

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2001

THESE N° 145/A

UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX
DU LIMOUSIN :
ROLES ET ACTIONS DEPUIS SA CREATION.

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE



présentée et soutenue publiquement le : 8 Octobre 2001

par

Jérôme PELLETIER

Né le 15 Février 1971 à Dax (Landes)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur C. PIVA
Monsieur le Professeur D. BUCHON
Monsieur le Professeur J.-Y. SALLE
Monsieur le Professeur A. VERGNENEGRE
Monsieur le Docteur P.-L. JEANEAU
Monsieur le Docteur G. VIGUE

Président
Juge
Juge
Juge
Membre invité
Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2001

THESE N° 145

UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX
DU LIMOUSIN :
ROLES ET ACTIONS DEPUIS SA CREATION.

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le : 8 Octobre 2001

par

Jérôme PELLETIER

Né le 15 Février 1971 à Dax (Landes)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur C. PIVA
Monsieur le Professeur D. BUCHON
Monsieur le Professeur J.-Y. SALLE
Monsieur le Professeur A. VERGNENEGRE
Monsieur le Docteur P.-L. JEANEAU
Monsieur le Docteur G. VIGUE

Président
Juge
Juge
Juge
Membre invité
Membre invité

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur LASKAR Marc

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

Monsieur le Professeur COGNE Michel

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

*C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel
PHYSIOLOGIE

ADENIS Jean-Paul (C.S)*
OPHTALMOLOGIE

ALAIN Jean-Luc (C.S)
CHIRURGIE INFANTILE

ALDIGIER Jean-Claude
NEPHROLOGIE

ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)
MEDECINE INTERNE

ARNAUD Jean-Paul (C.S)
CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIE

BARTHE Dominique
HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE

BEDANE Christophe
DERMATOLOGIE

BENSAID Julien
CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE

BERTIN Philippe
THERAPEUTIQUE

BESSEDE Jean-Pierre
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

BONNAUD François (C.S)
PNEUMOLOGIE

BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)
DERMATOLOGIE

BORDESSOULE Dominique (C.S)
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION

BOUTROS-TONI Fernand
BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE

CHARISSOUX Jean-Louis
ORTHOPEDIE

CLAVERE Pierre
RADIOTHERAPIE

CLEMENT Jean-Pierre (C.S)
PSYCHIATRIE D'ADULTES

COGNE Michel
IMMUNOLOGIE

COLOMBEAU Pierre (C.S)
UROLOGIE

CORNU Elisabeth
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

COURATIER Philippe
NEUROLOGIE

CUBERTAFOND Pierre (C.S)
CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE

DARDE Marie-Laure (C.S)
PARASITOLOGIE

DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)
PEDIATRIE

DENIS François (C.S)
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE

DESCOTTES Bernard (C.S)
ANATOMIE

DUDOGNON Pierre (C.S)
REEDUCATION FONCTIONNELLE

DUMAS Jean-Philippe
UROLOGIE

DUMAS Michel (C.S)
NEUROLOGIE

DUMONT Daniel
MEDECINE DU TRAVAIL

DUPUY Jean-Paul (C.S)
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

FEISS Pierre (C.S)
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

GAINANT Alain
CHIRURGIE DIGESTIVE

GAROUX Roger (C.S)
PEDOPSYCHIATRIE

GASTINNE Hervé (C.S)
REANIMATION MEDICALE

JAUBERTEAU-MARCOHAN M.Odile
IMMUNOLOGIE

LABROUSSE François (C.S)
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE

LASKAR Marc (C. S)
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

LEGER Jean-Marie
PSYCHIATRIE D'ADULTES

LEROUX-ROBERT Claude (C. S)
NEPHROLOGIE

MABIT Christian
ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

MAUBON Antoine
RADIOLOGIE

MELLONI Boris
PNEUMOLOGIE

MENIER Robert (C.S)
PHYSIOLOGIE

MERLE Louis
PHARMACOLOGIE

MOREAU Jean-Jacques (C.S)
NEUROCHIRURGIE

MOULIES Dominique
CHIRURGIE INFANTILE

NATHAN-DENIZOT Nathalie
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

PERDRISOT Rémy
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE

PHILIPPE Henri Jean (C.S)
GYNECO-OBSTETRIQUE

PILLEGAND Bernard (C.S)
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

PIVA Claude (C.S)
MEDECINE LEGALE
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION

RIGAUD Michel (C.S)
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

ROUSSEAU Jacques
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

SALLE Jean-Yves
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION

SAUTEREAU Denis
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE

SAUVAGE Jean-Pierre (C. S)
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

TREVES Richard (C.S)
RHUMATOLOGIE

TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
CANCEROLOGIE

VALLAT Jean-Michel
NEUROLOGIE

VALLEIX Denis
ANATOMIE

VANDROUX Jean-Claude (C. S)
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE

VERGNENEGRE Alain
EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE PREVENTION

VIDAL Elisabeth (C.S)
MEDECINE INTERNE

VIGNON Philippe
REANIMATION MEDICALE

VIROT Patrice (C.S)
CARDIOLOGIE

WEINBRECK Pierre (C.S)
MALADIE INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS :

BUCHON Daniel
MEDECINE GENERALE

**SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE-CHEF DES SERVICES
ADMINISTRATIFS :**

POMMARET MARYSE

REMECIEMENTS

A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur Claude PIVA,
Professeur des Universités de Médecine Légale,
Professeur des Universités d'Hématologie et Transfusion,
Médecins des Hôpitaux, Chef de Service.

Vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse.

Malgré toutes les sollicitations dont vous faites l'objet,
vous vous êtes rendu disponible pour juger ce travail.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur Daniel BUCHON,
Professeur des Universités de Médecine Générale,
Professeur Associé à mi-temps,

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Par votre enseignement, nous avons pu bénéficier de vos larges connaissances et mieux appréhender la médecine générale.

Votre disponibilité vous honore.

Veillez trouver ici, l'expression de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jean-Yves SALLE,

Professeur des Universités de Médecine Physique et Réadaptation,

Professeur des Universités, Médecin des Hôpitaux,

Nous vous remercions d'avoir bien voulu vous intéresser à notre travail,

Nous sommes très touché de l'honneur que vous nous faites de le juger.

A Monsieur le Professeur Alain VERGNENEGRE,
Professeur des Universités d'Epidémiologie, et de Santé Publique (Epidémiologie,
Economie de Santé, Prévention),
Professeur des Universités, Médecin des Hôpitaux,

Nous sommes très sensible à l'attention que vous avez portée à notre travail.

Nous vous remercions respectueusement d'avoir accepté de le juger.

A notre Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Gilbert VIGUE,

Médecin Généraliste,

Vous êtes à l'origine de cette thèse.

Résident de médecine générale à Dournazac, nous avons pu apprécier la richesse de votre savoir, et la qualité de votre sens clinique ainsi que votre humanité à l'égard des patients.

Votre enthousiasme et vos encouragements nous ont conforté dans notre choix de cette discipline.

Nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Docteur Pierre-Luc JEANEAU,

Chirurgien en Urologie,

Président de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

Nous vous remercions de l'accueil chaleureux que vous nous avez réservé , et de votre contribution à la réalisation de cette thèse.

Nous tenons à vous remercier pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger à notre jury de thèse.

DEDICACES

A Claire, Antoine et Thomas.

A mes parents.

A mes beaux-parents.

A mes sœurs, beaux-frères et nièces.

A mes amis.

A Marie-Claude, Dominique, Marc, Hélène et Marion.

A Maïté Dole pour sa disponibilité.

PLAN

I. Introduction.

II. Mise en place de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

1) Introduction.

2) Histoire de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

3) Reconnaissance d'un jeune organisme par les différentes institutions.

III. Rôles de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

1) Introduction.

2) Textes de loi définissant les Unions Régionales des Médecins Libéraux.

2.1) Loi 93-8 du 4 janvier 1993 : dite loi Teulade.

2.2) Décret 93-1302 du 14 décembre 1993.

2.3) Textes modifiant les lois et décrets.

2.3.1) Le financement de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

2.3.2) Décret 96-206 du 12 mai 1996.

2.3.3) Décret 97-316 du 8 avril 1997.

2.3.4) Ordonnance 2000-548 du 15 juin 2000.

3) Les ordonnances du 24 avril 1996 96-345 et 96-346 dites ordonnances Juppé.

3.1) Ordonnance 96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

3.2) Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

4) L'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin dans les organismes de santé.

4.1) Evaluation des pratiques professionnelles et analyse de l'évolution des dépenses médicales.

Décret 99-1130 du 28 décembre 1999.

4.2) Conseil National et Régional de la Formation Médicale des médecins exerçant à titre libéral.

Décret 96-1050 du 5 décembre 1996.

4.3) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.

Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996.

4.4) Comité Médical Régional.

Art R142-7-1 à Art R142-7-12 du code de la sécurité sociale.

Décret 96-786 du 10 septembre 1996.

4.5) Agence Régionale de l'Hospitalisation.

4.6) Conférence Régionale de la Santé.

4.7) Comité Régional de Gestion du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Villes.

Décret 99-940 du 12 novembre 1999.

4.8) Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

4.9) Observatoire Régional de la Santé.

4.10) Commission Régionale de la Naissance.

4.11) Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies.

5) Rôles de l'Assemblée générale, du bureau et des sections.

5.1) Le bureau.

Le président, le vice-président, le trésorier, le trésorier adjoint, le secrétaire général et son adjoint.

5.2) Les sections.

La section généraliste.

La section spécialiste.

6) Conférence Nationale des Présidents des Unions Régionales de Médecins Libéraux.

7) Différences entre l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin, les syndicats médicaux et l'Ordre des médecins.

IV. Actions réalisées par l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

1) Commissions de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

1.1) Effets du cuivre contenu dans l'eau de boisson (1994-1998).

1.2) Les déchets médicaux.

1.3) Informatique.

a) Communauté virtuelle.

b) AFNOR.

1.4) Action de formation en soins ambulatoires sur la prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée vivant à domicile, et étude de l'impact de cette action de formation.

1.5) Le maintien à domicile.

1.6) Le cas des fractures du col du fémur chez la personne âgée.

1.7) Etude sur les causes environnementales entraînant des chutes avec fractures et contusions au domicile des personnes âgées : étude « parachute ».

2) Commissions des sections.

2.1) Section spécialiste.

2.1.1) Hôpital.

2.1.2) Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

2.1.3) Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.

2.1.4) Evaluation.

2.1.5) Epidémiologie.

DIABCARE.

2.1.6) Commission sur le vieillissement de la population en Limousin.

2.1.7) Commission « médicaments à usage réservé ».

2.2) Section généraliste.

2.2.1) Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.

a) Formation à la prise en charge des comportements agressifs et perturbateurs des déments.

b) Enquête sur les visites à domicile des médecins généralistes.

c) Groupe Régional d'Observation de la Grippe.

2.2.2) Epidémiologie en médecine générale.

a) Nicomed.

2.2.3) Santé publique.

a) Pomiculture et effets sur la population.

b) Permanences des soins et urgences.

c) Vieillesse de la population en Limousin.

d) Maintien à domicile.

3) Représentation de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

3.1) Gynoncolim.

3.2) Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

3.2.1) Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins : (PRAPS).

3.2.2) Comité départemental des hospitalisations psychiatriques en Corrèze.

3.2.3) Comité Départemental de suivi de traitements de substitution de la Toxicomanie.

3.2.4) Commission régionale d'agrément des établissements privés de cure et de prévention.

3.3) Programme Régional de Santé sur le cancer.

3.4) Registre Général des Cancers en région limousine.

3.5) Préfecture.

3.5.1) Délégation Régionale aux Doits des Femmes.

3.5.2) Plan Régional pour la Qualité de l'Air : PRQA.

3.6) Caisse Primaire d'Assurance Maladie : Le comité médical paritaire local.

3.7) Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

3.7.1) La maladie d'Alzheimer.

3.7.2) La prise en charge du diabète non insulino-dépendant.

3.7.3) Comité de suivi des actions de prévention.

3.7.4) Programme régional annuel de la gestion du risque.

a) Prise en charge de la grossesse.

b) Comité de dépistage du cancer colo-rectal.

3.7.5) Dépistage du cancer du sein.

3.7.6) Comité paritaire régional de formation professionnelle

3.7.7) Formation régionale pluri-professionnelle : Les soins palliatifs.

3.7.8) Les hépatites.

V. Mise en parallèle avec les autres Unions Régionales des Médecins Libéraux.

1) Introduction.

2) Etudes.

2.1) Les effectifs.

2.2) Les budgets.

2.3) Les études.

3) Conclusion.

