et d'urbanisme de la région Ile-de-France (IAURIF), en croisant la géographie sociale de la région avec la démographie de la population, en travaillant sur l'offre de soins et la situation sanitaire ou encore la mortalité prématurée sur les territoires les plus socialement marqués.

Et c'est peu de dire que les études spécifiques conduites à Boulogne et Clamart, présentées par M. Gérard Lacoste, directeur général adjoint de l'IAURIF dans une optique de consommation prospective de soins, ont passionné Mrs. Jean-Pierre Fourcade, sénateur maire de Boulogne qui veut aider à la mise en place sur sa ville, d'un mécanisme de soins de proximité et Philippe Kaltenbach, maire de Clamart.

Particulièrement attentif aussi Jean-Pierre Fourcade, à l'exposé du Dr Jean-Philippe Grundeler, vice-président de l'union Île de France, défenseur du regroupement avec le cabinet médical Nouvelle France du Chesnay, sans doute le plus gros de France avec ses 27 professionnels de santé exerçant en groupe, le maire s'est dit également très intéressé par l'exposé du Dr Bruno Silberman, président de la section spécialiste de l'union, venu défendre l'idée «d'établissement de soins sans lits».

«Il faut créer une véritable structure d'accueil des patients en ambulatoire comprenant généralistes et spécialistes,

des plateaux techniques ambulatoires et une offre paramédicale et sociale, dans une optique de continuité des soins», avançait le Dr Silberman. Mais qui finance le coût de la structure? «L'allocation de ressource ne peut provenir des honoraires seuls, et nous ferions fausse route à nous engager dans la multiplication des actes ou l'accroissement de l'amplitude des honoraires libres», affirmait le président de la section spécialiste. «À qui s'adresser? Devait-il lancer en énumérant les possibles «ARH, URCAM, Mission régionale de santé, collectivités locales, départementales, régionales?»

Schéma directeur

«L'ARH, n'a de compétence que pour l'hospitalisation; la mission régionale de santé est un cadre institutionnel devant tracer la voie des agences régionales de santé aux compétences élargies. Mais y parviendrons-nous?», a lâché Philippe Ritter, directeur Île de France, en reconnaissant néanmoins que la démographie médicale était au centre de la réflexion présidant à la préparation du nouveau Sros. «Personne n'est prêt à laisser le marché s'organiser tout seul. Il faut une planification autour des 22 territoires d'Ile-de-France. Le rôle des élus et des municipalités est très important. Il faut favoriser les initiatives et les réseaux de soins», devait-t-il ajouter sous le regard approbateur du directeur de l'Urcam Ile-de-France, où l'on veut «favoriser les solutions que les professionnels demandent, une fois que l'on a vu où sont les points de rupture entre la ville et l'hôpital».

Mais pour les financements, la réponse est du même acabit... «L'assurance-maladie ne couvre que ce qui est couvert par le législateur. Le FAQSV est temporaire et ne peut servir à tout, la 5^e enveloppe est exclusivement dédiée aux réseaux, résumait Dominique Cherasse. Il n'est pas possible de financer les regroupements, il faudra trouver des solutions...» Des

solutions pérennes, ne serait-ce que pour les jeunes confrères qui ne peuvent parier sur l'expérimental, a de nouveau insisté le Dr Silberman.

«Pourquoi ne pas conclure un accord stratégique avec la population médicale, où, par exemple, on déciderait de mettre moins d'argent sur les actes et plus sur les structures?», devait alors suggérer Dominique Polton, volontaire pour changer les cadres qui emprisonnent.

Mais la vie conventionnelle ne peut régler le problème en l'état. Au tour de Dominique Cherasse, de l'Urcam, d'y aller de sa proposition. «Il faut effectivement, entre l'État et l'Assurance maladie, une définition de l'engagement d'une politique nationale de santé, comme pour le dépistage du cancer, une prise de position politique forte». Aux partenaires ensuite, à «investir ce domaine dans la négociation, et déterminer comment utiliser l'argent efficacement, avec une gestion décentralisée».

