2 Santé-environnement
La santé vue par le ministère de l'écologie

4 Installation
L'enquête de l'Union

6 EPP
Premières évaluations franciliennes

8 PMT
Les projets médicaux de territoire décryptés

10 EGOS
Assurer l'accès aux soins de premier recours

Bimestriel : n° 41 - avril 2008

La lettre de l'Union

URML ILE DE FRANCE
Union Régionale des Médecins Libéraux

Santé environnementale

La Une

Santé et environnement : liaisons dangereuses

L'URML Ile-de-France, reçue au ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de l'Aménagement du territoire, a exprimé le souhait des médecins libéraux d'être partie prenante des politiques menées en matière de santé environnementale.

Les médecins sont de plus en plus souvent confrontés à des pathologies environnementales : pathologies respiratoires, bronchiolites, allergies ou cancers professionnels. Ils ont parfois du mal à répondre aux questions que leur posent leurs patients sur les effets d'exposition à certaines ondes ou à certains aliments. Principale raison : dénicher une information scientifiquement validée sur ces sujets relève du parcours du combattant.

« *Grands oubliés du Grenelle de l'environnement,* regrette Pierre Popowski, pédiatre élu de l'URML *nous souhaitons, nous médecins, qui sommes en contact avec la réalité du terrain, participer à des systèmes d'alerte ou de veille sur ces questions environnementales* ».

Le Dr Sandrine Segovia-Kueny, conseiller technique au ministère, a bien voulu préciser pour *La Lettre de l'Union* les grandes dates qui jalonnent la toute jeune histoire de la santé environnementale, « *un domaine récent, en développement, où le rôle des médecins sera crucial* » et évoquer les premiers chantiers lancés à l'issue du Grenelle de l'environnement.

Suite page 2

édito

La restitution de la phase 1 des états généraux de l'organisation de la santé (EGOS) semblerait promouvoir l'exercice d'une médecine de premier recours centrée sur la spécialité de médecine générale et oublier la place que pourraient exercer certaines spécialités cliniques dans une telle organisation. À l'heure où nous mettons sous presse, nous sommes dans l'attente des conclusions de la phase 2 des EGOS.

Quelle place sera alors envisagée pour les médecins spécialistes à l'issue de cette réflexion pour une nouvelle organisation de l'offre de soins ?

La vigilance de tous s'impose afin de préserver l'exercice d'une médecine de qualité au service de la santé de notre population car déstabiliser une partie de notre exercice libéral, ce serait déstabiliser à court terme la totalité de celui-ci et risquer de voir mourir rapidement le libéralisme médical auquel nous sommes attachés.

Dr Michel Roueff
Président

Chacun a le droit de vivre dans un en équilibré et respectueux de la santé

Selon l'article 1er de la loi constitutionnelle du 1er mars 2005 relative à la Charte de l'environnement de 2004, «Chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé.» Ce droit fondamental a été repris comme libellé du Groupe III du Grenelle de l'environnement, intitulé «Instaurer un environnement respectueux de la santé» et présidé par le Pr Maraninchi. La santé-environnement a donc été un des axes du Grenelle avec des propositions et décisions dans de nombreux domaines, notamment ceux des substances toxiques (chimiques, cancérigènes, pesticides…), de l'air extérieur et intérieur, du bruit, de la veille sanitaire et des risques émergents, des sols pollués et des déchets.

Docteur Sandrine Segovia-Kueny
Conseiller technique - Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de l'aménagement du territoire

En revenant sur les liens entre la santé et l'environnement, de nombreux textes précisent à la fois la définition de la santé environnement ou santé environnementale et le droit à un environnement respectueux de la santé.

La santé environnementale

Ainsi le concept de santé environnementale a été précisé à la conférence d'Helsinki du bureau européen de l'OMS de 1994, « la santé environnementale comprend les aspects de la santé humaine, y compris la qualité de la vie, qui sont déterminés par les facteurs physiques, chimiques, biologiques, sociaux, psychosociaux et esthétiques de notre environnement. Elle concerne également la politique et les pratiques de gestion, de résorption, de contrôle et de prévention des facteurs environnementaux susceptibles d'affecter la santé des générations actuelles et futures ». Cette définition enrichit celle adoptée en 1946 par l'OMS pour qui la santé est un « état de complet bien être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

Un environnement respectueux de la santé

Le droit à un environnement respectueux de la santé est quant à lui déjà présent dans plusieurs textes internationaux. La Charte européenne de l'environnement de 1989 reconnaît le rôle essentiel des facteurs environnementaux pour une santé et un bien être de qualité, l'interdépendance mondiale des impacts environnementaux sur la santé, et enfin la nécessité d'une coopération internationale et d'une solidarité sur les questions santé environnementales. La convention d'Aarhus signée par trente-neuf États en juin 1998, au Danemark, traite de l'accès à l'information, la participation du public au processus décisionnel et l'accès à la justice en matière d'environnement. Elle est entrée en vigueur en France en 2002. Son article premier a pour objet de contribuer à « protéger le droit de chacun, dans les générations présentes et futures, à vivre dans un environnement propre à assurer sa santé et son bien-être ». Par la suite ce droit à un environnement sain a été rattaché aux libertés fondamentales par la Cour européenne des droits de l'homme.

Grenelle de l'environnement, de la théorie à la pratique

Concernant le Grenelle de l'environnement, dont la première itération a eu lieu en 2007 sous l'égide de Monsieur Jean-Louis Borloo, ministre d'État, ministre de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de l'Aménagement du territoire, il a donné lieu à des propositions qui, pour certaines, se sont déjà concrétisées légalement comme le bonus/malus sur la vente de véhicules neufs ou encore l'interdiction de trente substances phytosanitaires décidée par le ministère de l'Agriculture.

Lutte contre la pollution de l'air extérieur et intérieur

La lutte contre la pollution de l'air intérieur et extérieur fait partie des priorités 2008. Afin d'améliorer la qualité de l'air extérieur, s'appliqueront dès cette année des objectifs fixés réglementairement relatifs aux concentrations en oxydes d'azote et en ozone. Par ailleurs, pour les particules fines, un objectif à

vironnement

terme de 10 microgrammes/m^3 devrait être fixé.