VI. Discussion.

VII. Conclusion.

Liste des sigles :

- ACOSS** : Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale.
- AFNOR** : Association Française de NORmalisation.
- ALURAD** : Association Limousine pour l'Utilisation du Rein Artificiel à Domicile.
- ANAES** : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- ARH** : Agence Régionale de l'Hospitalisation.
- CHRU** : Centre Hospitalier Régional Universitaire.
- CMR** : Comité Médical Régional.
- CMPL** : Comité Médical Paritaire Local.
- CNAM** : Caisse Nationale d'Assurance Maladie.
- CNIL** : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.
- CNFMC** : Conférence Nationale de la Formation Médicale Continue.
- CNS** : Conférence Nationale de Santé.
- CRFMC** : Conférence Régionale de la Formation Médicale Continue.
- CROSS** : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale.
- CRS** : Conférence Régionale de Santé.
- CSMF** : Confédération des Syndicats Médicaux Français.
- DOS** : Document d'Orientation Stratégique.
- DRASS** : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
- FAQSV** : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.
- FMC** : Formation Médicale Continue.
- FMF** : Fédérations des Médecins de France.
- GROG** : Groupement Régional d'Observation de la Grippe.
- MG-France** : Fédération Française des Médecins Généralistes.
- MSA** : Mutualité Sociale Agricole.
- ORS** : Observatoire Régional de la Santé.
- PRAPS** : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins.
- SDO** : Schéma Départemental d'Organisation.
- SML** : Syndicat des Médecins Libéraux.
- SROS** : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.
- UCCSF** : Union Collégiale des Chirurgiens et Spécialistes Français.
- UPML** : Union Professionnelle des Médecins Libéraux.

UPRML : Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux.

URCAM : L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux.

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales.

I. Introduction.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin (URML) a été instituée par la loi du 4 janvier 1993 et le décret du 14 décembre 1993, institution légale de droit privé et d'intérêt public, régionale et professionnelle. Elle représente tous les médecins ayant une activité libérale. L'adhésion est une obligation et chaque médecin concerné contribue à son financement par l'intermédiaire d'une cotisation collectée par l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF). L'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin est comparable à une chambre professionnelle. Elle contribue à la participation et à l'organisation du système de santé au niveau départemental et régional, ainsi qu'à l'évaluation des pratiques professionnelles et à la promotion de la qualité des soins.

Organisme récent à côté de l'Ordre des Médecins et des syndicats médicaux, c'est progressivement que l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin a pris sa place dans les institutions sanitaires de la région et s'est attachée à apparaître comme un partenaire actif des enjeux de santé publique.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin comporte trente membres, issus des syndicats représentatifs ou présents dans la Région, et élus par les médecins libéraux du Limousin (mille trois cent quatre-vingts en 2000). Elle est composée de deux sections (spécialiste et généraliste) et d'un bureau pour mener à bien ses missions.

Il paraît intéressant d'étudier les rôles définis par la loi concernant l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin, de montrer les actions qu'elle a réalisées et de tenter de faire une comparaison avec les autres Unions de France.

II. Mise en place de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

1) Introduction.

Le 26 avril 1994 a lieu l'élection de la première assemblée générale de l'Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux du Limousin, composé de quinze médecins généralistes et de quinze médecins spécialistes issus de cinq syndicats (FMF, CSMF, MG-France, UCCSF et SML).

2) Histoire de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

L'Union s'installe progressivement après les élections, les organes institutionnels sous l'impulsion de son Président sont mis en place sans difficulté, et sont représentatifs des tendances syndicales du moment. Conformément aux missions fixées par la loi, l'Union met en place des commissions permanentes de travail sur les thèmes suivants : le maintien à domicile, la permanence des soins, la prévention, l'épidémiologie, les plateaux techniques, les médicaments à usage réservé, les déchets médicaux et le vieillissement de la population en Limousin. Le travail de l'Union se porte essentiellement sur des sujets pragmatiques (formation médicale continue, problèmes liés à l'informatisation des cabinets médicaux) dans un premier temps puis sur des réflexions sur elle-même, notamment le champ d'action qu'elle peut avoir dans le cadre de ses missions.

En 1997 conformément à la loi sur la durée des mandats des membres du bureau et des sections, un renouvellement des équipes a lieu non sans difficultés car des divergences entre syndicats apparaissent sur la représentativité du bureau. Cette situation se traduit par une opposition des élus de MG-France aux principales orientations de L'Union. Le décret du 8 avril 1997, amène l'assemblée générale à accroître l'autonomie financière des sections, mais des dissensions syndicales internes entraînent le blocage du bureau de la section généraliste et de son travail en médecine ambulatoire jusqu'à l'élection de 2000.

L'Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux du Limousin (UPRMLL) devient l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin (URML) en 1999, et fait l'acquisition de locaux en 1998 pour son siège à Limoges rue Pétiniaud Dubos.

Les réunions de l'assemblée générale, après avoir rassemblé la quasi-totalité des élus, se sont stabilisées à une fréquentation de soixante-quinze pour cent. L'assemblée générale détient la capacité d'initiative consacrée par le vote des budgets afférents aux commissions ou à la participation à des programmes engagés par d'autres structures.

Sur le plan des actions, ce sont les thèmes intéressant les médecins généralistes qui ont été développés les premières années en majorité, les médecins spécialistes ont cependant participé à des commissions mixtes ou représenté l'URML dans différents groupes de travail.

Le démarrage des commissions a été progressif. Ce n'est qu'en 1996 qu'elles vont se constituer véritablement, abordant les thèmes d'organisation des soins (permanence des soins, plateaux techniques), de santé publique régionale (prestation expérimentale dépendance, soins palliatifs, maintien à domicile, épidémiologie) et de médecine libérale (FMC, poids économique de l'activité en médecine libérale, les déchets médicaux).

3) Reconnaissance d'un jeune organisme par les différentes institutions.

Dès l'origine, l'URML du Limousin a considéré son insertion institutionnelle comme un gage de reconnaissance et de réussite, et ce n'est que dans un deuxième, temps lors du renouvellement du bureau et du président en 1997, que cet objectif a été atteint, facilité par la création de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) et de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

Dans le domaine de l'organisation des soins au sein du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), l'URML participe aux groupes de travail du SROS et permet ainsi une discussion entre les représentants de la médecine ambulatoire et des praticiens travaillant dans les cliniques privées de la région. Le travail est fructueux tout d'abord mais devant le manque de prises en compte de ses remarques dans le document définitif du SROS, l'URML décide de ne plus y participer en 2000.

L'URML du Limousin a une action importante dans le domaine de la santé publique, et le travail effectué en collaboration avec la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) semble satisfaisant pour les deux parties car la présence de représentants de la médecine libérale constitue un apport précieux pour les services de l'Etat.

III. Rôles de L'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

1) Introduction.

Nées de la nécessité ressentie par l'Etat d'avoir un outil au service des médecins dans le domaine de l'évaluation et de l'abord médico-économique, les Unions Professionnelles des Médecins Libéraux (UPML) ont été instaurées par la loi Teulade. Ce sont des organismes de droit privé et d'intérêt public régis par la loi du 4 janvier 1993 et le décret du 14 décembre 1993, à côté des syndicats qui assurent la défense de

la profession et de l'Ordre des médecins garant de l'éthique et de la déontologie. Les Unions contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

Les ordonnances d'avril 1996 ont renforcé le rôle des Unions Professionnelles des Médecins Libéraux dans le paysage de la représentation des médecins : On retrouve les membres des Unions dans le comité de pilotage des Conférences Régionales de Santé et de la Conférence Nationale de Santé. Les Unions jouent un rôle important dans la Formation Médicale Continue (FMC) puisqu'elles sont reconnues comme quatrième composante dans les comités nationaux et régionaux de la Formation Médicale Continue. Par ailleurs à l'ANAES on retrouve au Conseil d'administration et au Comité scientifique des représentants des Unions. L'institutionnalisation des rapports entre les Unions et les Unions Régionales des Caisses d'Assurances Maladies est soulignée dans les ordonnances de 1996 et dans la loi de financement de la Sécurité Sociale de 1999 notamment.

2) Textes de loi définissant les Unions Régionales des Médecins Libéraux.

2.1) Loi 93-8 du 4 janvier 1993 : dite loi Teulade.

La loi du 4 janvier 1993, relative aux relations entre les professions de santé et l'Assurance Maladie, crée dans chaque région une union des médecins exerçant à titre libéral qui est un organisme de droit privé (article 5).

Les Unions contribuent à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.

Elles participent à :

- a) l'analyse et l'étude relatives au fonctionnement du système de santé et à la promotion de la qualité des soins, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux.
- b) la coordination avec les autres professionnels de santé.
- c) l'information et la formation des médecins et des usagers.
- d) l'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins.
- e) l'organisation et régulation du système de santé.
- f) la prévention et action de santé publique (article 8).

Ses membres sont élus pour une durée de six ans par les médecins exerçant à titre libéral, en activité dans le régime conventionnel, et les candidatures sont présentées par une organisation syndicale représentative, régionale ou nationale de médecins généralistes ou de médecins spécialistes. Deux collèges d'électeurs sont constitués : un collège de médecins généralistes et un collège de médecins spécialistes (article 6).

Les Unions perçoivent une contribution versée à titre obligatoire par chaque médecin exerçant à titre libéral en activité dans le régime conventionnel (article 9).

2.2) Décret 93-1302 du 14 décembre 1993.

Le décret d'application relatif aux Unions régionales des médecins exerçant à titre libéral est entré en vigueur le 15 décembre 1993. Ainsi l'Union régionale a son siège au chef-lieu de la région (article 1), elle participe aux actions engagées notamment par l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de l'assurance maladie. En outre, les Unions assument les missions qui leur sont confiées par la ou les conventions nationales, et les organisations syndicales représentatives des médecins.

Les Unions peuvent prendre des initiatives dans les domaines suivants :

a) Analyses et études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie et à l'évaluation des besoins médicaux.

b) Coordination avec les autres professionnels de santé.

c) Information et formation des médecins et des usagers (article 2).

Chaque Union régionale est administrée par une assemblée composée du collège des médecins généralistes et spécialistes élus, en nombre égal (Schéma 1).

Les fonctions de membres de l'assemblée sont exercées à titre gratuit. Toutefois les membres de l'assemblée perçoivent pour leur activité le remboursement des frais de déplacement et de séjour, ainsi qu'une indemnité forfaitaire destinée à compenser la réduction de l'activité professionnelle entraînée par ces fonctions (article 7).

L'assemblée élit en son sein un bureau comprenant un président et un vice-président, un trésorier et un trésorier adjoint, un secrétaire et un secrétaire adjoint. Les membres du bureau sont élus pour trois ans et rééligibles. Elle établit un règlement intérieur qui fixe notamment les règles de fonctionnement de l'assemblée et du bureau, les conditions du remboursement des frais de déplacement et des

indemnités, l'organisation du service, la nature et le nombre d'emplois permanents (article 8).

L'Union est composée d'une section généraliste et d'une section spécialiste qui élisent en leur sein un président, un vice-président, et un secrétaire. Ces postes sont renouvelés après chaque nouveau bureau de l'assemblée de l'Union (article 13).

Les élections des membres des assemblées des Unions ont lieu à la même date dans toutes les régions (article 14), le vote se fait par correspondance (article 15), la commission d'organisation électorale comprenant le préfet de région, des médecins, le directeur de La Poste et le Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales, établit les listes électorales et organise les élections. Les listes des candidats sont présentées dans leurs collèges respectifs par l'une des organisations syndicales nationales représentatives, ou par toute organisation syndicale nationale qui compte des adhérents dans la moitié au moins des départements de la région (article 16).

Les Unions établissent annuellement un budget prévisionnel de leur opération de recettes et de dépenses et une commission de contrôle à laquelle est adjoind un commissaire aux comptes est nommée par les élus chaque année (article 33).

Le produit de la contribution est réparti entre les unions, 40 pour cent à part égale et 60 pour cent au prorata du nombre de leurs électeurs.