Il est une échéance, en revanche, que les médecins ne doivent pas manquer, est venu prévenir M. Jean-Claude Boucherat, le président du Conseil économique et social d'Ile-de-France, c'est la révision du schéma directeur de la région.

«Ce débat passionnant sur la pénurie démographique et ses solutions doit passer dans la société civile. Il doit concerner le CES régional, qui regroupe toutes les composantes des corps intermédiaires sur le terrain au travers ses 122 membres, et qui peut être votre relais pour porter le message», informait cet élu en assurant les médecins de son soutien actif pour que ce débat soit inscrit et tenu.

«Une commune ne peut rien faire toute seule, la région ne fait que commencer et l'intercommunalité est en retard et balbutiante en Île de France il faut se mettre en commun, mailler le territoire. Le CES peut vous aider à porter ce dossier dans l'optique de la révision du schéma directeur de la région», devait-t-il conclure, sous le regard du Dr Bernard Huynh, ravi de cet appui.



M. Jean-Pierre Fourcade
Sénateur-Maire
de Boulogne-Billancourt
et M. Philippe Kaltenbach
Maire de Clamart
et Conseiller régional –
Grands témoins du colloque.



Fermeture, reconversion d'établissements privés Que sont devenus les spécialistes

De 1997 à 2002, du fait de la mise en place des SROS I et II, 79 établissements de santé privés d'Ile-de-France ont fermé ou ont reconverti tout ou partie de votre activité. Comment cet épisode a-t-il été vécu par les confrères, que sont devenus les médecins qui y exerçaient, qu'en est-il aujourd'hui de l'offre de soins dans la région ? La Section Spécialiste de l'Union a mené l'enquête avec le cabinet Grès Médiation Santé et propose aujourd'hui la création d'une cellule régionale d'accompagnement pour aider les confrères car « fermer un établissement n'est pas seulement transférer, c'est aussi perdre une offre de soins ».

« L'Ile-de-France est la région qui a le plus restructuré. Jusqu'à présent on ne s'est pas inquiété du sort des professionnels de santé libéraux. Nous avons interrogé nos partenaires régionaux habituels comme l'ARH et l'URCAM. Il n'y a aujourd'hui aucun moyen de connaître les identités des médecins qui travaillent en établissements privés en Ile-de-France. Il n'y a pas d'outils... », rapporte devant la presse le Dr Bruno Silberman, Président de la Section Spécialiste de l'Union. Or, les fermetures et reconversions vont se poursuivre dans la région du fait de la réorganisation de l'offre de soins liée au plan Hôpital 2007, la mise en place du SROS III, la délivrance de diverses autorisations d'activité et de chirurgie, sans omettre l'impact de la montée en charge de la Tarification à l'activité (T2A).

Pour mener à bien cette enquête sur les médecins touchés par la fermeture ou la reconversion d'un établissement de soins privé, l'Union a bénéficié du fichier du conseil départemental des Yvelines grâce au président de l'Ordre qui a dédié l'un de ses collaborateurs à cette fin. Dans ce département, 11 établissements sur 44 ont cessé tout ou partie de leur activité de soins entre 1999 et 2002. « Sur les 140 médecins qui ont été localisés, 41 % d'entre eux nous ont retourné un questionnaire exploitable », détaille à son tour le

Dr Frédéric Prudhomme, Vice-président de la Section. Les médecins répondants (79 % d'hommes) ont une moyenne d'âge de 52 ans. 20 % d'entre eux se regroupent dans les spécialités chirurgicales, les 2/3 exercent des spécialités médico-techniques, l'exercice de consultation concernant les 6 médecins restants.

Rare concertation des médecins

L'enquête a révélé des « carences en amont et en aval de la fermeture ou de la reconversion », constate le Président de la Section Spécialiste. Un quart seulement des médecins concernés a été impliqué dans les négociations autour de la fermeture. Néanmoins, il est à noter la relation entre l'existence d'un contrat d'exercice liant le praticien et l'établissement et l'implication dans les discussions : 90 % des médecins ayant été impliqués étaient également dotés d'un contrat. Toutefois, plus de la moitié des médecins qui possédaient un contrat d'exclusivité considéraient avoir été insuffisamment voire pas du tout impliqués dans les discussions préalables.