La lutte pour la qualité de l'air intérieur passera, elle, par l'étiquetage obligatoire des matériaux de construction et de décoration sur leur contenu en polluants volatils et l'interdiction des substances classées CMR1 et CMR2 dans ces mêmes matériaux. Enfin, des systèmes de mesure et d'information sur la pollution de l'air intérieur seront mis en place à partir de 2008 dans les lieux de vie considérés à risque du fait d'une forte concentration de population (notamment lieux publics ou professionnels) ou d'accueil de populations particulièrement vulnérables (jeunes enfants, personnes âgées ou malades).

Vigilance pour les populations à risques

Un autre axe de la politique de santé-environnement s'attache à veiller à de l'équité en matière de santé-environnement. Des centres inter-CHU proposeront des consultations spécifiques pour les malades atteints d'affections potentiellement liées à une pollution environnementale.

En conclusion, la santé environnementale est donc un domaine récent, en développement, où le rôle des médecins sera crucial, à la fois sentinelles pour dépister de nouvelles pathologies et relais d'information auprès des patients. La formation en santé-environnement, déjà inscrite dans le Plan national santé environnement pour les professionnels de santé, est donc essentielle pour s'adapter à notre environnement d'aujourd'hui mais aussi aux conséquences sanitaires du changement climatique de demain.

Quelques sites institutionnels

AFSSET - www.afsset.fr

L'Agence française de sécurité sanitaire, de l'environnement et du travail, créée en 2001, est placée au cœur du dispositif d'information et d'expertise scientifique sur la santé et l'environnement, ainsi que sur la santé au travail. Elle établit des relations étroites avec la communauté scientifique française mais également internationale, notamment en Europe. Les avis et les recommandations de l'Afsset sont rendus publics et sont consultables sur le site Internet de l'agence.

AFSSA - www.afssa.fr

l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments est née en avril 1999 à la suite de différentes crises sanitaires, notamment celle de la vache folle. Elle contribue à la protection et à l'amélioration de la santé publique, de la santé et du bien-être des animaux, de la santé des végétaux et de l'environnement. Placée sous la tutelle des ministères de la Santé, de l'Agriculture et de la Consommation, elle travaille de concert avec la communauté scientifique pour appuyer par exemple la mise en œuvre du Plan national santé environnement ou du Pan santé travail.

Grenelle Environnement www.legrenelle-environnement.fr

Grenelle Environnement, c'est le nom sous lequel on parle désormais du Grenelle de l'environnement qui s'est tenu en 2007. Son site internet présente ses différentes phases de déploiement ainsi que *La Lettre du Grenelle Environnement* dont le premier numéro vient de voir le jour en mars 2008.

Environnement et santé : l'expo

Du 16 avril au 1er juin 2008 à la Cité de la santé de la Villette, la yourte de Veolia Environnement abritera l'exposition itinérante « Préserver notre environnement, protéger notre santé » conçue avec un comité scientifique et pédagogique (Afsset, Cnam, Unesco, etc.).

Enquête

Recherche médecin, désespérément!

L'URML Ile-de-France a rendu publics les premiers résultats de l'enquête menée sur les motivations et les freins à l'installation des jeunes médecins. Face à une crise des installations et au non remplacement croissant des médecins partant en retraite, il convenait de déterminer quelles étaient, au-delà des conséquences d'un numerus clausus insuffisant, les causes de la désaffection de la jeune génération pour l'exercice libéral de la médecine. Charges administratives, lourdeur de l'investissement financier initial et gestion comptable arrivent en tête des contraintes ressenties par les jeunes médecins. Passé le diagnostic, des solutions existent.

Pour comprendre les raisons et surtout réfléchir aux solutions à mettre en place pour enrayer la désaffection envers le choix de l'exercice libéral de la médecine, la Commission démographie et conditions d'exercice de l'URML, présidée par le Dr François Bonnaud, a interrogé les jeunes médecins au cours de trois périodes clés: la fin de formation, les premières années d'installation et la période de remplacements.

Évolution de l'âge d'installation en libéral

D'après notre enquête, les jeunes médecins obtiennent leur diplôme en moyenne à 30 ans, qu'ils soient médecins généralistes ou médecins d'autres spécialités. La moyenne d'âge de première installation s'élève à 37 ans et l'on note en revanche une différence significative entre médecins généralistes (35,5 ans) et médecins d'autres spécialités (38 ans). Aucune différence notable entre hommes et femmes n'a été relevée. Par ailleurs, seuls 23 % des remplaçants envisagent de s'installer en libéral dans les 5 années à venir selon notre enquête.

Ces chiffres confortent ceux avancés par l'URCAMIF en 2002, qui donnait un âge moyen pour les médecins s'installant pour la première fois en 2000/2001 de 38,7 ans. Rappelons que l'âge moyen d'installation des médecins généralistes libéraux a augmenté de près de 5 ans entre 1979 et 2001, passant de 30 à 35 ans selon une analyse menée en 2004 par le CREDES.

Les aspirations

Les jeunes et futurs médecins sont unanimes: 98 % des internes et 92 % des jeunes médecins jugent indispensable de conserver leur liberté d'installation. Si l'âge d'installation recule, les trois quarts des internes envisagent toutefois d'exercer en libéral: c'est le cas de 86 % des internes en médecine générale, de 68 % en spécialités médicales et de 83 % en spécialités chirurgicales. Cependant, 15 % seulement des internes prévoient un exercice 100 % libéral et 65 % d'entre eux prévoient d'exercer en libéral pour au moins la moitié de leur temps de travail, privilégiant donc un exercice mixte.