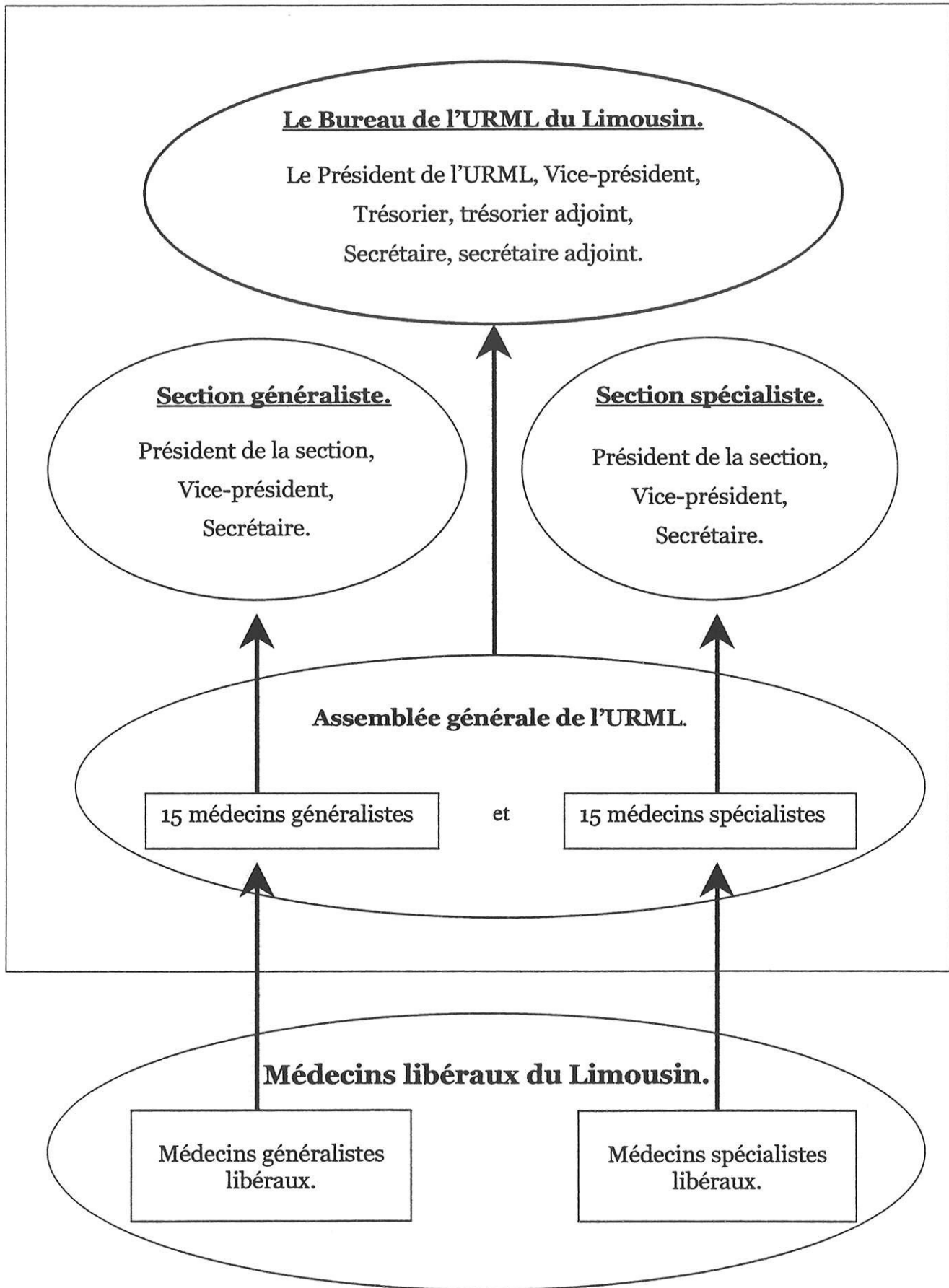


Schéma 1 : Organigramme des représentants de l'URML du Limousin.

→ : Elisent.

2.3) Textes modifiant les lois et décrets.

2.3.1) Le financement de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

Décret 94-612 du 20 juillet 1994,

Décret 93-1302 du 14 décembre 1993,

Art L. 4134-6 du code de la santé publique.

Le financement de l'Union est assuré par une contribution versée à titre obligatoire par chaque médecin conventionné, le taux de la contribution est fixé à 0,5 pour cent du montant annuel du plafond des cotisations de la sécurité sociale, ce qui représente à peu près sept cent soixante francs par médecin.

Elle est recouvrée et contrôlée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de la sécurité sociale, elle est versée à l'Union en une seule fois le 13 août de l'année en cours par l'Agence Centrale des Organismes de sécurité Sociale (ACOSS).

Quarante pour cent de la contribution est répartie à part égale entre toutes les Unions et soixante pour cent au prorata du nombre des électeurs des Unions.

L'Union peut également recevoir au titre des missions dont elle a la charge, des subventions et des concours financiers divers.

On note une régression des prélèvements ces trois dernières années sans explications de l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) malgré un nombre constant de médecins libéraux dans la région et en France. Le rattrapage des sommes non perçues est en cours.

L'URML d'Auvergne a réalisé une étude sur le versement de la contribution de 0,5 pour cent par les médecins libéraux qui montre que 1 à 1,5 pour cent des médecins libéraux est en contentieux avec l'URSSAF pour le versement de cette contribution.

2.3.2) Décret 96-206 du 12 mars 1996.

Ce décret modifie le décret 93-1302 du 14 décembre 1993, notamment l'article 6 portant sur la vacance de siège pour cause d'annulation et l'article 11 sur la représentation des membres en assemblée pour qu'elle délibère. Il précise qu'en cas d'annulation de l'élection de membre d'un ou des deux collègues, composant l'assemblée d'une union, une délégation spéciale chargée de l'administration de l'union, limité aux actes d'administration conservatoires et urgents, est nommée par le Préfet de Région.

Ce décret fait suite à l'annulation des élections de l'URML de Provence Alpes Côtes d'Azur en juin 1994 dû à une anomalie dans la distribution du courrier.

2.3.3) Décret 97-316 du 8 avril 1997.

Ce texte modifie le décret 93-1302 du 14 décembre 1993 portant sur les conditions de remboursement des frais et des attributions d'indemnités, ainsi que sur la nomination d'emploi par le président de section. Le décret précise que les sections (généralistes et spécialistes) conduisent à leur initiative des actions spécifiques aux médecins généralistes et spécialistes, et institutionnalise l'indépendance des sections à l'art. 13-3 qui permet à chaque section de disposer d'une fraction égale du budget annuel déterminée par l'assemblée de l'Union de l'ordre de 15 à 20 pour cent du budget annuel de l'Union. Il met en place des commissions de coordination composées des membres du bureau de l'Union et des bureaux des sections généraliste et spécialiste, qui ont pour rôle de veiller à l'harmonisation des actions de l'Union et des sections.

2.3.4) Ordonnance 2000-548 du 15 juin 2000.

Les articles 5 à 10 de la loi 93-8 du 04 janvier 1993 sont abrogés. Ils restent présents dans le code de la santé publique Art. L.4134-1 à L.4134-7.

3) Ordonnances 96-345 et 96-346 dites ordonnances Juppé.

3.1) Ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

L'ordonnance se propose de garantir la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses par une plus grande clarification des responsabilités des acteurs.

L'ordonnance fixe le cadre global dans lequel doivent se réaliser les dépenses d'Assurance Maladie. Les priorités sanitaires sont définies par les conférences de santé, qui se situent au niveau national et régional. Ces Conférences réunissent les professionnels de santé tant libéraux que salariés. Sur la base notamment des travaux réalisés dans les régions et des contributions des organismes de recherche, la Conférence nationale de santé élabore un rapport destiné à éclairer le Parlement. Les objectifs annuels de dépenses de l'Assurance Maladie sont fixés par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale. Le cadre ainsi défini, les engagements réciproques de l'Etat et des caisses nationales sont déterminés par convention, étant

entendu que les objectifs annuels de dépenses de l'Assurance Maladie sont opposables aux médecins libéraux. C'est ainsi que les caisses et les professionnels de santé sont appelés à définir des programmes de bon usage des soins au plan national ou local, dont la réussite ouvrira à un intéressement des professionnels. S'agissant des médecins eux-mêmes, leur formation médicale continue cesse d'être facultative, elle constitue désormais un devoir professionnel. Le Conseil national et régional de la formation médicale continue en assure les fonctions, les Unions régionales des médecins libéraux y sont actives.

Enfin l'ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 renforce le rôle du contrôle médical par l'intermédiaire du Comité Médical Régional.

3.2) Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

L'objectif est d'assurer l'accès de tous les malades à des soins hospitaliers de bonne qualité et de sécurité dans le respect des objectifs de dépenses remboursables fixés par le Parlement.

Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) définissent et mettent en œuvre la politique régionale d'offre et de soins hospitaliers (autorisation, retraits d'autorisation, modifications de l'autorisation, limites des secteurs sanitaires, Schéma Régional d'Organisation Sanitaire SROS). Pour réaliser leurs objectifs, les Agences disposent du moyen de réguler l'offre régionale de soins hospitaliers, en s'appuyant sur les travaux des Conférences régionales de santé et des Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale (CROSS).

L'ordonnance crée une Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) qui d'une part reprend les missions précédentes de l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) en ce qui concerne l'évaluation des pratiques professionnelles et d'autre part accrédite les établissements hospitaliers publics et privés.

Dans l'exercice de l'activité médicale, l'ordonnance comporte aussi des dispositions substantielles qui prévoient des actions expérimentales sous la forme de filières ou de réseaux de soins organisés à partir des médecins généralistes.

Les Unions régionales des médecins libéraux à différents niveaux interviennent dans l'organisation de la politique de santé.

4) L'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin dans les organismes de santé.

4.1) Évaluation des pratiques professionnelles et analyse de l'évolution des dépenses médicales.

Décret 99-1130 du 28 Décembre 1999.

Ce sont les Unions et surtout les sections qui auront la responsabilité de l'évaluation, obligatoirement pratiquée par des pairs. L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles a pour but d'améliorer la qualité des soins, celle-ci est réalisée à la demande du praticien et lui permet de disposer d'une appréciation et de recommandations formulées par ses pairs, sur la qualité de ses pratiques en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique.

L'évaluation est réalisée par un ou des médecins habilités par le Directeur de l'ANAES, formés par l'ANAES, et elle est menée à partir de guides d'évaluation professionnelle.

Les sections constituant les URML :

- a) Assurent la diffusion des guides d'évaluation auprès des médecins,
- b) Reçoivent les demandes des médecins intéressés par leur évaluation, et les récusations des médecins habilités,
- c) Organisent localement ces évaluations,
- d) Informent le Conseil départemental de l'Ordre des médecins au tableau duquel le médecin évalué est inscrit que celui-ci a suivi un cycle d'évaluation de sa pratique médicale et dont il peut faire état,
- e) Assurent le remboursement des frais de déplacement et une indemnité forfaitaire destinée à compenser la réduction de l'activité professionnelle des médecins évaluateurs,
- f) Transmettent annuellement à l'ANAES un rapport d'activité sur l'évaluation et proposent toute mesure visant à améliorer les pratiques professionnelles et la formation continue,
- g) Peuvent demander à l'ANAES l'élaboration ou la validation de méthodes de recommandation ou référentiels en matière de pratiques professionnelles (Art.R.791-1-5 du code de la santé).

L'évaluation individuelle et collective des pratiques professionnelles est organisée par les sections des Unions et celles-ci assurent les frais de déplacement et

les indemnités forfaitaires destinées à compenser la réduction de l'activité professionnelle des médecins habilités (Art. 7.).

Concernant l'évaluation des médecins n'exerçant pas d'activité médicale à titre libéral, les modalités d'application ne sont pas encore fixées par le Directeur de l'ANAES en accord avec l'assemblée plénière du Conseil scientifique de l'ANAES.

Tout médecin ayant une activité médicale depuis au moins cinq ans peut faire la demande pour devenir médecin habilité à exercer l'évaluation des pratiques, selon des modalités qui ne sont pas encore définies par l'assemblée plénière du Conseil scientifique de l'ANAES.

Lorsqu'au cours de l'évaluation sont constatés des faits ou manquements mettant en jeu la sécurité des patients, il est signalé au médecin évalué les observations des évaluateurs qui proposent des mesures correctrices et assurent le suivi. En cas de refus ou de persistance des faits du médecins évalués, il est transmis immédiatement un constat circonstancié au Conseil départemental de l'Ordre des médecins par les médecins évaluateurs.

En Limousin, trois médecins sont actuellement des correspondants de l'ANAES habilités à évaluer les pratiques professionnelles. Le coût de l'évaluation dépend du nombre de médecins évaluateurs et du nombre de demi-journées d'évaluation, et il a été estimé à quatre ou six milles francs par médecin évalué. Ce coût est à la charge de la section (généralistes ou spécialistes) de l'URML du Limousin. Il n'existe pas actuellement de budget spécifique à cette attribution ce qui risque de poser des choix importants dans les priorités des sections notamment si un nombre important de médecins font la demande d'évaluation de leurs pratiques. L'article 7 du décret prévoit le remboursement des frais de déplacements et d'une indemnité forfaitaire pour tous les médecins évaluateurs par les sections des URML, sans faire de distinction entre les médecins évalués c'est-à-dire exerçant ou non une activité médicale à titre libéral. Le Directeur de l'ANAES n'a arrêté à ce jour aucune modalité d'application.