Parallèlement, 8 médecins sur 17 avec une participation financière dans le capital de l'établissement et plus de la moitié des praticiens propriétaires de leur plateau technique n'ont pas été associés au processus.

Les conditions de départ proprement dites ont été décrites comme « négatives » par la majorité des répondants. En moyenne, le délai entre l'annonce et la fermeture a été de 3 mois (de moins d'un mois à 2 ans et plus). Alors qu'il a été plus long en cas de participation aux discussions préalables ou de participation financière dans le capital de l'établissement, nous devons signaler que le fait de posséder ou non un contrat n'a pas interféré sur le délai.

Pour sa part, l'Union estime à 6 mois le délai minimal entre l'annonce de la fermeture ou de la reconversion et le départ de l'établissement. Ce délai paraît d'autant plus nécessaire que plus de 90 % des médecins répondants n'ont reçu aucune aide de quelque nature que ce soit de la part de l'établissement. Une situation regrettée par 86 % des répondants.

Que sont devenus ces médecins ?

En moyenne, il s'est écoulé 2,3 mois entre la cessation et la reprise d'activité et 45 % de ces confrères ont connu une reprise immédiate, 70 % ont retrouvé du travail dans les 3 mois. L'importance de l'activité, l'existence d'un contrat d'exercice, l'implication dans les négociations et la participation financière dans le capital de l'établissement quitté se sont avérés être des facteurs favorables pour une reprise rapide de l'activité.

Par ailleurs, les médecins étaient 70 % à avoir un contrat d'exercice, ils ne sont plus que 50 % dans leurs nouvelles fonctions ; ils étaient 30 % à avoir une participation financière dans le capital de l'établissement, ils ne sont plus que 14 %... Un tiers s'est nouvellement

« Il n'y a aujourd'hui aucun moyen de connaître les identités des médecins qui travaillent en établissements privés en Ile-de-France. Il n'y a pas d'outils... »

ivés en Ile-de-France

stes ?

installé en cabinet de ville, un tiers a cessé toute activité en établissement de soins et un autre tiers a quitté le libéral.

Abandon de certains actes

Pour le Dr Silberman, l'un des enseignements majeurs de l'enquête concerne les 40 % des répondants qui ont cessé de pratiquer certains actes, un acte sur deux concernant la chirurgie, particulièrement la chirurgie oncologique en ORL.

Les médecins ont soit changé de spécialité, en abandonnant l'obstétrique, soit cessé la pratique d'actes de chirurgie ambulatoire en établissement. Ce qui n'est pas anodin sur le plan de l'accès aux soins.

« 40 % des répondants ont cessé de pratiquer certains actes... »

« L'arrêt de l'obstétrique est la conséquence de la fermeture des petites maternités. Et le cas de la chirurgie oncologique en ORL est caractéristique : elle est peu rémunératrice et le praticien s'expose à de lourdes responsabilités juridiques. Ces problèmes n'ont pas été envisagés par la tutelle », rappelle le Dr Silberman.

Difficultés financières et personnelles

45 % des médecins interrogés ont déclaré avoir rencontré des difficultés financières à la suite de ce changement de vie professionnelle. Celles-ci se sont concrétisées par une chute du chiffre d'affaires, une absence de règlement du tiers-payant, des frais importants liés à la cessation (indemnités de licenciement du personnel, frais de réinstallation), l'impossibilité de retrouver une activité dans un environnement proche et, enfin, une perte d'activité.

Outre les problèmes financiers, les médecins ont rencontré des problèmes admi-

L'union propose une cellule régionale d'accompagnement

« Cette enquête nous a permis d'identifier les problèmes, ils ont des conséquences sur l'organisation des soins et sur les hommes », soulignait le Dr Bruno Silberman. « Les gens se sont sentis seuls et démunis dans un contexte très lourd : il faut revoir la manière de faire. L'Union va peser de tout son poids pour qu'émerge une cellule régionale d'accompagnement qui se mettrait en action dès que des restructurations sont envisagées ».