À noter le décalage entre l'image qu'ont les internes de la médecine libérale et la réalité: 58 % seulement des futurs médecins jugent les conditions d'exercice en libéral globalement satisfaisantes; ce chiffre grimpe à 78 % lorsque l'on interroge les jeunes médecins déjà installés. Un médecin généraliste sur cinq récemment installés en Ile-de-France envisage cependant d'arrêter son activité libérale ou de changer de type d'exercice.

L'exercice en groupe plébiscité

Du côté des internes, la moitié envisage un exercice en cabinet de groupe et un tiers en structure pluriprofessionnelle. Pour les nouveaux installés, 64,6 % ont choisi l'exercice en groupe, notamment les femmes et les médecins généralistes. Enfin, à l'heure des expérimentations de nouveaux modes de rémunération, 83 % des internes et 85 % des nouveaux installés demeurent favorables au maintien du paiement à l'acte.

Les freins à l'installation

Pour les internes, les principaux freins à l'installation sont le temps de travail hebdomadaire, la couverture sociale et l'insécurité, surtout par les futurs médecins généralistes. Quand à la diversité de la pratique, elle est davantage citée par les étudiants en spécialités médicales. Le temps de travail représente un frein particulièrement pour les femmes.

Pour les médecins récemment installés, l'insécurité et l'isolement géographique sont particulièrement évoqués par les médecins généralistes et les femmes, ces dernières citant davantage comme contrainte notable la gestion comptable du cabinet. Les difficultés à se faire remplacer représentent surtout un frein à la pratique libérale des médecins exerçant en Seine-Saint-Denis (53 %). De même, l'insécurité est ressentie particulièrement par ces médecins du 93 (44 %).

Les solutions de l'URML

Pour répondre aux inquiétudes des jeunes médecins et favoriser l'installation des médecins de demain, l'URML propose au gouvernement des solutions qui peuvent, pour certaines, être mises en œuvre très rapidement. Mettre à jour le cursus de forma-

tion des médecins, améliorer l'information sur le statut de collaborateur, promouvoir la diversité d'exercice en groupe, organiser la délégation de tâches et renforcer les partenariats avec les élus locaux et régionaux : autant de moyens d'actions qui méritent de trouver un écho au sein de la réforme de la santé en gestation.

Actualiser les études de médecine

La méconnaissance de l'exercice libéral par les jeunes médecins nécessite une information précoce durant leurs études : un stage en cabinet libéral de ville dès la première année familiariserait les futurs médecins avec l'exercice libéral. Une initiation au domaine comptable et juridique intégrée à leur cursus permettrait de dédramatiser la perception de « l'entreprise libérale » qu'ont actuellement les internes.

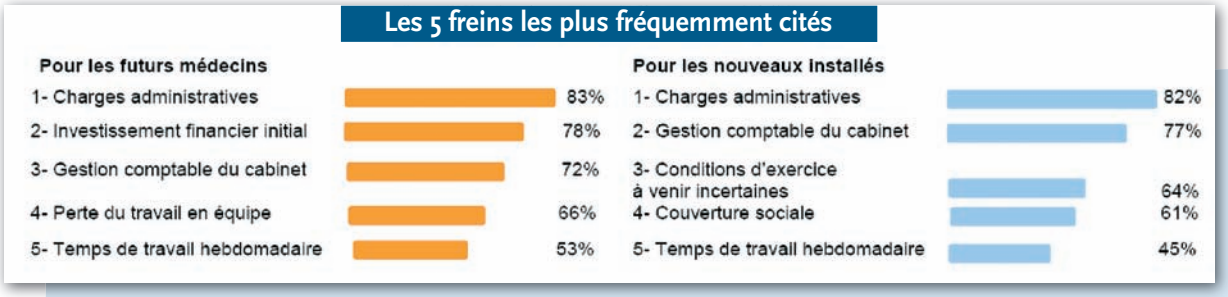
Autre constat, le statut de collaborateur est mal connu. Il permet pourtant une installation ou une intégration dans un groupe, mode d'exercice plébiscité par la nouvelle génération. Une évolution vers un statut plus souple, ne menant pas nécessairement à l'intégration dans un groupe, est à mettre en place. L'exercice multi site devrait quant à lui être facilité.

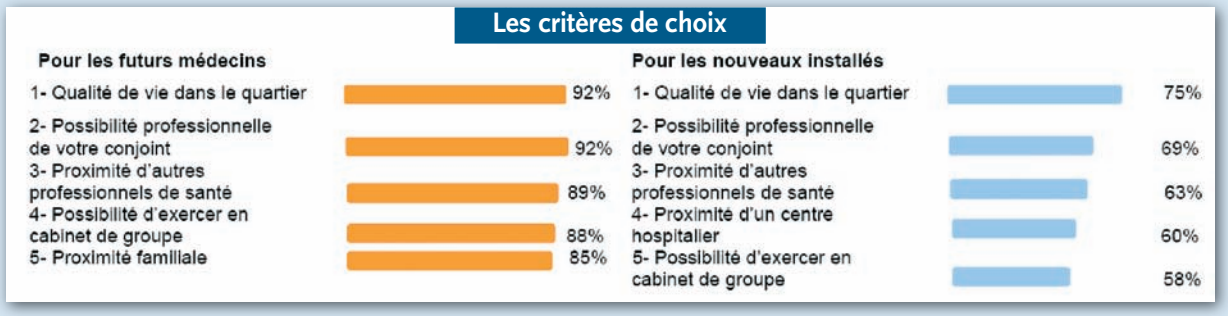
Pour lever les inquiétudes relatives à la gestion du cabinet, des aménagements administratifs, financiers et fiscaux majeurs doivent être créés. Toutes ces pistes de solutions pour lever les freins à l'installation seront défendues par l'URML auprès des pouvoirs publics dans les mois qui viennent.