Les sections des Unions organisent l'évaluation collective des pratiques afin d'améliorer la qualité des soins, les médecins habilités perçoivent des sections le remboursement des frais de déplacement et une indemnité forfaitaire.

Concernant l'analyse de l'évolution des dépenses médicales, les sections reçoivent les données nécessaires des URCAM. Les sections réalisent trimestriellement l'analyse en présentant l'activité et les prescriptions des médecins par spécialités au niveau régional et départemental, ainsi que la comparaison entre

les données départementales, régionales et nationales. En Limousin, la section généraliste reçoit les données transmises par l'URCAM mensuellement, elles comportent pour la région les dépenses médicales en rapport au V, C, K, KE, KC, Z, les frais de déplacement, les forfaits scanner, IRM, les analyses médicales, les auxiliaires médicaux, les actes de prélèvement, le tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS) et les transports. L'absence de données relatives aux dépenses de santé des spécialistes par spécialités et pour la région est un point de conflit avec l'URCAM témoignant d'une difficulté technique pour effectuer le recueil de ces données ou d'un manque de volonté.

4.2) Conseil national et régional de la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral.

Décret 96-1050 du 5 décembre 1996.

Les Unions interviennent au niveau national dans le Conseil national de la formation continue où ils sont représentés par cinq médecins généralistes et cinq médecins spécialistes, membres des Unions des médecins exerçant à titre libéral, et nommés par le Ministre chargé de la santé.

Le Conseil national de la formation continue :

- a) Elabore les thèmes de formation continue,
- b) Recense les moyens nationaux de formation,
- c) Etablit le barème qui permet aux médecins de se conformer à l'obligation de formation médicale continue,
- d) Répartit les ressources affectées à la formation médicale,
- e) Valide les projets de formation médicale.

Le décret 96-1050 du 5 décembre 1996, définit également le Conseil régional de la formation médicale continue, qui est composé notamment de huit représentants de l'Union Régionale des Médecins Libéraux dont quatre généralistes et quatre spécialistes, nommés par le Préfet de Région.

Le Conseil régional de la formation médicale continue :

- a) Recense l'ensemble des moyens de formation à caractère régional, et apprécie leur valeur scientifique et pédagogique,
- b) Délivre pour chaque médecin l'attestation de ses activités de formation médicale continue,
- c) Établit chaque année un rapport sur la formation médicale qui rend compte de la qualité, de l'impact et de la mise en œuvre de la politique de la formation médicale continue.

4.3) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES).

Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996,

Décret 97-311 du 7 avril 1997,

Décret 98-225 du 27 mars 1998.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé a pour mission de favoriser le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et de mettre en œuvre les procédures d'accréditations. En fonction des données de la science, l'ANAES élabore et actualise les références médicales, les références professionnelles et les recommandations de bonnes pratiques.

Le Conseil d'administration de l'ANAES comprend huit représentants des Unions des médecins exerçant à titre libéral dont deux médecins généralistes et deux spécialistes nommés après avis des présidents des unions sur proposition des présidents des dites unions, ils sont nommés par arrêté du ministre chargé de la santé pour une durée de quatre ans.

Le Conseil scientifique de l'ANAES est composé de la section de l'évaluation et de la section de l'accréditation. Dans chacune d'elle est nommée un médecin sur proposition des Présidents des Unions Régionales des Médecins Libéraux, pour une durée de trois ans.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux :

a) Diffuse les recommandations de bonnes pratiques cliniques de l'Agence (concernant les soins et les prescriptions inutiles ou dangereuses) aux médecins libéraux.

b) Peut demander à l'ANAES l'élaboration ou la validation de méthodes de recommandation ou référentiels en matière de pratiques professionnelles.

Concernant les nominations des représentants des Unions Régionales des Médecins Libéraux, un système complexe de proposition de candidats était réalisé par les présidents de sections aux présidents d'Unions au début de l'ANAES, puis la Conférence des Présidents d'Unions, instance nationale des Unions, a été chargée de nommer les représentants au Conseil d'administration et au Conseil scientifique de l'Agence pour les sections d'accréditation et d'évaluation.

La Conférence nationale des Présidents et l'ANAES travaillent ensemble dans le cadre de l'application du décret du 28 décembre 1999 portant création du dispositif d'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux (évaluation individuelle ou collective dont l'organisation est à la charge des sections des URML).

4.4) Comité médical régional (CMR).

Art R142-7-1 à Art R142-7-12 du code de la sécurité sociale.

Le Comité Médical Régional a été créé par l'ordonnance 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Le service du contrôle médical de la CPAM le saisit en cas :

- a) De non-respect des règles d'établissement des feuilles de soins et des ordonnances destinées aux assurés reconnus d'une affection de longue durée,
- b) De non-respect des règles de prescription de médicaments,
- c) De non-respect des conditions de prise en charge des frais de transport,
- d) Du non-respect de l'attribution d'indemnités journalières par un médecin conventionné.

Le Comité Médical Régional est constitué du médecin inspecteur régional, président du CMR, de deux médecins-conseils et de deux membres du CMR désignés par la section généraliste et spécialiste de l'Union Régionale des Médecins Libéraux ainsi que leurs suppléants, pour une durée de trois ans. Le siège du CMR est prévu dans les locaux de l'URCAM. Le comité se réunit en deux formations distinctes selon qu'il s'agisse de médecins généralistes ou spécialistes, et il ne peut valablement statuer que si au moins trois de ses membres sont présents.

Après l'exposé du rapporteur chargé de procéder à l'instruction d'une affaire, d'une consultation extérieure complémentaire possible, et de la délibération du CMR avec le médecin mis en cause, un avis est rendu par le comité. Les peines encourues sont pécuniaires et redevables à la CPAM et la sanction est exécutoire d'emblée.

En 1996, le Comité Médical Régional est mis en place très rapidement. Les Unions ont fait remarquer que leur rôle dévolu au sein du CMR est totalement absent de la loi du 4 janvier 1993 et du décret du 14 décembre 1993 et que leur présence apparaissait comme une simple caution dans sa fonction de sanction dudit Comité (pas de parité avec les autres membres siégeant au CMR).

La section des généralistes a statué à plusieurs reprises, mais en 1998 les deux membres titulaires et un suppléant de la section des médecins généralistes ont demandé à être déchargés de leurs fonctions. A ce jour aucun élu de la section généraliste de l'URML du Limousin ne s'est porté candidat au CMR, en effet on lui reproche d'être une juridiction d'exception.

La section des spécialistes est toujours en place et n'a jamais été sollicitée pour statuer sur un dossier depuis l'instauration des CMR.

4.5) Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH).

Article L6115-1 à L6115-10 du code de la santé publique.

Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, article 10.

L'article 10 de l'ordonnance du 24 avril 1996 institue l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, instrument juridique nouveau au cœur de la réforme hospitalière. L'ARH est un groupe d'intérêt public constituée entre l'Etat et l'Assurance Maladie, autonome administrativement et financièrement. Elle est chargée de deux missions essentielles :

- a) Définir et mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers,
- b) Analyser et coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et déterminer leurs ressources.

La commission exécutive de l'ARH est compétente en matière d'autorisations et de contrats pluriannuels, mais délibère également sur les orientations relatives à l'allocation de ressources des établissements de santé après avis du Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Social (CROSS). Le directeur prend l'avis de la commission pour arrêter la carte sanitaire et le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (SROS).

Le Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire détermine la répartition géographique des installations et activités qui permet d'assurer une satisfaction optimale des besoins de la population. Cette analyse réglementaire qui indique les

opérations à réaliser doit se faire dans une grande concertation avec les professionnels bien sûr, mais aussi les usagers et les politiques.

4.6) Conférence Régionale de la Santé.

Décret 97-360 du 17 avril 1997.

A la suite du rapport du Haut Comité de Santé Publique sur la Santé en France, le Ministre délégué à la Santé a annoncé la tenue dans chaque région d'une Conférence Régionale afin de permettre de décliner les priorités nationales en fonction des spécificités de chaque région. Le Ministre chargé de la santé réunit chaque année une Conférence Nationale de Santé qui a pour objet :

- b) D'analyser les données relatives à la situation sanitaire de la population et à l'évolution des besoins de santé,
- c) De proposer les priorités de la politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins.

La Conférence Régionale Santé analyse l'évolution des besoins en santé et procède à l'examen des données relatives à la situation sanitaire et sociale de la population propre à la région. Elle établit les priorités de santé publique de la région qui peuvent faire l'objet de programmes dont l'élaboration et la mise en œuvre sont coordonnées par le Préfet de Région, et fait des propositions pour améliorer l'état de santé de la population dans le domaine sanitaire et les domaines médico-social et social.

Il apparaît que les missions de la Conférence se superposent aux missions confiées aux Unions par la loi, c'est pourquoi les Unions doivent jouer un rôle de partenaire actif en participant à la conception, à l'analyse, aux conclusions et à la mise en œuvre des actions des Conférences Régionales et de la Conférence Nationale de Santé.

Le rapport de la Conférence Régionale est transmis à la Conférence Nationale de santé à l'ARH, à l'URCAM et à l'URML du Limousin. La Conférence Régionale de Santé est composée de plusieurs membres dont un groupe de professionnels de santé où l'URML est représentée.

Le jury de la Conférence Régionale de Santé est composé de dix membres dont un représentant de l'URML du Limousin. Ce jury est désigné par le Préfet de Région et il a pour mission d'établir les conclusions et recommandations de la Conférence.

La Conférence Régionale de Santé se réunit une fois par an et elle est publique.

En 1996, les représentants de l'URML ont été sollicités dans le cadre d'une enquête préliminaire sur les priorités en santé publique pour l'établissement de la première Conférence Régionale de Santé. Le membre du jury représentant l'URML du Limousin a participé au comité de suivi de la Conférence, pour examiner l'organisation et le fonctionnement du comité de suivi et le lancement des groupes de travail sur le type de « programmation stratégique des actions de santé ». Les problèmes de santé retenus par le jury étaient :

- Handicaps et dépendance,
- Le cancer.

En 1997, le jury met l'accent sur l'amélioration des systèmes d'information et d'orientation de santé publique, sur le handicap et la dépendance des personnes âgées en ou hors institution, sur les cancers avec mise en place du Programme régional de lutte contre le cancer, et le Registre des cancers en Limousin. Il reprend le thème de la Conférence Nationale de Santé, prévention et promotion de la santé de l'enfance à l'adolescence.

En 1998, la Conférence Régionale de Santé reprend les idées des thèmes précédents et entame une action en direction des personnes âgées à propos des handicaps sensoriels, lance une réflexion sur l'adaptation de l'habitat en vue du maintien à domicile des personnes âgées.

En 1999, il est mis l'accent sur la réduction des inégalités interrégionales d'offre de soins, la conférence fait part de l'état d'avancement du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) des plus démunis. Le membre du jury de la Conférence participe au groupe de travail « prospectives » concernant la question : liens sociaux et états de santé, quelles relations.

En 2000, le jury prend acte du travail effectué et précise les actions qu'il souhaite voir réalisées au cours de l'année 2001 :

- Affirmer la spécificité du travail gériatrique au moyen d'une charte de l'aide aux aidants,
 - Poursuivre le travail sur la sensorialité des personnes âgées,
 - Développer les services d'ergothérapeutes dans la région,
 - Continuer les travaux mettant en place un système de veille sur les démences et les troubles neuro-sensoriels,
- Mettre en place à titre expérimental au niveau régional un recueil d'informations sur les patients en regroupant des données issues des secteurs ambulatoires et des secteurs hospitaliers,

- Actions de prévention, de dépistage, de prise en charge du patient et de son entourage et amélioration des connaissances dans le programme régional de santé « lutte contre le cancer »,
- Place des usagers dans la Conférence Régionale de Santé,
- Prévention de la santé par l'amélioration du lien social.

4.7) Comité régional de gestion du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV).

Décret 99-940 du 12 novembre 1999.

Le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) participe à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville et contribue au financement d'action concourant notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation, à la mise en place et au développement de formes coordonnées de prise en charge et notamment des réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. La gestion du fonds d'aide à la qualité des soins de ville est exercée par un Comité national de gestion placé au sein de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés et par des comités régionaux de gestion.

Dans chaque région, au sein de l'URCAM est créé un comité régional de gestion du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, présidé par le président de l'URCAM. Il comprend trente-deux membres dont quatre membres de l'URML du Limousin (deux membres désignés par la section généraliste et deux par la section spécialiste) nommés pour une durée de trois ans, parmi les onze professionnels de santé exerçant à titre libéral.

Le comité :

- Donne son avis sur les conditions d'attribution des aides sur la base des orientations arrêtées par le Comité national de gestion,
- Fixe des orientations régionales,
- Suit l'exécution des aides attribuées à partir de l'état semestriel présenté par le directeur de l'URCAM,
- Etablit chaque année un budget prévisionnel.