Cette cellule aurait plusieurs missions, explique le Président de la Section Spécialiste, dont celle d'améliorer le processus d'information et d'implication des médecins quand des projets sont en cours.

« Il faudrait une sorte de guide de bonne pratique », explique-t-il, « élaboré avec les établissements de la FHP et la tutelle, qui apporterait une aide juridique, comptable et logistique aux professionnels en leur facilitant les rapports avec les organismes sociaux et professionnels. On peut imaginer un formulaire unique, comme pour les avocats, permettant de récupérer les honoraires en tiers payant si l'établissement a fermé, ou facilitant les relations avec l'URSSAF pour payer les charges sociales », précisait-il.

La cellule aurait également comme mission de mettre en place les outils de l'information partagée pour « mutualiser et connaître les expériences ». Pour le Dr Bruno Silberman, il est « incroyable qu'on puisse discuter de la réorganisation de l'offre de soins alors qu'on ne dispose d'aucun moyen. Il appartiendrait à la cellule régionale de construire des fichiers de données, établir le nombre de médecins concernés par les restructurations et identifier les activités qui risquent de disparaître ». Un outil idéal pour les discussions du SROS. « La cellule pourrait même proposer des lieux d'installation pour ces activités en chute » renchérit le Dr Frédéric Prudhomme.

Cette structure pourrait associer l'URML Ile-de-France « l'aiguillon de cette mise en place », l'ARH, la DRASSIF, l'Assurance maladie, des représentants des professionnels et des CME de l'hospitalisation privée de l'Île de France, la FHP d'Ile-de-France, les organismes sociaux et les collectivités territoriales.

Reste maintenant à construire un statut et un mode de fonctionnement à cette cellule, et bien entendu, à lui trouver un financement.

nistratifs au moment de la cessation (huissiers, paiement des charges Ursaff) ou au moment de la reprise surtout lorsque le délai a été court entre l'annonce de la fermeture et sa réalité.

En conséquence une large majorité (62 %) des médecins signale que le changement a eu des incidences négatives sur la vie personnelle : 25 % des médecins spécialistes subissent dans leur nouvelle installation une augmentation significative de leur temps de trajet ce qui peut également favoriser l'abandon de certains actes, ceux qui demandent une surveillance rapprochée. Enfin, plus d'un tiers des médecins ont fait état dans leurs nouvelles fonctions, d'une organisation du travail plus complexe.

Plus de la moitié des médecins répondants s'estime perdant au moins partiel-

lement, à la fois pour les conditions financières ou de travail.

Des nouvelles conditions d'exercice favorables

72 % des médecins font une évaluation plutôt positive de leur nouveau plateau technique et 67 % en font autant pour leurs conditions de travail. Au total, 53 % s'estiment gagnants ou moitié-moitié (conditions matérielles, plateau technique, qualité de vie, revenus).

De cette enquête est apparue la nécessité de mettre en place une cellule, un plan d'accompagnement à la disposition des praticiens libéraux qui permettrait de mutualiser les expériences, de soutenir les démarches individuelles grâce à une centralisation des informations et des données (voir encadré).

Programme Colloque francilien :

Garantir les conditions de succès pour le déploiement du Dossier Médical Personnel

**L'Union Régionale des Médecins Libéraux organise un colloque sur :
Le déploiement du dossier médical personnel En Île-de-France
Samedi 26 novembre 2005**

PARIS - Amphithéâtre du Centre Français du Commerce Extérieur - 10, avenue Léna - 75016 Paris

Inscrit dans la loi du 13 août 2004, le Dossier Médical Personnel favorise la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé pour l'ensemble des bénéficiaires de l'Assurance Maladie.

Au 1^{er} juillet 2007, chaque bénéficiaire doit disposer d'un Dossier Médical Personnel.

Avant cette date, le GIP-DMP assure, de façon temporaire et dans le cadre d'une préfiguration, la mise en œuvre technique du Dossier Médical Personnel, dans l'attente de l'installation d'une structure pérenne de gestion.

Candidate à la préfiguration, la région Ile-de-France revêt une importance particulière du fait de sa taille et de la diversité de ses acteurs.