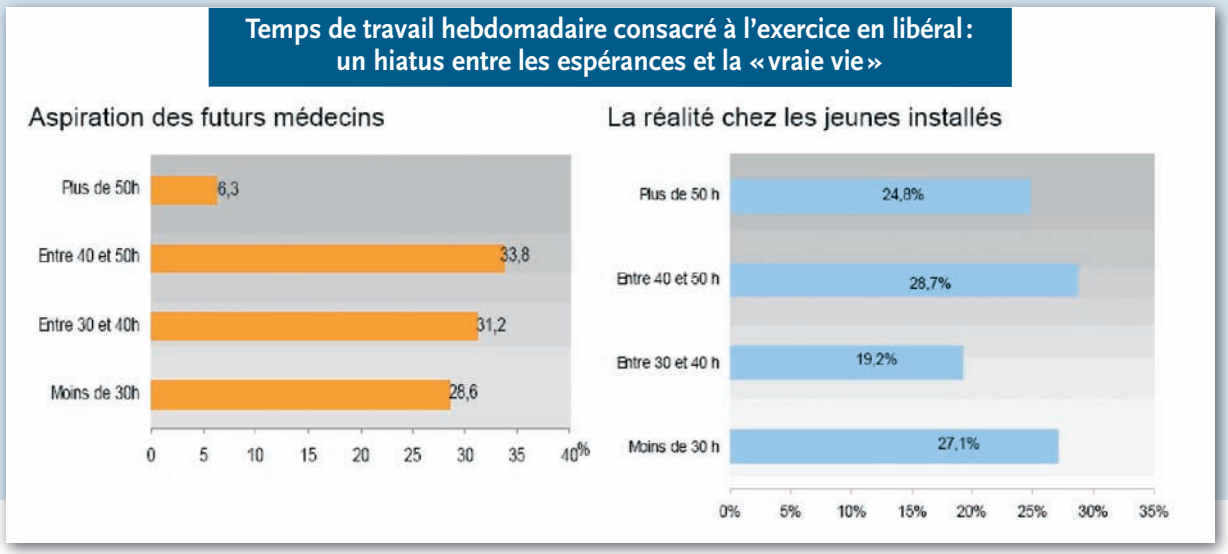
Enquête réalisée par l'URML IdF entre juin et septembre 2007 auprès de 1 300 médecins, internes, nouveaux installés depuis moins de 5 ans et remplaçants.

Travailler jusqu'à (et après) 65 ans

Après s'être penchée sur le début de carrière, la Commission démographie et conditions d'exercice de l'URML a décidé de s'intéresser à la fin d'exercice des médecins libéraux en Ile-de-France. Elle va interroger les médecins âgés de plus de 50 ans sur leurs aspirations concernant leur fin d'activité professionnelle. Les résultats sont attendus pour le dernier trimestre 2008.







Démarche qualité : l'URML poursuit

Dans un dispositif qui reste encore très trouble, l'URML, convaincue de l'intérêt d'une démarche qualité pilotée par les professionnels de santé, continue d'encourager les médecins libéraux franciliens à construire leur programme qualité et à rester maîtres de leurs choix.

Si beaucoup s'accordent à penser que la réglementation issue de la Loi 2004 encadrant la démarche qualité mérite un sérieux nettoyage, il n'empêche que pour l'instant ces textes successifs restent en vigueur et entraînent une certaine confusion entre le discours et la réglementation.

Des évolutions possibles

Parmi les évolutions les plus fréquemment entendues on note une simplification des parcours FMC / EPP / Accréditation pour aller vers un tout. Dans cette perspective, l'EPP devient formative et la FMC évaluative. Ce qui en somme n'est pas très éloigné des concepts de 2004 qui voulaient qu'EPP et FMC soient une démarche intégrée. Les mécanismes d'évaluation sur le risque et sur les événements indésirables pourraient en revanche prendre une place plus importante pour toutes les spécialités.

Autre évolution pressentie, le renforcement des organismes agréés par spécialité, avec progressivement un dessin s'articulant autour des verticalités, des sociétés savantes et pourquoi pas des universités, de plus en plus présentes dans le domaine de la FMC.

Un mécanisme à points qui reste fiable

Ce qui reste stable c'est la période de cinq ans pour satisfaire à son obligation, sans savoir quand elle débute.

Les mécanismes de points, même s'ils sont scolaires et peu appréciés par certains, devraient aussi rester en place. Qui les comptera ? La question est entière. La disparition annoncée des CRFMC n'est pas entérinée par les textes et pour l'instant aucun organisme ne dispose des moyens humains, techniques et financiers suffisants pour jouer le décompte. Les médecins habilités pourraient garder un rôle d'information, de conseil et d'accompagnement et intervenir librement en ressources des organismes agréés et/ou des URML.

Des incertitudes qui épuisent les plus motivés

Le ressenti récent des représentants professionnels s'occupant de ces questions laisse percevoir une certaine lassitude. On entend parfois dans ces rangs des réflexions du type *« puisque l'État ne peut pas se décider, allons vers un système dérégulé, chacun y trouvera son compte. »* Il est vrai que pour les premiers combattants le chemin parcouru est déjà long et qu'il serait à présent temps de stabiliser le dispositif pour mettre l'ensemble de la profession en état de marche.

Le calendrier ministériel annoncé

Pour le ministère, la révision du dispositif pourrait s'intégrer dans le cadre des lois d'automne réformant l'organisation du système de santé. Les acteurs de la FMC y voient une perte de chance renouvelée de démarrer la mise en œuvre efficiente de la démarche qualité pour les médecins. Quant au financement, on évite d'évoquer le sujet en rappelant la volonté de fusionner des mécanismes EPP et FMC, ce qui ouvrirait le domaine de l'évaluation des pratiques professionnelles au financement conventionnel et peut-être privé.

URML et EPP : l'information passe bien

Attachée à son engagement de livrer une information précise sur les différentes voies possibles pour s'engager dans la démarche qualité, l'URML poursuit avec l'aide des médecins habilités sa campagne d'information initiée en 2007.