Un bureau est constitué, il est présidé par le président du comité et comporte six membres, il attribue les aides sur la base des orientations arrêtées par le comité régional. On retrouve au bureau du Comité régional de gestion du Fonds d'Aide à la

Qualité des Soins de Ville, deux représentants des professionnels et des établissements de santé dont un élu de l'URML du Limousin.

Le budget du fonds d'aide est de huit millions cent quatre-vingt-dix mille francs pour la région limousine et de cinq cents millions en 1999 au niveau national.

En 2000, différents projets ont été acceptés notamment :

- Le réseau Oncorèse portant sur la promotion de la coordination des soins et de la coopération des professionnels,
- Le Groupement Régional d'Observation de la Grippe,
- Le réseau hématologie d'amélioration des pratiques professionnelles entre les laboratoires de ville et le CHRU de Limoges,
- Le projet de l'association des médecins généralistes pour le développement de l'informatisation et de la télétransmission en Haute-Vienne concernant la création, le développement et le suivi de l'informatisation des médecins généralistes dans le département de la Haute-Vienne,
- La coordination gérontologique de Seilhac visant à la promotion de la coordination des soins et de la coopération.

En 2001, le bureau a accordé des aides pour :

- Un réseau de permanence des urgences médicales libérales sur Tulle et Brive,
- Le réseau Oncorèse,
- Le projet de formation à la prise en charge des comportements agressifs et perturbateurs chez le patient dément (le promoteur est l'URML du Limousin),
- Le projet d'enquête sur la visite à domicile des médecins généralistes (Le promoteur est l'URML du Limousin).
- Le projet de formation pluri-professionnelle en soins palliatifs (Réseau secteur public et libéral), proposé par l'URML du Limousin.

La mise en place du FAQSV s'est faite avec beaucoup de retard, le décret nécessaire à son installation n'est paru que le 14 novembre 1999, soit près d'un an après la promulgation de la loi de la sécurité sociale pour 1999. Dès lors les nominations au comité régional de gestion placé auprès de l'URCAM ne sont intervenues qu'à l'automne 2000, et les premiers projets ont été examinés au cours du dernier trimestre 2000. Les ressources du fonds ont été fixées à cinq cents millions de francs en 1999 et en 2000, et trente-neuf pour cent de la dotation a été distribué pour cent quarante-sept projets. La région Limousin a redistribué soixante-cinq pour cent des sommes allouées pour cinq projets de FAQSV en l'année 2000. Les

fonds sont destinés à l'amélioration des soins de ville et à des réseaux de soins liant des professionnels de santé de ville et des établissements de santé, et ce sont des représentants d'institution publique qui gèrent les fonds pour les soins de ville. Il apparaît ainsi que plusieurs projets mettant en avant des réseaux publiques sont financés par les FAQSV sans l'accord des autres représentants libéraux du comité et du bureau.

Il est important de noter la difficile articulation entre le caractère annuel des ressources du fonds et le caractère pluriannuel des conventions, et la nature juridique incertaine des contrats passés avec les promoteurs (droit privé ou public).

4.8) Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a complété le dispositif d'organisation sanitaire qui reposait jusqu'alors sur un outil quantitatif des besoins (la carte sanitaire) par une approche qualitative à travers la mise en place des Schémas Nationaux interrégionaux ou Régionaux d'Organisation Sanitaire. La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé. Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire fixe pour les installations, équipements et activités de soins qu'il couvre, la nature et l'importance des moyens d'hospitalisation et des équipements répondant de manière optimale aux besoins de la population tels que définis par la carte sanitaire. Ils sont arrêtés pour une durée de cinq ans, et l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 a transféré du Préfet de Région au Directeur de l'ARH le pouvoir d'arrêter, après avis du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale, la carte sanitaire et le schéma.

L'élaboration du SROS comporte plusieurs étapes :

- Le document de cadrage, préparé en interne à l'ARH et soumis à l'examen des Comités de Pilotage et d'Orientation,
- Le document d'orientation stratégique (DOS présenté devant les membres de la Conférence Régionale de Santé),
- Le document final du schéma régional.

C'est ainsi que l'URML du Limousin à la demande de l'ARH participe en 1999, à la sous-commission chargée de promouvoir des actions de coopération entre tous les établissements de santé de la région dans le cadre de la préparation du SROS. Mais l'URML décide que les différents groupes de travail du SROS, mandatée par elle, ne siègeront plus à ces réunions, en effet, les remarques et les propositions faites par

l'URML du Limousin ne sont pas retrouvées dans la rédaction du SROS 1999-2004 et dans le document annexe « les recommandations ».

a) SROS de la psychiatrie.

En 2000, l'ARH dans l'élaboration du SROS dans son volet « psychiatrie » s'appuie sur les travaux et documents arrêtés dans le cadre des Schémas Départementaux d'Organisation (SDO) et crée un comité de pilotage pour définir une méthodologie de travail, coordonner les travaux et réaliser les synthèses. Le Président de l'URML est amené à nommer des représentants des médecins libéraux pour travailler sur les thèmes suivants :

- Les suicides,
- Les adolescents,
- Urgences et psychiatrie de liaison,
- Polytoxicomanie,
- Addiction et dépendance : alcoolisme.

b) Section régionale d'études et de propositions.

Pour l'élaboration du SROS concernant le développement d'un réseau pour la prise en charge de l'urgence, il est demandé à l'URML de participer au groupe de travail pour développer le rôle et l'implication des médecins généralistes, assurer la promotion du centre 15 par une meilleure information du public et des professionnels de santé d'analyser son fonctionnement, les expériences de proximité et faire des propositions d'amélioration avec les médecins généralistes.

L'URML du Limousin nomme trois représentants de médecins pour y travailler.

c) Accidents vasculaires cérébraux.

Un groupe de travail sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux a été mis en place en 2001 pour l'élaboration du SROS, l'ARH a proposé un médecin spécialiste pour représenter les médecins libéraux nommés par l'URML, celle-ci tenant à garder la maîtrise de ses nominations n'a pas donné suite favorable à cette proposition de représentant. L'URML n'est donc pas représentée dans ce groupe de travail.

4.9) Observatoire Régional de la Santé (ORS).

L'Observatoire Régional de la Santé du Limousin est une association régie par la loi de 1901, créé en 1983, qui a pour objet l'étude de tous phénomènes régissant l'état

de santé de la population dans la région Limousin, et des moyens d'agir sur ces phénomènes, à savoir :

- Recueillir toutes les informations concernant les données épidémiologiques sanitaires et sociales,
- Coordonner le recueil des informations,
- Elaborer des études épidémiologiques descriptives ou analytiques,
- Participer à toute action de santé mise au point par différents intervenants ou provoquer elle-même la réalisation de telles actions ;
- Diffuser les résultats des recherches et des actions entreprises auprès des personnes ou organismes intéressés.

Le Conseil d'administration est composé de vingt-sept membres dont le Président de l'URML du Limousin membre de droit.

Dès 1997 et dans le cadre des ordonnances d'avril 1996, l'Observatoire Régional de la Santé a été sollicité pour travailler sur les thèmes de la Conférence Régionale de Santé et le Programme Régional de Santé.

En 1995, l'URML aide financièrement l'ORS sur la mise en place d'un système de surveillance du dépistage de la contamination par le VIH, elle est sollicitée pour la diffusion d'une plaquette informative concernant le certificat de santé du 8^e jour aux professionnels de santé ainsi qu'une documentation sur les suicides. L'URML a apporté son soutien logistique pour l'enquête sur le système d'information appliqué aux cas des fractures du col du fémur de la personne âgée.

4.10)Commission régionale de la naissance.

Arrêté du 8 janvier 1999 relatif aux commissions régionales de la naissance.

Il est créé au sein de chaque région une commission régionale de la naissance chargée de contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique périnatale de la région.

Elle a pour mission :

- De favoriser le développement des réseaux associant les professionnels et les institutions œuvrant dans le champ de la périnatalité, en vue de mieux coordonner la prise en charge des femmes pendant la grossesse et au cours de la période post-natale, en particulier celles qui se trouvent en situation de précarité, tant sur le plan médical que sur les plans psychologique et social,

- De proposer les adaptations nécessaires au niveau régional de la politique définie au niveau national,
- De donner une impulsion à des actions de formation des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans le domaine de la périnatalité, en coordination avec les partenaires concernés,
- D'organiser chaque année, une réunion destinée à informer l'ensemble des professionnels travaillant dans le domaine de la périnatalité des travaux menés au sein de la commission régionale de la naissance,
- D'apporter son concours à l'évaluation des actions menées en périnatalité au niveau régional.

La commission régionale de la naissance est composée d'un collège de professionnels où un médecin généraliste et un pédopsychiatre sont nommés par le Préfet de Région sur proposition du Président de l'URML du Limousin et d'un collège composé de personnalités dont un représentant de l'URML du Limousin.

La commission a travaillé sur l'informatisation des données périnatales, sur le fonctionnement des centres périnataux de proximités, sur l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) et l'état de fonctionnement des centres d'IVG, sur le réseau sage femmes du Limousin et sur la contraception avec l'élaboration d'une plaquette « la contraception à vous de choisir ».

4.11) Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies (URCAM).

L'URML du Limousin et l'URCAM constatent sur plusieurs points la convergence des objectifs et missions définis pour eux par la loi.

Les missions de l'URCAM sont de définir dans la région Limousine une politique commune de gestion du risque, notamment dans le domaine des soins de ville, et de veiller à sa mise en place. A cette fin, elle détermine les actions prioritaires à mener, émet un avis sur les plans d'actions des caisses des différents régimes, procède à leur suivi et à leur évaluation, fait des recommandations visant à une plus grande efficacité et à une meilleure cohérence des actions menées par les différents régimes au plan local. Elle contribue à la mise en œuvre par chacune des caisses des sections de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de Santé Publique arrêtées tant au niveau national que régional et mène avec les Unions de médecins exerçant à titre libéral toutes les études utiles à la mise en œuvre de ses attributions, notamment en matière d'évaluation des besoins médicaux, d'évaluation

des comportements et des pratiques professionnelles, d'organisation et de régulation des systèmes de santé.

En 1999, une charte est signée entre l'URCAM et l'URML du Limousin pour joindre leurs efforts et leurs compétences et notamment :

- Améliorer l'organisation du système de soins en partant des besoins de la population,
- Améliorer la qualité des soins et la santé publique,
- Participer à la démarche qualité des prescriptions,
- Inciter au décroisement entre la médecine de ville et la médecine hospitalière,
- Favoriser en concertation le développement des initiatives locales pertinentes de toute origine,
- Participer activement à l'évolution du Service Public de l'Assurance Maladie.

Cela est réalisé conjointement en effectuant des études sur le système de soins.

5) Rôles de l'Assemblée générale, du bureau et des sections.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin est constituée de trente médecins, élus par les médecins exerçant à titre libéral et conventionné des départements de la Corrèze, de la Creuse et de la Haute-Vienne.

L'Union est formée de deux sections, la section de médecin généraliste et la section de médecin spécialiste, composées chacune de quinze membres. Ces membres élus forment l'assemblée de l'Union et élisent le bureau pour une durée de trois ans.

L'assemblée et le bureau ont leur rôle défini par la loi du 4 janvier 1993 et par le décret du 14 décembre 1993, ils doivent conformément au règlement intérieur de l'union :

- a) Discuter des questions mises à l'ordre du jour,
- b) Contrôler l'action du bureau,
- c) Fixer le programme d'action du bureau,
- d) Faire des propositions sur les questions à mettre à l'étude pour la prochaine réunion de l'Assemblée,
- e) Vérifier les comptes du trésorier,
- f) Composer et mettre en place les différentes commissions utiles aux sujets proposés et éventuellement fixer le délai de cette étude.(Art 1/1 du règlement intérieur).

Les assemblées générales et les réunions du bureau ont lieu à Limoges au 34 rue Pétiniaud-Dubos (Art 2/1 du règlement intérieur) et un minimum de trois réunions par an et fixé (Art 2/2 du règlement intérieur). Le règlement intérieur précise qu'en cas de trois absence consécutives sans raison valables d'un membre de L'URML, il est déclaré démissionnaire (Art 2/5 du règlement intérieur). Concernant les votes en assemblée une majorité qualifiée des deux tiers des membres présents ou représentés est requise (Art 2/6 du règlement intérieur).

Le règlement intérieur de L'URML du Limousin fixe les conditions de remboursement des frais de déplacement et des attributions d'indemnités relatives à la perte d'activité. Pour les frais de déplacement, le tarif forfaitaire est celui de l'administration fiscale majorée éventuellement de deux C de l'heure pour la durée du trajet. Pour les indemnités mentionnées à l'article 7 du décret du 14 décembre 1993 le remboursement se fait sur la base d'une demi-journée soit six C pour une réunion de trois heures au moins et de deux C supplémentaires au-delà de trois heures, avec un maximum de douze C par jour (Art 4 du règlement intérieur).