Cette étape repose sur la prise en considération des contraintes des acteurs de santé (patients, médecins libéraux, et autres professionnels) qui sont les futurs utilisateurs de ce dossier. Anticiper ces contraintes pour mieux répondre aux besoins des populations est un enjeu majeur pour garantir un déploiement harmonieux.

C'est autour de cet enjeu que l'URML organise ce colloque

PROGRAMME DU COLLOQUE

9 h 30 Introduction

Dr Bernard Huynh

Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île-de-France

Moderateurs :

Dr Jean-François Thébaud

Président de la Commission système d'information de l'URML IDF

Dr Jean-Philippe Grundeler

Vice-président de l'URML IDF

9 h 45 : État de l'adhésion intellectuelle

■ **Quel est l'opinion et l'état de connaissance des usagers ?**

Intervenant : M^{me} Marie-Paule Masseron

Vice-Président de la FNAMOC

Fédération Nationale des Associations de Malades et Opérés du Cœur

■ **Qu'en pensent les médecins libéraux ?**

Intervenants : Dr Jean Pierre Carlier

Médecin généraliste - Élu de l'URML IDF

Dr Jacques Samson

Médecin spécialiste - Élu de l'URML IDF

■ **Quelle est la vision des établissements publics ?**

Intervenant : Pr Eric Lepage

Directeur du projet système d'information patient de l'APHP - Directeur de la politique médicale de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris

10 h 45 : Les conditions pratiques du déploiement du DMP en Île-de-France

■ **Quels sont les moyens pour l'accompagnement des acteurs de soins ?**

Intervenant : Dr José Clavero

Élu de l'URML IDF

■ **Quels sont les moyens pour l'accompagnement des patients ?**

Intervenant : M. William Gardey

Président de l'URCAM IDF

■ **Quelle évolution de l'organisation en milieu hospitalier ?**

Intervenant : Mme Maryse Lépée

Secrétaire Général de l'ARH Île-de-France

■ **Quelle instance de gestion et de régulation régionale ?**

Intervenant : Dr Bruno Silberman

Président de la Section Spécialistes de l'URML IDF

11 h 45 : Table ronde avec des hébergeurs

- Cegedim - Thalès - D3P (RSS - Microsoft - Medcost/Doctissimo) - France Télécom - IBM - CAP GEMINI - SNR - inVita - Accenture - La Poste - neuf cegetel - Intra Call Center- Jet Multimedia - Sun microsystems - Santeos (Atos- Unimédecine - HP - Strateos - Cerner) - Siemens- Bull - EDS

12 h 30 Conclusion

Dr Bernard Huynh Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux

Public concerné :

- Représentants des patients
- Professionnels de santé
- Etablissements de santé
- Institutions sanitaires régionales
- Industriels des systèmes d'information

Secrétariat du colloque :

URML Ile-de-France
104 Boulevard du Montparnasse
75014 Paris
secretariat@urml-idf.org
Tel : 01.40.64.14.70

Inscription par mail

- en précisant vos coordonnées :
- nom
- prénom
- adresse
- téléphone
- secretariat@urml-idf.org**

Grands témoins

- **Dr Jacques Caton** - Président de l'URML Rhône-Alpes
- **Mme Dominique Boulangé*** - Vice Présidente - Fédération de l'Hospitalisation Privée IDF
- **M. Dominique Coudreau** - Président du GIP Dossier Médical Personnel
- **M. Jean-Pierre Door** - Vice Président de la commission des affaires sociales de l'Assemblée
- **Mme Sylvie Mercier** - Maire adjointe de Joinville le Pont - Présidente de la Commission NTIC de l'Association des Maires de l'Île-de-France
- **Dr Bernard Rougier*** - Secrétaire Général de l'URML Rhône-Alpes

* sous réserve de confirmation

65 % d'observance

chez les patients de plus de 70 ans

La commission «exercice en cabinet libéral» de l'Union a lancé une enquête sur le thème de «l'Observance Thérapeutique des personnes âgées de plus de 70 ans». Le Dr Gérard LYON, élu de l'union et membre de la commission, commente les principaux résultats de cette enquête inédite.