Aujourd'hui environ un millier de médecins franciliens ont participé à ces réunions d'information. Les évaluations qui en sont faites donnent plutôt de bons résultats. Dans un contexte qui, comme nous l'avons vu précédemment, laisse planer quelques incertitudes sur le dispositif, le binôme animateur médecin habilité et élu de l'URML a fait ses preuves :

Cette session a-t-elle répondu à vos attentes d'information ?

insatisfaisant	1,9 %
satisfaisant	72,2 %
très satisfaisant	25,9 %

Appréciation globale du contenu de l'information

insatisfaisant	5,8 %
satisfaisant	71,2 %
très satisfaisant	23,1 %

Pensez-vous que cette soirée ait amélioré vos connaissances EPP ?

Oui	100,0 %

Le Kit pédagogique URML EPP a-t-il répondu à vos attentes ?

Oui	92,5 %
Non	7,5 %

son action en 2008

Efficacité pédagogique des animateurs médecins habilités et élus de l'URML

insatisfaisant	9,3 %
satisfaisant	40,7 %
très satisfaisant	50,0 %

L'URML prévoit dans le courant de l'année 2008 de développer une « plate forme e-learning » afin de vous permettre de suivre ces séances d'information depuis votre lieu d'exercice ou de votre domicile.

Si cette démarche vous intéresse, envoyez-nous vos coordonnées e-mail pour être tenu informé : epp@urml-idf.org

L'accompagnement de l'URML et des médecins habilités jusqu'à la validation individuelle

Pour les médecins qui ont fait une demande de groupe auprès de l'URML, l'assemblée générale de l'URML a décidé de soutenir certaines actions en missionnant un médecin habilité pour un accompagnement. Durant cette mission, le médecin habilité joue le rôle de conseil dans les choix de méthode et de thèmes et assure par la suite le suivi de la participation des médecins engagés aux différents groupes jusqu'à validation individuelle.

Les missions accompagnées par l'URML feront l'objet d'une présentation lors d'un retour d'expériences organisé en septembre 2008 par la Commission évaluation de l'URML.

Sont notamment en cours les missions d'évaluation suivantes

Groupes de praticiens en établissements engagés dans une démarche EPP URML

Nom de l'Etablissement	Date de début	Nbre de médecins engagés
Hôpital Privé du Val d'Yerres	14/06/2007	15
Hôpital Privé d'Antony	28/06/2007	80
Clinique de Turin	18/07/2007	60
Clinique Lambert	25/09/2007	24
Hôpital Privé les Peupliers	15/10/2007	49
Hôpital Américain	27/11/2007	150
Clinique de Milan	03/12/2007	-
Clinique Bizet	10/12/2007	48
CMCO Evry	29/01/2008	-
Centre Cardiologique d'Evecquemont	07/02/2008	15
Clinique Saint Jean De Dieu	15/02/2008	60

Groupes de praticiens en ville engagés dans une démarche EPP URML

Nom du groupe	Date de début	Nbre de médecins engagés
Groupe Psychiatre	21/09/2007	12
Réseau ARB	27/09/2007	30
Réseau Onco Argenteuil	13/12/2007	200
Rhumatologue 77/94		40
Réseau ONCO Est		118
Réseaux NEPHROLOGIE (3)	29/01/2008	-
Réseau RSSPCC		30
ROC EST 94		25
Union FMC 93		12
AEDN IDF	03/10/2007	45

Président de CME, Réseaux, Amicales, vous souhaitez vous engager dans une démarche EPP ?
Prenez contact avec le Service évaluation de l'URML :

Tél. : 01 40 64 14 77 Email : epp@urml-idf.org

Les projets médicaux de territoire, une du fonctionnement des ARS

Dès la finalisation des travaux du 3e schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), qui ont mobilisé les partenaires des 22 territoires de santé d'Ile-de-France, est apparue comme une évidence la nécessité pour tous les acteurs sanitaires, médico-sociaux et libéraux d'un même territoire, de travailler sur les axes de complémentarité, de mutualisation et de coopération. Ainsi huit projets médicaux de territoire (PMT), un par département, ont-ils été lancés à titre expérimental en septembre 2007 dans la région, avec un résultat attendu en juin 2008 et une généralisation à l'ensemble des territoires de santé dès septembre 2008.

Le PMT est élaboré à partir d'un diagnostic partagé sur les besoins de santé de la population, il contient des propositions destinées à l'ARH dans le cadre de l'élaboration du SROS. Il donne lieu à une animation par les professionnels et établissements de santé du territoire, à un suivi et une évaluation. Il précise les coopérations nécessaires, tant inter établissements, qu'à travers des réseaux de santé, au sein du territoire de santé et de la région.

Le PMT, un outil de cohérence territorial

Le PMT rend cohérent les projets individuels des établissements et des professionnels de santé. Il n'a pas pour objectif de geler toute initiative pour l'avenir mais de fédérer les acteurs de santé qui travaillent ensemble pour mieux répondre aux besoins de la population.
Le projet médical de territoire concerne avant tout l'organisation des soins et peut se mettre en place progressivement; il peut être étendu à des actions plus larges de santé publique si les acteurs concernés le souhaitent.

Le diagnostic partagé

Les travaux du SROS 3 ont permis d'arriver à un diagnostic de territoire qui repose notamment sur:

- **les principales caractéristiques du territoire de santé:** la description de l'offre de soins avec la médecine de ville et le secteur médico-social, les réseaux de santé, ses points forts et ses points faibles, les objectifs prioritaires majeurs pour l'amélioration du dispositif de soins;
- **les opérations de recomposition sur les activités de proximité**: urgences, médecine, chirurgie, obstétrique, soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile, psychiatrie;
- **les opérations de recomposition des plateaux techniques:** réanimation, cardiologie, accidents vasculaires cérébraux, imagerie, assistance médicale à la procréation;
- **les opérations de recomposition concernant les prises en charge de populations spécifiques:** pédiatrie, personnes âgées, insuffisance rénale chronique, cancérologie, soins palliatifs.

Les éléments de ce diagnostic constituent la base de discussion des différents travaux.