L'Union met en place des commissions, permanentes ou temporaires, chargées d'examiner les questions propres à certaines missions des Unions, elles pourront comporter des membres extérieurs à l'Union après accord du bureau. Sur proposition de la commission, le bureau décide du budget de fonctionnement et de l'indemnisation des membres de la commission (Art 8/1 du règlement intérieur).

Des commissions de coordination sont créées (décret 97-316 du 8 avril 1997), elles ont pour rôle de veiller à l'harmonisation des actions de l'Union et des sections (Art 8/2 du règlement intérieur).

5 .1) Le bureau.

Le bureau de L'URML du Limousin a comme membre le Président de l'URML, un vice-président, un trésorier, un trésorier adjoint, un secrétaire général et un secrétaire adjoint.

Il exerce toutes les missions qui lui sont confiées par l'assemblée de l'Union. Il est chargé d'expédier les affaires courantes, de préparer les réunions de l'assemblée et de soumettre à celle-ci toutes les questions dont il est saisi, d'exécuter les décisions de l'assemblée et informe l'ensemble des médecins libéraux de la région des actions de l'Union.

Le bureau peut faire des achats de biens matériels.(Art 1/2 du règlement intérieur).

a) Le Président de L'URML du Limousin.

Il est en charge de l'organisation et du bon fonctionnement de l'Union, il représente l'Union en justice et dans tous les actes de la vie civile, et signe toutes les communications, actes et conventions établis au nom de l'Union.

Le président représente l'Union dans ses rapports avec les institutions administratives de la région (Art 1/3 du règlement intérieur).

Il est élu par les membres constituant l'assemblée pour une durée de trois ans (Article 8 du décret 93-1302 du 14 décembre 1993).

b) Le vice-président.

Il supplée au président en cas d'absence de ce dernier et l'assiste dans ses fonctions ordinaires (Art 1/4 du règlement intérieur).

c) Le trésorier et le trésorier adjoint.

Il perçoit les recettes provenant de la contribution des médecins, prépare le budget prévisionnel, effectue un rapport annuel des recettes et des dépenses.

Le trésorier adjoint assiste le trésorier, le supplée dans les signatures de chèques et peut le représenter (Art 1/5 du règlement intérieur).

d) Le secrétaire général et le secrétaire adjoint.

Le secrétaire général dirige le secrétariat, rédige l'ordre du jour des assemblées, coordonne le travail du bureau, des sections et des commissions. Il est suppléé par le secrétaire adjoint (Art 1/6 du règlement intérieur).

5.2) Les sections.

Les sections sont constituées par les élus des deux collèges conformément à l'article 13 du décret 93-1302 du 14 décembre 1993. Chaque section est composée de quinze membres, élus pour une durée de six ans. Ils s'organisent en élisant en leur sein un bureau comportant un président de section, un vice-président de section et un secrétaire de section.

Le rôle des sections est de fixer le programme du bureau, de contrôler son action, de composer et de mettre en place les différentes commissions utiles à l'accomplissement des missions des sections, y compris si besoin en commission mixte.

Le rôle du bureau des sections est d'exécuter les décisions de la section considérée, d'expédier les affaires courantes. Le président de la section la représente

dans ses rapports avec les autres institutions, il est suppléé par son vice-président si nécessaire et le secrétaire de la section coordonne le travail des diverses commissions techniques et gère le fonctionnement de la section (locaux, personnel, convocation de la section en assemblée générale et rédige les procès verbaux).

6) Conférence Nationale des Présidents des Unions Régionales des Médecins Libéraux.

La Conférence Nationale des Présidents d'Unions s'est formalisée au début de l'été 1996, afin d'être l'interlocuteur des rédacteurs des décrets qui concernent les Unions Régionales. Cette constitution fait suite à un certain nombre de rencontres informelles entre les Présidents des Unions Régionales, et celles-ci avaient permis largement de mettre en chantier les objectifs et les priorités d'une telle conférence. La première priorité pour la Conférence des Présidents est de sauvegarder les prérogatives des Unions Régionales, et de ne s'y substituer en aucun cas. Vingt-deux régions ont d'emblée adhéré au principe de cette Conférence Nationale des Présidents d'Unions.

La Conférence des Présidents est une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901, elle a pour but :

- De tout mettre en œuvre afin de faire respecter la souveraineté des assemblées générales dans toutes les actions menées dans les missions délimitées par la loi du 4 janvier 1993 et son décret du 14 décembre 1993,
- D'étudier et de mettre en œuvre tous moyens visant à défendre le statut, l'indépendance et les intérêts des Unions Régionales de Médecins Libéraux,
- De faciliter la coordination des Unions Régionales des Médecins Libéraux, et notamment d'offrir la possibilité à des commissions constituées au sein des Unions Régionales de se rencontrer et d'aboutir à des travaux communs,
- De promouvoir la circulation, de toutes les informations entre les Unions, ainsi que celles émanant d'organismes décideurs et du Pouvoir Public : il s'agit d'éviter que telle ou telle Union devienne l'interlocuteur privilégié du gouvernement en contournant d'autres régions,
- De maintenir et de faciliter le dialogue entre les Unions,
- De désigner les représentant des Unions Régionales dans les différentes instances nationales, parmi les candidats proposés par les Assemblées Générales, concernées,

- D'être l'interlocuteur du gouvernement et de tout organisme décideur pour promouvoir la participation régionale des Unions dans le domaine de la santé publique.

Elle est composée exclusivement des Présidents des Unions régionales de médecins exerçant à titre libéral, un bureau est créé et renouvelé tous les ans.

Une des premières tâches de la Conférence des Présidents a été de rencontrer les responsables du gouvernement et les personnes chargées de l'élaboration des décrets d'application des trois ordonnances du 24 avril 1996.

Actuellement la Conférence des Présidents se concerte régulièrement sur l'avancement des commissions de travail qu'elle a mis en place, c'est-à-dire, la démographie médicale, le recensement des travaux des Unions, l'évaluation des pratiques professionnelles et l'accréditation des structures avec l'ANAES, la santé publique et l'informatisation médicale avec l'AFNOR.

Les différents Présidents de l'URML du Limousin ont participé activement aux différents travaux de la Conférence des Présidents, et ont délégué des médecins régionaux dans des instances nationales (AFNOR, ANAES). Le rôle de la Conférence des Présidents est notable dans la promotion de la coordination des URML, par une diffusion des travaux et un partage de l'information. Il faut toutefois ne pas oublier que les URML possédant un grand nombre d'élus ont une plus grande implication dans les différents organismes de santé et souvent au détriment des petites structures.

La Conférence de Présidents est une structure centralisée et nationale alors que l'identité même des Unions est régionale ainsi que son action. Dans le cadre de la régionalisation du système de santé le seul interlocuteur doit être les Unions.

7) Différences entre l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin, les syndicats médicaux et le conseil de l'Ordre des médecins.

Institution privée, le Conseil de l'Ordre des Médecins assume une mission de service public. Financé par les seules cotisations de ses membres, il est chargé par ordonnance gouvernementale de « veiller au maintien des principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine et à l'observation par tous ses membres des devoirs professionnels et des règles édictées par le code de déontologie » (article L.382 du Code de la Santé publique).

Créé par l'ordonnance du 24 septembre 1945, l'Ordre des médecins a pour mission principale de veiller au respect de l'éthique médicale. A ce titre, il a notamment en charge de concevoir et rédiger le code de déontologie, publié sous forme de décret ministériel. Il doit également adapter ce dernier, en regard des évolutions de la profession, dans l'intérêt des praticiens et des patients. C'est ainsi que, promulgué pour la première fois en 1947, ce code a été refondu en 1955, en 1979, puis en 1995.

L'inscription à l'Ordre est obligatoire pour tous les médecins souhaitant exercer sur le territoire français, à l'exception des médecins militaires. L'institution ordinaire doit vérifier chacun des critères garantissant leur capacité à pratiquer la médecine dans de bonnes conditions : possession des diplômes requis, exactitude des titres et qualifications, conditions de moralité et d'indépendance conforme au Code de déontologie. Garant de la moralité, de la probité et de l'indépendance des médecins, l'Ordre dispose d'un pouvoir disciplinaire sur ses membres. Il a la possibilité de sanctionner les médecins dès lors qu'un manquement à la déontologie et aux règles de la profession est prouvé. Les sanctions vont du simple avertissement à la radiation définitive, en passant par le blâme et la suspension provisoire d'exercice. Elles doivent avoir un caractère plus dissuasif, c'est pourquoi le sursis a été introduit dans l'application des sanctions. elles sont l'un des facteurs essentiels d'une véritable qualité des actes médicaux. La structure de l'Ordre est aussi bien départementale, régionale que nationale.

En plus de sa mission déontologique le Conseil de l'Ordre a une mission administrative en vertu de ses attributions en matière réglementaire. L'Ordre doit tenir un tableau auquel ne peuvent être inscrits pour exercer que les docteurs en médecine. Il a également une mission consultative car il est appelé à donner son avis sur les projets de règlements, décrets ou lois qui lui sont soumis par les pouvoirs publics et une mission juridictionnelle car il peut intervenir lorsqu'un de ses membres fait l'objet de plaintes émanant d'un particulier, des pouvoirs publics, des tribunaux, de la sécurité sociale ou d'un autre médecin.

Les syndicats sont des groupements facultatifs de médecins, représentant une partie de la profession identifiés par leur tendance idéologique propre de manière analogue aux partis politiques. Du fait de leurs caractères confessionnels différents il y a bien souvent conflits entre eux, leur structure représentative est départementale et nationale mais pas régionale.

Leurs rôles est la défense des intérêts professionnels, de discuter les conventions passées avec l'Assurance Maladie et avalisée par l'Etat. Ce sont des représentants syndicaux qui siègent dans les organismes conventionnels et le Comité Médical Paritaire Local.

IV. Actions réalisées par l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

1) Commissions de l'Union Régionale des Médecins Libéraux Limousin.

1.1) Effets du cuivre contenu dans l'eau de boisson (1994-1998).

a) Historique :

Au milieu des années 70, le Dr Vigué suspecte un rapport entre une symptomatologie essentiellement digestive et l'ingestion de l'eau agressive ayant séjournée dans les conduites d'eau en cuivre en région Limousin.

En 1995, est créé à sa demande une Commission de l'eau au sein de l'Union Professionnel Régionale des Médecins Libéraux du Limousin comprenant un neurologue (Dr Vrignaud), un dermatologue (Dr Murat) et un endocrinologue (Dr Haulot). La nécessité de connaissance particulière en santé publique et sur l'eau de la région a entraîné le renforcement de la commission par deux spécialistes : le Pr Vergnenègre (Santé Publique) et M. Jaouen (Ingénieur Sanitaire de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales), première collaboration avec un organisme public.

Une enquête sur le terrain a nécessité la collaboration d'un médecin (Dr Gayout D.E.A de Santé Publique) et d'un étudiant en sciences (M Daki Santé Publique).

L'étude a pour but de montrer si la corrosion des canalisations en cuivre par une eau agressive (pH6,5), entraîne en problème de santé publique.

b) Méthode et moyens :

Il a été réalisé une enquête épidémiologique rétrospective de cohorte (taille 120 personnes) après estimation de la prévalence des symptômes cliniques.

Cette enquête a eu lieu dans un secteur d'eau agressive (Dournazac) et non agressive (Panazol), cette commune ayant été abandonnée en fin d'enquête car il est apparu un biais de sélection important, et s'est terminée à Saint Denis des Mûrs.

Elle a été mise en œuvre sur la base du même questionnaire posé par les enquêteurs, aux sujets choisis selon la méthode de la « grappe ». Il avait été établi à

L'Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux du Limousin par la Commission de l'eau et préalablement testé sur un petit échantillon lors de l'estimation de la prévalence. Au total l'étude a porté sur deux mille quatre cent vingt-cinq questionnaires.

D'autre part des prélèvements d'eau sur les sites des populations étudiées ont été effectués pour vérifier la teneur en cuivre de ces eaux.

La commission de l'eau de l'Union s'est réunie régulièrement en 1996 tous les mois pour cette étude.

c) Résultats :

Ont été étudiés les symptômes suivants :

- Généraux : asthénie, anorexie, amaigrissement
- Digestifs : gastralgie, diarrhées
- Urinaires
- Cutanés.