- Pourquoi une telle enquête?

- Dr Gérard LYON: En 2001, une enquête menée par le Comité régional d'éducation pour la santé en Ile-de-France (Cresif), montrait que moins de 50 % des prescriptions étaient observées, ce que confirmaient les pharmaciens. Or, des patients peu observant peuvent se retrouver en déséquilibre, décompenser une pathologie ou se compliquer et entraîner des hospitalisations et donc des coûts financiers plus importants. En 2003 l'Union lançait une enquête en médecine de ville en deux volets: «Observance thérapeutique médicamenteuse et observance de la contention veineuse». Jusqu'à présent, les enquêtes portaient sur de petits échantillons de patients, pour des pathologies très particulières, le plus souvent en structure hospitalière. Cette enquête est une première en l'Ile-de-France.

- Quels en sont les principaux enseignements?

- Dr. G. L.: 65 % des patients âgés sont observant, c'est plutôt mieux que les chiffres

qui nous étaient présentés. Ils sont plutôt observant lorsqu'ils sont atteints de pathologies telles que l'hypertension artérielle (94,7 %), les maladies du cœur (87,2 %), ou touchant la circulation cérébrale (85,2 %). Pour le diabète, le degré d'observance est assez important (76 %), mais ce n'est pas dans notre échantillon une pathologie fréquente et nous devons encore mieux faire. Par contre, pour des pathologies qu'ils estiment moins graves comme l'arthrose (40,6 %), ou bien touchant la circulation dans les membres inférieurs (59 %), la dépression (60 %), les troubles du sommeil (61,9 %), ils se traitent à la demande. L'observance de la contention veineuse est proche de 80 %, mais il faut pondérer ces résultats en fonction de la régularité et des moments où sont portés les contentions.

Un sentiment d'amélioration est signalé 8 fois sur 10; les motifs d'inobservance sont essentiellement l'effet garrot, l'excès de chaleur, la difficulté d'enfilage ou de défilage et l'inesthésisme.

Comment sensibiliser et obtenir une meilleure observance?

- Dr G. L.: Il serait souhaitable de mieux écouter les 35 % d'inobservants pour les comprendre. Il faut en parler avec le patient, échanger avec le pharmacien et réaliser des campagnes de communication avec les agences en santé ou avec les caisses. Il faut certainement modifier le renouvellement des prescriptions, qu'il ne soit pas systématique mais en fonction des besoins, limiter des prescriptions excessives et modifier le conditionnement des médicaments pour optimiser la prescription à la prise. Ceci aurait en outre l'avantage d'être plus économique.

- Y aura-t-il une suite à cette étude?

- Dr. G. L.: Oui, nous souhaitons proposer une nouvelle étude, en ciblant une population plus importante, rassemblant les professionnels de santé, notamment médecins et pharmaciens. L'Ordre des Pharmaciens serait tout à fait prêt à adhérer à cette enquête.

« Les Machaons 2006 »

Prix de thèse en médecine libérale

Dans le cadre de l'édition des "Machaons" 2006, l'URML IDF décernera trois prix aux médecins ayant soutenu leur thèse en Ile-de-France au cours des deux dernières années et dont le sujet porte sur des enjeux de santé publique

liés à la médecine libérale. Les prix sont dotés de 6000, 3000 et 1500 euros.

Dépôt des thèses avant le 10 décembre 2005
Renseignement sur le site Internet de l'URML-IDF :
www.urml-idf.org

Un comité de lecture de praticiens libéraux en exercice : afin de constituer le comité de lecture du prix coprésidé par le Pr Patrice QUENEAU et le Dr José CLAVERO, l'URML-IDF fait appel à votre expertise pour lire et analyser les travaux :

Je souhaite participer au comité de lecture du Prix «Machaon» 2006 :

Docteur:
 Adresse du cabinet:
 N° de téléphone: N° de fax:
 Email:



souhaite participer au comité de lecture du prix de thèse 2006 (un maximum de trois thèses par lecteur)