Le contenu des PMT

L'Ile-de-France a retenu trois thématiques prioritaires pour élaborer les PMT:

- **les urgences et la permanence des soins** au sens de la circulaire DHOS du 13 février 2007;
- **les filières de soins gériatriques** en application de la circulaire du 28 mars 2007;
- **les opérations de complémentarité et de recomposition** dont la montée en charge est à suivre par rapport aux objectifs définis dans les annexes du SROS.

Les deux premières thématiques sont à aborder essentiellement sous l'angle des coopérations inter établissements ou entre réseaux de santé pour bien respecter les objectifs d'un PMT.

> Fédérer les acteurs de santé

Chaque PMT devra également s'attacher à mettre en œuvre, après accord entre professionnels et établissements de santé, de manière très opérationnelle, les principales opérations de recomposition prévues dans l'annexe au SROS sur les activités de proximité, les plateaux techniques et les prises en charge de populations spécifiques.

Au-delà de ces trois thèmes obligatoires, chaque PMT a la possibilité, en fonction des spécificités de son territoire, de faire le choix de thème optionnel. À titre d'exemple, le territoire 75-3 (Paris Ouest

préfiguration

et Sud) a souhaité ajouter le thème de la prise en charge des addictions à son projet médical.

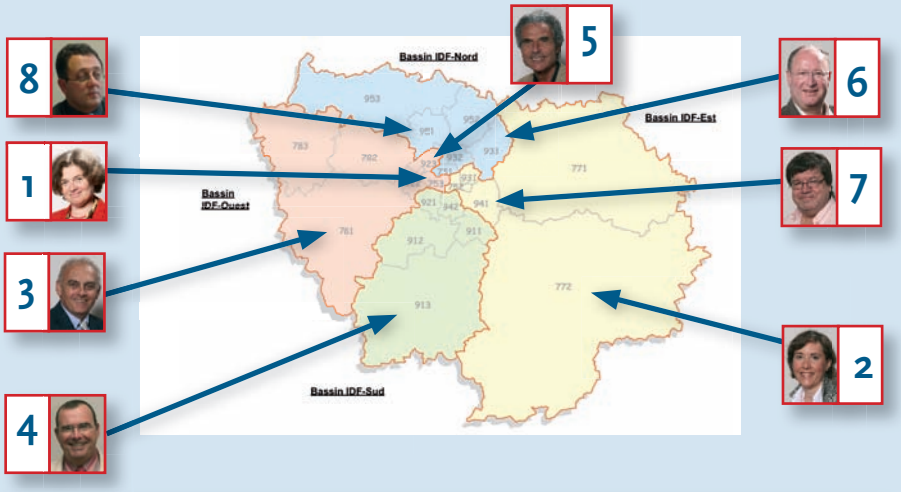
Le calendrier des PMT expérimentaux

La phase expérimentale d'élaboration des huit PMT se déroule de septembre 2007 à mai 2008, sur 9 mois, avec les principales séquences suivantes :

- De septembre 2007 à mars 2008 : installation des conférences de territoire et des comités de pilotage du territoire et lancement des travaux des comités locaux de concertation
- De mars à avril 2008 : élaboration du PMT par le comité de pilotage, sur la base des propositions des comités locaux de concertation
- Mai 2008 : consultation et avis des conférences sanitaires de territoire puis transmission des PMT à l'ARH
- Juin 2008 : saisine de la Commission exécutive de l'ARH et bilan de la phase expérimentale
- Été 2008 : élaboration du cahier des charges définitif des PMT
- Septembre 2008 : généralisation des PMT aux 22 territoires franciliens

La démocratie sanitaire en marche ?

L'expérimentation en cours préfigure la gestion de l'offre de soins par les Agences régionales de santé (ARS). Les élus de l'URML qui participent aux huit projets médicaux de territoire pilotes témoignent de certaines difficultés parfois à être pleinement intégrés au sein des comités de pilotages par les acteurs de l'administration locale… Gageons qu'une fois le système rôdé et la phase de test passée, les médecins libéraux pourront tenir pleinement leur place dans l'offre de soins francilienne.



Les 8 territoires de santé expérimentaux et les 8 représentants URML aux comités de pilotage

75-3 : Paris Ouest et Sud	Dr Marie Laure Alby	1
77-2 : Sud Seine et Marne	Dr Nathalie Leroy	2
78-1 : Versailles – Rambouillet	Dr Jean Philippe Grundeler	3
91-3 : Evry- Etampes	Docteur Jean Pierre Batard	4
92-3 : Nord Hauts-de-Seine	Dr Gérard Genty	5
93-3 : Aulnay – Montfermeil – Clichy	Dr Michel Roueff	6
94-1 : Créteil	Dr Jacques Breton	7
95-1 : Argenteuil	Dr Jacques Grichy	8

Les PMT, une gouvernance à trois niveaux

Les comités locaux de concertation
Dans chaque territoire de santé, un comité local de concertation réunit l'ensemble des acteurs concernés pour rédiger les cahiers des charges et les conventions de partenariat nécessaires à la mise en œuvre des projets d'ici mars 2008.

Le comité de pilotage
Le comité de pilotage du territoire élabore, sur la base des propositions des comités locaux de concertation, le contenu du projet médical définissant l'ensemble des partenariats caractéristiques du territoire. Il est composé de douze membres représentant les établissements de santé, le secteur libéral (URML), le secteur médico-social, l'État (ARH) et l'Assurance maladie.

La conférence sanitaire de territoire
Présidée par un élu local, elle est chargée d'émettre un avis sur les propositions formulées par le comité de pilotage.

Une telle organisation à trois niveaux permet une participation de tous les acteurs sanitaires, médico-sociaux et libéraux participant à la définition du PMT.

Accès aux soins de premiers recours : les premières pistes des EGOS

Septembre 2007 : partout en France les internes sont dans la rue pour défendre leur droit à s'installer librement. Ils réagissent au projet de loi du gouvernement qui vise à garantir un égal accès aux soins grâce à une meilleure répartition des médecins sur le territoire via un encadrement de leur installation. Devant cette levée de bouclier, la ministre de la santé Roselyne Bachelot-Narquin décide de convoquer des états généraux chargés de réfléchir à une nouvelle organisation de la santé, en concertation avec les professionnels et les internes en médecine. Voici leurs premières conclusions.