L'étude a montré que les symptômes gastriques et intestinaux sont corrélés de manière significative avec la présence de cuivre dans l'eau au-dessus des valeurs admissibles (supérieur à 1 mg/litre). Pour les autres symptômes, aucune corrélation n'a pu être prouvée.

d) Analyse :

Les groupes exposés et non exposés ont été appariés par sexe, âge, ingestion ou non d'eau, utilisation ou non de l'eau du robinet, consommation ou non d'alcool, consommation ou non de tabac. Les sujets présentant des pathologies ou des traitements qui peuvent entraîner ces symptômes ont été éliminés (affections digestives, médicaments agressifs pour le tractus digestif).

Un biais de sélection (information de la population et changement récent de la qualité de l'eau) a conduit à éliminer tout un secteur. Les biais dûs à l'enquêteur ont été réduits au minimum par l'utilisation d'un questionnaire identique et l'emploi d'un langage semblable éprouvé dans l'enquête préalable.

Cette étude montre a contrario, que la correction de l'eau a entraîné la disparition des symptômes, les traitements effectués ont donc été efficaces et utiles.

e) Budget de la Commission :

Pour réaliser à bien cette mission l'Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux du Limousin a reçu des subventions à la hauteur de cinquante-cinq mille francs de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales, et un financement propre de soixante-cinq mille francs. L'étude a nécessité la

rémunération d'enquêteurs, de saisie informatique, d'une statisticienne, de logiciel de traitement informatique et des indemnités de séances, de déplacement et d'honoraires d'experts, à la hauteur de cent vingt milles francs.

f) Devenir :

L'étude épidémiologique relative à l'incidence de la teneur importante en cuivre dans l'eau a été présentée à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Limousin, à la section des eaux du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France qui propose qu'un bilan soit réalisé dans les trois ans concernant cette étude, et à la Journée Régionale d'Information sur les eaux agressives en Limousin. L'URML siège depuis à la commission du saturnisme de la DRASS. A noter que cette étude a conduit à la réalisation d'une thèse en médecine à ce sujet par le docteur Donnat-Gady.

1.2) Les déchets médicaux.

Une enquête réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes en Haute-Vienne montre que le tri des déchets est pratiqué par neuf médecins sur dix et plus de la moitié utilisent des filières d'élimination adaptées, mais un médecin sur deux laisse ses déchets sur place en visite à domicile.

En France, la réglementation est complexe, chaque producteur de déchets est tenu d'en assurer ou d'en faire assurer l'élimination (Loi n° 75-633 du 15 juillet 1975), les déchets doivent être placés dans des récipients hermétiques et identifiables, et incinérés. Sur le plan européen, la directive du Conseil du 26 novembre 1990 relative à la protection des travailleurs contre les risques liés à l'exposition à des agents biologiques au travail, définit les agents biologiques et les classe en quatre groupes de risque. Cet examen des textes législatifs met en lumière la complexité et les faiblesses de la réglementation française, en effet les normes figurant dans les textes ne sont pas applicables en l'état aux professionnels de santé du secteur diffus (activité de soins en secteur libéral).

C'est pourquoi en juillet 1996 La Boite à Papiers (association à but social de réinsertion et écologique) obtient de l'Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux du Limousin une aide pour la collecte des déchets médicaux « piquants - tranchants » du secteur diffus en Limousin. Un contrat est alors signé entre les deux parties le 17 mars 1997, qui formalise les obligations précises de la collecte et garantit l'engagement financier de l'Union. La Boite à Papier reçoit un effort financier important de l'Union, permettant le lancement de l'opération. Les médecins libéraux

du Limousin reçoivent alors un courrier exposant les grandes lignes du projet de collecte de déchets, et un grand nombre d'entre eux sont intéressés. L'entreprise fournie à chaque médecin contractant des containers spécifiques au type de déchets pour la durée du trimestre, effectue un enlèvement par mois ou trimestre dans chaque cabinet médical et transporte le container sur le lieu d'incinération (CHU de Limoges ou Centre d'incinération PROCINER en Gironde).

En décembre 1996 on compte quatre-vingt-cinq médecins bénéficiant du service de collecte des déchets, le coût s'élève à soixante et un francs pour le médecin quelle que soit la zone géographique de la collecte et à quarante-deux francs pour l'Union par enlèvement. Cela représente la somme annuelle de cent quarante mille francs versée à l'association. Au troisième semestre 1997 deux cent cinquante-cinq médecins bénéficient de ce service et l'on compte six cent quatre-vingt-cinq collectes.

Au premier trimestre 2000, trois cent soixante-sept médecins libéraux (généralistes et spécialistes), des centres de soins (Aubusson, La Souterraine, Ambazac, Saint-Junien), des maisons de retraite médicalisées et l'association ALURAD (Association Limousine pour l'Utilisation du Rein Artificiel à Domicile) font collecter leurs déchets par la Boite à Papier SA (changement juridique en 1999).

La participation annuelle de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin à la collecte des déchets en 2001 est de soixante-deux mille sept cent neuf francs hors taxe, ce qui représente vingt-deux pour cent du coût de la collecte, participation moindre du fait du nombre accru de médecins et de l'harmonisation des trajets de collecte.

Ainsi l'Union propose aux médecins généralistes et spécialistes une structure de collecte des déchets, et répond au plan régional d'élimination des déchets industriels spéciaux en limousin (PREDILIM, décret 93-140 du 3 février 1993) et du complément relatif aux déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés, mis en place par la préfecture de la région Limousin conformément au décret 97-1048 du 6 novembre 1997 et de ses arrêtés.

1.3) Informatique et AFNOR.

a) Communauté virtuelle.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin a mis en place un accès Internet il y a quelques années (www.caducee.net/limousin). Elle souhaite utiliser au mieux les nouvelles technologies et crée récemment un modèle de communauté virtuelle (www.urml-limousin.org).

En effet le projet dépasse largement la création du site, puisqu'il s'agit de réfléchir au rôle de l'Union vis-à-vis de ses adhérents et du type de prestations qu'elle peut offrir. Le but est de fédérer les acteurs professionnels du monde de la santé exerçant dans la région limousine, tout en tenant compte des complémentarités possibles avec des sites existants. La contribution des membres de l'Union à l'animation de cette communauté virtuelle est importante et l'identité régionale doit être un des arguments de son succès. Chaque médecin libérale peut avoir accès au site (actualités régionales sur la Formation Médicale Continue, études en cours à l'Union, épidémiologie, échanges, aides pratiques...), cela pour faciliter la communication entre les médecins libéraux du Limousin et aussi entre leurs partenaires. Il est prévu aux élus d'avoir accès au site de manière segmentaire avec un partage des informations spécifiques à l'Union (compte-rendu des assemblées générales par exemples).

L'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin a signé une convention de soutien de l'Etat à des actions de développement technique et d'innovation par voie de subvention et a apporté son aide pour la réalisation d'une thèse de médecine sur l'informatisation des médecins libéraux.

b) L'AFNOR.

La Conférence des Présidents a délégué le Dr Vigué membre de l'URML du Limousin à l'Association Française de NORmalisation pour participer au groupe de travail sur l'informatisation du système de santé. Ce travail porte sur la sécurité dans la transmission des données médicales avec l'élaboration d'une norme européenne (CEN TC 251) sur la responsabilité des divers intervenants concernant les transmissions des données et sur l'élaboration d'un lexique du vocabulaire de télémédecine (AFNOR-CN-InfoSanté N°573). Ce travail s'inscrit dans la durée, il a été débuté il y a quatre ans et continue toujours au rythme d'une réunion par mois.

1.4) Action de formation en soins ambulatoires sur la prise en charge de la douleur chronique chez les personnes âgées vivant à domicile, et étude de l'impact de cette action de formation.

La prise en charge de la douleur est un problème de Santé Publique majeur. Il a été sélectionné comme un des thèmes prioritaires de Santé Publique dès 1997 et fait l'objet d'actions spécifiques sous l'égide du Ministère de la Santé.

a) La formation :

La Direction Générale de la Santé en partenariat avec les Unions Régionales des Médecins Libéraux (l'UPML des Pays de la Loire, l'URML du Limousin et l'URML d'Alsace) ont établi en 1999 les objectifs suivants :

- Améliorer la prise en charge de la douleur chronique de la personne âgée en secteur ambulatoire,
- Permettre une amélioration des connaissances et des pratiques des professionnels de santé, par l'intermédiaire d'une action de formation,
- Favoriser le développement de ce type d'enquête épidémiologique en secteur libéral.

L'intention générale de ce travail a été d'améliorer la prise en charge des patients. Il a été formé soixante professionnels de santé, répartis dans les trois régions françaises (vingt en Alsace, vingt en Limousin et vingt en Pays de la Loire) pour qu'ils puissent secondairement former dans chaque région d'autres collègues et ainsi permettre une diffusion de l'action et de ses retombées. La première session de formation des professionnels de santé sur la prise en charge de la douleur chronique des personnes âgées vivant à domicile, a eu lieu en Limousin en octobre 2000.

Cette formation a été réalisée conformément au cahier des charges, les médecins, infirmières et kinésithérapeutes ont été formés lors d'un séminaire commun en avril 2000 sur les thèmes suivants :

- Définition de la douleur chronique, rappel des mécanismes physiologiques et des étiologies,
- Approche sémantique de la douleur avec une approche sociologique,
- Méthodologie utilisée et déroulement pratique de l'étude,
- Les outils de l'évaluation,
- La coordination des professionnels de santé dans l'évaluation de la douleur,
- Thérapeutiques non-médicamenteuses, le traitement infirmier et la masso-kinésithérapie,
- Thérapeutiques médicamenteuses,
- Rôles de la coordination des professionnels de santé.

b) L'étude :

Les actions de formation médicale ont toujours fait l'objet de controverses, les études randomisées sont rares en termes d'évaluation de ces actions. L'hypothèse de départ de cette étude a été qu'il existait une mauvaise évaluation de la douleur

chronique, par l'absence de définition commune, du fait de stratégies de prise en charge différentes souvent en relation avec une évaluation des manifestations douloureuses.

C'est pourquoi parallèlement à cette action, une évaluation a été prévue et incluse d'emblée dans le cahier des charges. Celle-ci a été réalisée dans deux régions sur trois, la région Alsace et la région Limousin.

Les groupes de professionnels ont été tirés au sort sur une liste fournie par l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin. L'analyse statistique a été réalisée par l'Unité Fonctionnelle de Recherche Clinique et de Biostatistique du CHU de Limoges.

Les groupes de professionnels sont multidisciplinaires et sont constitués en respectant deux critères :

- L'un géographique permettant une répartition rurale (région Limousin), semi-rurale (région Pays de la Loire) et urbaine (région Alsace).
- L'autre l'existence ou non d'une coordination.

Des critères d'inclusion et de non-inclusion sont définis. L'étude porte sur une enquête avant, après, ici et là, et expose un groupe ayant reçu la formation et un groupe n'ayant pas reçu la formation.

Le choix du nombre de professionnels pour comparer les résultats en terme d'impact sur les patients doit être de trente patients par sous groupe. L'analyse porte sur l'efficacité de la prise en charge jugée par les professionnels, le nombre de thérapeutiques médicamenteuses utilisées et le nombre de thérapeutiques totales, le nombre de jours jusqu'à obtention d'une sédation stable et durable et le respect des protocoles de recommandations.

Au total soixante-dix-sept professionnels de santé ont participé à cette étude. Elle décrit l'impact de l'action de formation des professionnels de santé en terme de connaissances, de pratiques mais également en terme de retentissement sur la prise en charge de la douleur des patients âgés porteurs d'une douleur chronique.

Un certain nombre de biais ont pu interférer, dont le principal est le biais d'information.

Le jugement subjectif par les participants a été très favorable quant à la formation, l'amélioration des connaissances théoriques et des pratiques est mise en évidence chez les professionnels de santé ayant bénéficié de la formation. L'étude a montré qu'il existe une amélioration de la prise en charge chez les patients appartenant au groupe de professionnels de santé ayant suivi la formation.

c) Le financement :

La Direction Générale de la Santé a rémunéré cette action à la hauteur de six cents mille francs pour la période 1998 à 2000.

1.5) Le maintien à domicile.

Au début de l'année 1995 l'Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux du Limousin met en place une commission de travail sur le maintien à domicile dans la région de Haute-Vienne, au tour de l'expérience de coordination de soins à domicile engagée sur le canton de Châlus (87) par le centre départemental des professions de santé. L'Union s'est donnée pour objectif de dresser un état des lieux en matière de maintien à domicile en précisant la place du médecin généraliste dans les différentes structures et de porter un regard sur l'intégration du médecin généraliste, en mesurant cette intégration quantitativement ou qualitativement par un système d'étoile ou autre. De plus les membres de la commission ont participé à une action d'information auprès d'un certain nombre de généralistes en coopération avec la Fédération 87 de formation médicale continue.

1.6) Système d'information appliqué au cas des fractures du col du fémur chez la personne âgée.