Ce bon permettra au comité d'organisation de prendre contact avec vous. Coupon à retourner par courrier à l'URML IDF – Prix de Thèse 2006
 104, boulevard du Montparnasse 75682 PARIS CEDEX 14 ou par Email à prixdethese@urml-idf.org, ou par fax au 01 43 21 80 34

Le Ministre en visite dans le réseau de santé le Pallium, à Trappes



Profitant de son mois d'août, le Ministre de la Santé et des Solidarités, a passé une matinée de travail avec les acteurs du réseau de santé le Pallium dans les Yvelines. Accueilli par les Drs Darrieux et Vescovali, Président et Directeur du Pallium, le Ministre a pu constater que même en plein été la coordination en réseau garde tout son sens.

Dans son discours, le Ministre a insisté sur la valeur des témoignages qu'il avait

entendue et la richesse du travail accompli par les professionnels du réseau. Soulignant l'intérêt de ces nouvelles formes de prises en charge pluridisciplinaires, permettant notamment le décloisonnement des relations ville-hôpital, le Ministre s'est déclaré sensible à ces innovations et s'est engagé à soutenir les expériences réussies.

Voilà des mots réconfortant pour une rentrée des promoteurs de réseaux que nous aurons plaisir à retrouver lors de

nos petits-déjeuners café-réseaux 2005/2006.

« Réseaulument vôtre »

Dr Marc SYLVESTRE
Responsable de la rubrique



« café réseaux » 7 h 00 - 9 h 00 Petits déjeuners



Le RDV des acteurs de réseaux de santé d'Île-de-France

» Mardi 18 oct. 2005

Dossier Médical Personnel : un outil de partage « pour les réseaux » ?
Intervenant : M. Xavier Bertrand - Ministre de la Santé
Modérateur : Dr Bernard Huynh - Président de l'URML Île-de-France

» Mardi 15 nov. 2005

Réussir la permanence des soins en réseau !
Intervenant : Dr Sydney Sebban - ARB, Réseau Bronchiolite Île-de-France
Modérateur : Dr Philippe Kesmarszky - Président de l'Amicale des Médecins des Mureaux

» Mardi 13 déc. 2005

Mission Régionale de Santé : Quel financement pour les réseaux
Intervenant : M. Dominique Cherasse - Directeur de l'URCAM Île-de-France
Modérateur : Dr Bruno Silberman - Président de la Section Spécialistes de l'URML Île-de-France

» Mardi 17 janv. : 2006

Réussir avec l'hôpital !
Intervenant : Dr Patrick Assyag - Directeur du Réseau Résicard
Modérateur : Dr Sylvie Royant Parola - Directrice du Réseau Morphée

» Mardi 21 fév. 2006

Réussir un Groupement de Coopération Sanitaire !
Intervenant : Dr Noëlle Vescovali - Directrice du réseau le Pallium
Modérateur : Pr Christian Hervé - Directeur du Laboratoire d'éthique médicale

» Mardi 21 mars 2006

Mon réseau communique !
Intervenant : Dr Marc Sylvestre - Directeur du réseau Victimo
Modérateur : Dr Jean-Paul Hamon - Président de FED 92

» Mardi 25 avril 2006

SROS III : Perspectives 2006-2011 des réseaux de santé.
Intervenant : M. Gilles Echardour - Directeur adjoint de l'ARH Île-de-France
Modérateur : Dr Bruno Silberman - Président de la Section Spécialistes de l'URML Île-de-France

» Mardi 16 mai 2006

Mon réseau est employeur !
Intervenant : Dr Dominique Descout - Président d'ALDS
Modérateur : Dr José Clavero - Élu de l'URML Île-de-France

» Mardi 20 juin 2006

Quel avenir pour les médecins libéraux dans les réseaux ?
Intervenant : Dr Bernard Huynh - Président de l'URML Île-de-France

Organisation URML-Île de France – 01 40 64 14 70
Alexandre GRENIER – Directeur des Études
alexandre.grenier@urml-idf.org
Chantheil FENIES – Chargé de mission
chantheil.fenies@urml-idf.org
Retrouvez les actes des petits déjeuners Café Réseaux en ligne sur le site : www.urml-idf.org