Roselyne Bachelot-Narquin avait fixé deux objectifs distincts aux états généraux de l'organisation de la santé (EGOS) : d'une part aboutir à *« l'émergence de propositions concrètes visant à structurer et dynamiser l'offre de premier recours »*, et donc préparer la future loi sur la modernisation de l'accès aux soins ; d'autre part *« contribuer à proposer un cadre de réflexion en vue d'une négociation conventionnelle »* prévue pour le premier semestre 2008 avec les organisations représentatives de médecins mais aussi, et c'est nouveau, avec les étudiants, les internes et les jeunes médecins. C'est ce qu'elle écrit le 23 novembre 2007 aux deux pilotes des EGOS, Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) et Yvon Berland, président de l'Observatoire national de la démographie des professionnels de santé.

Deux mois durant, 23 représentants des internes, des chefs de clinique, des médecins et des patients, formant le « groupe de concertation permanent », ont auditionné pas moins de 88 professionnels du monde de la santé et d'élus locaux.
Le 8 février, les EGOS ont été convoqués en Assemblée par la ministre de la Santé. Après avoir laissé les professionnels présenter la synthèse de leurs réflexions et en débattre avec la salle, la ministre de la santé a exposé les propositions concrètes du gouvernement s'appuyant sur leur rapport d'étape. En voici les principales lignes :

Réformer la formation initiale en médecine générale

Afin que la médecine générale ne soit plus un choix par défaut des étudiants en médecine, les EGOS proposent de la promouvoir, en la faisant connaître le plus tôt possible au cours du cursus universitaire. En complément des stages existants, il serait prévu de créer un post-internat salarié de 3 ans à la filière médecine générale, dans une maison pluridisciplinaire de zone sous-dotée. Partant du principe qu'un étudiant s'installe plutôt à proximité de son lieu de formation, il est proposé, à moyen terme de remplacer les épreuves classantes nationales en épreuves classantes interrégionales, assorties de numerus clausus également régionaux et non plus nationaux. Cette dernière mesure ne fait pas l'unanimité notamment du côté des étudiants en médecine qui se sont montrés plutôt hostiles à cette proposition durant les EGOS.

Définir la médecine de premier recours dans le Code de santé publique

Avant de dresser un état des lieux de l'accès aux soins et d'élaborer des solutions pour remédier aux difficultés rencontrées, il est apparu nécessaire de définir « la médecine de premier recours ». La ministre propose donc d'inscrire la définition des missions du médecin de premier recours dans le Code de santé publique. À plus long terme Roselyne Bachelot-Narquin envisage de créer un nouveau schéma régional d'aménagement de l'offre de soins, le SROS de premier recours, à l'échelle du bassin de vie.

Maisons de santé pluridisciplinaires et cabinets secondaires

Selon les déclarations de la ministre, la liberté d'installation des médecins ne devrait pas être remise en cause, c'est un acquis, et le rééquilibrage des installations au profit des zones fragiles s'appuiera sur des incitations dirigées vers les jeunes médecins mais aussi vers leurs confrères installés en zones sur-dotées.
Concrètement, les plus jeunes seront incités à s'installer dans des maisons

de santé pluridisciplinaires. L'État prévoit notamment de favoriser ce type d'exercice avec un plan pour la création d'une centaine de maisons de santé. L'État annonce la possibilité d'un investissement initial de 50 000 euros à chaque projet présenté dans la limite des 100 projets.
Pour faciliter l'installation des jeunes médecins, chaque région sera dotée d'un guichet unique régional d'information et d'aide à l'installation piloté par les missions régionales de santé (MRS). Les médecins de zones sur-dotées seront, eux, incités à ouvrir des cabinets secondaires dans des zones en déficit. À cet effet des contrats territoriaux d'installation pourront être signés entre le médecin, l'assurance maladie et les collectivités territoriales.

Inventer de nouveaux modes de rémunération des médecins

Le groupe de concertation des EGOS a avalisé l'expérimentation prochaine de nouveaux modes de rémunération qui se substitueraient au paiement à l'acte ou le complèteraient, une mesure déjà prévue dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2008. Il s'agira d'évaluer l'efficacité du paiement horaire, du forfait à la pathologie, des incitations financières à l'atteinte d'objectifs de santé publique, de la capitation ou encore du collaborateur salarié.

À l'heure où nous imprimons, la synthèse générale des EGOS intégrant l'organisation des soins prodigués par les médecins spécialistes et les professions paramédicales n'a pas encore eu lieu. Espérons que cette synthèse dessinera une image plus précise et surtout plus complète de « l'offre de premier recours », notion pivot des EGOS dont le sens et les intentions suscitent de nombreuses interrogations parmi les médecins libéraux.

L'offre de premier recours... les médecins libéraux s'interrogent

« Structurer et dynamiser l'offre de premier recours » : l'ambition affichée par le ministère aux états généraux de l'organisation de la santé suscite de nombreuses interrogations parmi les médecins libéraux.

Tout d'abord, une simple question de vocabulaire est sur toutes les lèvres : qu'est-ce que l'offre de premier recours ? Définir une offre de premier recours implique de s'interroger au préalable sur une définition des soins primaires. Quels sont-ils ? Sont-ils accessibles à tous ? Ces soins doivent-ils être prodigués par certaines catégories de médecins seulement, et si oui par lesquelles ? L'annonce de la création de cent maisons pluridisciplinaires dans des zones sous-dotées dès 2008 laisse penser que les « disciplines » de premier recours sont déjà esquissées.

Par ailleurs, exclus de la première phase des Egos, les spécialistes ont de légitimes inquiétudes sur le rôle qui leur sera attribué au final dans la prochaine organisation du système de santé en France. Seront-ils exclus de la médecine de premier recours ? Partie prenante du bon fonctionnement du système de santé, leur expérience et leur rôle n'auraient pu qu'enrichir le débat sur l'offre de premier recours.

L'URML Ile-de-France sera très attentive aux conclusions finales des Egos sur cette notion de premier recours et ses conséquences sur l'organisation et la qualité des soins.

Exercice regroupé : où, qui et comment ?

En annonçant la création d'ici fin 2008 de « cent maisons de santé pluridisciplinaires » dans les zones fragiles, Roselyne Bachelot-Narquin a voulu frapper les esprits : phase de concertation achevée ou pas, les choses bougeront, quoiqu'il arrive, et très vite. Pourtant, les inconnues sont nombreuses d'ici la concrétisation de cet ambitieux projet.

Où seront localisées ces maisons ? La cartographie précise des zones « sous-dotées » ou « fragiles » reste à dessiner. Fin mars, une mission parlementaire menée par le député Christian Paul a été nommée pour déterminer « les zones problématiques ». Son rapport est attendu au plus tard le 15 septembre. Quels seront les professionnels de santé concernés ? La ministre a évoqué, aux côtés des médecins, les infirmières, les kinésithérapeutes et les orthophonistes. Comment seront financées ces maisons ? La mise de départ de 50 000 euros promise par le ministère à chacun des cent projets ne suffira pas à les faire fonctionner longtemps, les professionnels de santé devront donc s'atteler à trouver des financements à long terme.

Des alternatives d'exercice regroupé, plus souples que ces maisons de santé, peuvent être imaginées. Ainsi, le député André Flajolet, chargé d'une mission sur les disparités en matière de prévention, défend-il une organisation de l'exercice de la médecine en « communauté de santé pluridisciplinaire », sous la forme d'un travail en réseau des professionnels.

Faciliter la prescription d'une hospitalisation à domicile (HAD)

Depuis peu, le médecin libéral peut prescrire une HAD sans passer d'abord par un hôpital ou par une consultation hospitalière. Ce dispositif est encore peu utilisé par les médecins. Afin d'en comprendre les raisons, l'ARH d'Ile-de-France mène une expérimentation de régulation de l'offre de soins en HAD sur trois territoires de santé mitoyens : le 75.2 « Paris Est », le 93.1 « Montreuil – Vincennes » et le 94.1 « Créteil ».

Cette expérimentation a **trois objectifs principaux** :
- Faire apparaître les besoins réels en HAD ;
- Permettre aux médecins libéraux de prescrire plus facilement l'HAD ;
- Améliorer la coordination des différents offreurs de prestation HAD.

Les principes de l'expérimentation :
- Sur chaque territoire, le prescripteur d'une HAD contacte un **référent HAD unique** grâce à un numéro de téléphone dédié.
- La **coordination des différentes HAD** présentes sur le territoire est assurée par le référent HAD : le prescripteur mobilise donc en un seul appel l'ensemble des HAD du territoire.

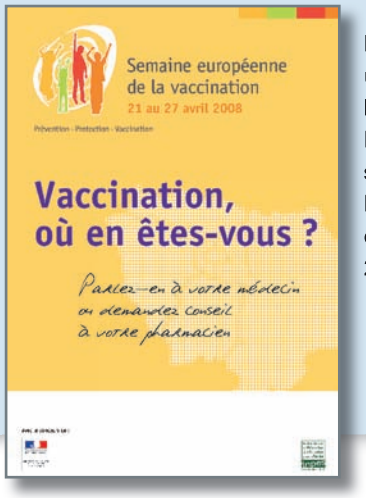
Sur chaque territoire, vous disposez :
- D'un numéro unique ouvert de 10h à 18h, du lundi au vendredi ;
- D'un professionnel de santé capable de procéder à une première évaluation de votre demande d'admission avec vous et en quelques minutes ;
- Ce professionnel de santé relaye votre demande afin que l'HAD vous contacte dans l'heure et élabore avec vous un projet thérapeutique concerté.
- En cas de refus d'HAD, une solution alternative de prise en charge vous sera proposée dans les 24h.

Chacune de vos demandes fait l'objet d'une évaluation sur les délais d'obtention des réponses, sur les délais de la mise en place effective de la prise en charge et sur les raisons des refus éventuels.

Territoires de santé	Numéro du référent HAD
TS 752 – Paris Est	01 49 28 34 08
TS 931 – Montreuil – Vincennes	01 41 72 05 53
TS 941 – Créteil	01 49 93 64 66

N'hésitez pas à utiliser ces numéros, y compris pour des renseignements d'ordre technique.

Semaine européenne de la vaccination, du 21 au 27 avril 2008



Depuis 2005, l'OMS Europe organise chaque année une semaine de promotion de la vaccination. En France, elle a pour objectif d'augmenter la couverture vaccinale de la population en s'attachant à réduire les inégalités dans ce domaine. Dix régions participent cette année à cette semaine de sensibilisation avec en point d'orgue, le 26 avril 2008, des actions menées dans les gares SNCF.

Le site Ile-de-France :
www.semainedelavaccination.fr

Tarifs : information des patients

Les médecins libéraux doivent afficher leurs tarifs dans leur salle d'attente et mentionner leur secteur conventionnel sur leur plaque professionnelle, conformément à un arrêté du 11 juin 1996 qui réglemente l'information des patients.

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
12 rue Cabanis, 75014 Paris
Tél. 01 40 64 14 70
Fax. 01 43 21 80 34
Email : secretariat@urml-idf.org

Directeur de la publication :
Dr Michel Roueff

Secrétaire de rédaction :
Sylvie Courboulay

Comité de rédaction :
Dr J Breton, Dr G Genty, Dr D Girardon, Dr JP Grundeler, Dr R Haiat, Dr R Hanlet, Dr N Leroy, Dr F Prudhomme, Dr A Semerciyan, Dr D. Scimeca, Dr A Vuong, Dr F Wilthien

Numéro ISSN : 1285-4743
Dépôt légal à parution

Conception, réalisation et Impression :
SEPEG
36 rue Marcel Dassault
92 100 Boulogne-Billancourt
Tél. 01 49 10 50 00