Parmi les priorités retenues en Limousin, à l'issue de la Conférence Régionale de Santé de 1996, figurait l'amélioration du système d'information et le jury avait souligné la nécessité de disposer d'indicateurs permettant le suivi des grands problèmes de santé publique.

Un système d'information a pour objectifs de recueillir, stocker, traiter et communiquer des informations disponibles, nécessaires à certaines activités. Dans le cadre d'un problème de santé publique, il s'agit d'informations administratives, socio-démographiques et médicales relatives à l'état de santé et à la prise en charge des personnes malades, permettant une meilleure stratégie décisionnelle.

Un groupe de réflexion, rassemblant de nombreux partenaires, a été mis en place et sa première mission a été de réaliser l'inventaire des informations disponibles notamment en terme de morbidité. Devant le constat du manque de données fiables et facilement disponibles, ce groupe a souhaité proposer au jury, lors de la conférence de 1997, de décliner des indicateurs de suivi à partir d'une pathologie et d'essayer de mettre en évidence l'apport d'un système d'information.

Lors de la réunion de la Conférence de Santé en 1998, un projet d'étude a été

proposé et retenu par ses membres.

Le groupe a choisi d'étudier l'évolution et la prise en charge d'une pathologie fréquente, touchant particulièrement les personnes âgées : la fracture du col du fémur. En effet, compte tenu des perspectives démographiques des prochaines décennies, le vieillissement de la population dans les pays industrialisés entraîne une augmentation de l'incidence de cette pathologie, elle a des conséquences néfastes sur le plan humain, économique et constitue un problème important de santé publique.

L'objectif général des travaux consistait à mettre en évidence l'apport du système d'information au niveau régional pour la connaissance de la prise en charge et du devenir d'une pathologie spécifique.

Trois objectifs spécifiques devaient permettre d'atteindre l'objectif général :

- Déterminer des indicateurs pertinents et faciles à recueillir permettant de suivre et de prévoir l'évolution de la fracture du col du fémur chez la personne âgée afin d'améliorer la qualité de sa prise en charge,
- Proposer la généralisation de la méthode à d'autres pathologies,
- Mettre en évidence la relation entre le recueil d'indicateurs régionaux concernant une pathologie de référence et les applications possibles en terme de santé publique.

Le travail a débuté au cours de l'été 1998, en partenariat avec la Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Centre Ouest, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales du Limousin et avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin qui a eu en charge :

- La gestion de la partie de l'enquête concernant les généralistes (envoi des divers courriers, des questionnaires à trois mois d'intervalle, relances éventuelles en cas de non-réponses...)
- Le recueil final des autres questionnaires afin de constituer des dossiers complets pour chaque patient inclus dans l'échantillon.

La participation de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin a été importante et décisive dans le recueil des questionnaires (quatre-vingt-douze patientes réparties sur le CHU de Limoges et une clinique privée de Brive), comme représentant unique des médecins, ce qui a permis une facilitation dans la gestion fort complexe de cette étude.

Elle a favorisé grandement l'adhésion des généralistes dont le rôle dans ce projet était primordial.

Sous l'égide d'un groupe de pilotage pluri-professionnel et à la demande de la

Conférence Régionale de Santé, une démarche a donc été engagée sur l'intérêt d'un système d'information régional en santé.

Devant l'inexistence d'un tel système le groupe de programmation a réalisé une expérience, permettant de suivre complètement un patient depuis son hospitalisation jusqu'au retour à son lieu de vie habituel ou jusqu'à son institutionnalisation, incluant les différents séjours liés à la pathologie (admission aux urgences, entrée en service de soins de courte durée, en soins de suite etc).

Les objectifs fixés devaient permettre dans un premier temps de montrer, pour une pathologie donnée (fracture du col du fémur), l'importance d'un système d'information de qualité puis de proposer une application de la méthode à d'autres pathologies.

Un long travail de concertation et de réflexion a été nécessaire pour la réalisation de ce projet. Cela a été fait avec des partenaires de disciplines et d'institutions toutes différentes et ce point est extrêmement positif.

L'étude réalisée a mis en évidence les difficultés du recueil d'une information fiable. Le recueil des informations utiles dans la connaissance du suivi et de l'évolution de la pathologie étudiée auprès de plusieurs interlocuteurs différents s'est avéré difficile et a révélé des dysfonctionnements, incompatibles dans l'état actuel des choses, avec la généralisation de cette méthodologie à d'autres problèmes de santé et avec la régionalisation de ce système. Les éléments recueillis concernant les facteurs de risque, bien qu'insuffisants du fait de la faiblesse des effectifs, peuvent servir à une amélioration de la prise en charge des patients victimes d'une fracture du col du fémur.

On peut regretter que, globalement, les objectifs assignés à ce travail n'aient pas pu être atteints. Cependant, cette expérimentation a permis de mettre en évidence les difficultés existantes pour la mise en forme d'un système d'information efficace et pourra orienter ultérieurement la réflexion dans ce domaine.

1.7) Etude sur les causes environnementales entraînant des chutes avec fractures ou contusions au domicile des personnes âgées : étude « parachute »

C'est dans le cadre de la spécificité de la région Limousin concernant le vieillissement et le pourcentage croissant de personnes âgées que l'URML du Limousin a débuté en 1999 une étude sur l'environnement des personnes âgées, et les causes possibles de chutes liées à cet environnement.

La finalité de l'étude « parachute » est d'éviter à la personne accidentée d'être orientée vers un long séjour et de lui permettre de revenir chez elle, le plus tôt possible et dans les meilleures conditions sans risque de nouvel accident, par l'analyse des causes environnementales et du mode de vie de la personne.

L'objectif est de recueillir mille questionnaires, avec en moyenne six cents personnes par an. Au début de l'année 2001, quatre-vingts dossiers ont été enregistrés.

Le projet parachute est une marque déposée à l'Institut National de la Propriété Intellectuelle.

A ce projet différentes structures sont associées :

- La Caisse Régionale d'Assurance Maladie du Centre Ouest,
- Le Comité Départemental des Retraités et Personnes Agées de la Haute-Vienne,
- La Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales,
- Le Conseil Régional du Limousin.

On retrouve également différentes personnes impliquées dont des médecins gériatres, un psychiatre, un évaluateur, un sociologue, un statisticien, des infirmières, des assistantes sociales et des conseillers et techniciens de l'habitat.

a) L'étude :

Elle est menée dans la quasi-totalité des établissements du Limousin. Toute personne âgée de plus de cinquante-cinq ans emmenée dans l'un des différents établissements concernés, à la suite d'une chute avec fracture ou contusion, peut-être incluse dans l'étude. Le recueil des données concerne l'état civil, le traitement médical en cours, les circonstances de l'accident, l'environnement, l'autonomie de la personne accidentée, l'établissement d'une grille AGGIR, et il est établi par le personnel soignant, et si la personne est d'accord, une visite technique du logement est réalisée par un technicien de l'habitat mandaté par l'URML du Limousin, et des améliorations techniques du logement sont proposées.

En 1999, le travail s'est porté essentiellement sur :

- L'étude et sa faisabilité,
- La réalisation des questionnaires et leur informatisation,
- La réalisation des dossiers CNIL,
- La demande de financement,
- La formation des professionnels de santé intéressés.

Et ce n'est qu'en 2000 que les premiers dossiers sont exploités et qu'une convention avec le CHRU de Limoges est signée pour le recueil des données par les masso-kinésithérapeutes.

b) Le financement :

A ce jour, les différentes subventions accordées s'élèvent à cinq cent cinquante-six mille francs pour un budget évalué à environ huit cents mille francs sur la durée du projet 1999-2002.

c) Résultat partiel :

Au mois de mai 2001 en Creuse quatre-vingt-trois dossiers ont été remplis, trente-sept patients étaient dans l'incapacité de répondre, vingt-deux visites techniques ont été réalisées et deux personnes ont effectué des réparations ou modifications de leur habitat.

Au mois de mai 2001 en Haute-Vienne cent quarante-trois dossiers ont été remplis et un patient était dans l'incapacité de répondre. Cela a conduit à la réalisation de cinquante-neuf visites techniques et l'information concernant la modification éventuelle de l'habitat n'a pas encore été mise à jour.

2) Commissions des sections.

2.1) Section spécialiste.

2.1.1) S.R.O.S.

Des médecins spécialistes nommés par l'URML du Limousin ont participé à la section régionale d'études et de propositions sur le développement d'un réseau pour la prise en charge de l'urgence, pour analyser son fonctionnement et les expériences de proximité et faire des propositions d'amélioration.

2.1.2) Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (F.A.Q.S.V).

Au mois d'août 2001, deux projets d'unité de concertation ont été acceptés par le Comité régional de gestion du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), qui regroupent des médecins spécialistes urologues, pneumologues et cancérologues du secteur libéral et public en deux unités urocolim et Pneumo-Oncolim siégeant au sein de l'URML. L'unité de concertation permet la présentation de dossiers de malades pour une meilleure prise en charge et une promotion de la qualité des soins,

en favorisant les relations entre praticiens, en déterminant un dossier médical commun pour optimiser la prise en charge de la douleur et assurer la transmission d'informations.

2.1.3) Projet de coopération ville hôpital.

La section spécialiste de l'URML du Limousin élabore actuellement un projet de coopération ville hôpital, permettant aux spécialistes de ville de participer à l'activité de l'hôpital public soit pour réaliser des actes techniques, soit pour hospitaliser leurs patients, tout en gardant la spécificité du paiement à l'acte.

Différents contacts ont eu lieu entre les promoteurs du projet et le directeur de l'ARH ainsi que la CNAM.

2.1.4) Evaluation.

Dans le cadre du décret du 28 décembre 1999, la section des spécialistes a mis en place une commission concernant l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins libéraux volontaires.

2.1.5) Épidémiologie.

DIABCARE.

Diabcare est une campagne d'évaluation des complications tardives du diabète menée sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé et de la Fédération Internationale de Diabète. Cette évaluation est réalisée au moyen d'un questionnaire qui est adressé aux médecins généralistes, aux spécialistes libéraux et aux médecins hospitaliers. Dès 1996, par l'intermédiaire de la Conférence des Présidents puis en 1998 sous l'impulsion de l'URML d'Alsace, les médecins généralistes et spécialistes du Limousin ont participé au recueil d'information concernant les malades diabétiques. L'URML a apporté une aide importante à la mise en place de DIABCARE en Limousin.

2.1.6) Commission de Références Médicales Obligatoires en Limousin.

En 1995 l'URML du Limousin a mis en place une commission d'étude pour les références médicales opposables dans chaque spécialité, pour en modifier certaines ou au contraire apporter des perfectionnements par l'intermédiaire du Comité Paritaire Local.

2.1.7) Commission médicament à usage réservé.

Cette commission mise en place en 1995, a eu pour objet d'étudier les différents types de prescriptions à caractère limité, en raison de la complexité croissante des différentes réglementations, de faire le point sur les aspects techniques, de dresser une liste la plus complète possible des médicaments en cause et d'apprécier les aspects de la délivrance de ces médicaments de façon pratique.

2.2) Section généraliste.

2.2.1) Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (F.A.Q.S.V).

Dans le cadre du fonds d'aide à la qualité des soins de ville, l'URML du Limousin est promoteur de différents projets.

a) Formation à la prise en charge des comportements agressifs et perturbateurs des déments (2001).

La formation s'adresse aux médecins libéraux, aux infirmières et aux kinésithérapeutes libéraux, ces soignants étant amenés à participer aux soins d'un malade âgé atteint de démence et présentant des troubles comportementaux. Elle doit permettre aux professionnels de faire face à des comportements agressifs et perturbateurs par l'acquisition d'un certain nombre d'outils et de connaissances pour améliorer l'acceptation par l'entourage des problèmes liés à ces comportements. La finalité est le maintien du malade le plus longtemps possible dans sa famille et d'éviter ainsi l'institutionnalisation.

La formation concerne les trois départements de la région et elle regroupera cinquante personnes.

Les participants devront :

- Acquérir les outils permettant d'appliquer les stratégies de prévention lors de soins,
- Comprendre la nature des comportements agressifs et perturbateurs des patients et les causes les plus probables,
- Connaître les rôles de chacun dans un programme de réduction de ces comportements,

- Utiliser et contribuer à l'amélioration des moyens mis à leur disposition pour prévenir ces comportements,
- Contribuer à l'acceptation du malade par son entourage et ainsi de retarder l'institutionnalisation.

La formation sera évaluée sous forme de pré-test et post-test des participants.

b) Enquête sur les visites à domicile des médecins généralistes (2001).

Cette enquête s'inscrit dans l'amélioration des pratiques professionnelles, elle doit permettre à partir d'un échantillon représentatif de souligner le ressenti actuel des médecins généralistes face à la demande de visite à domicile et permettre une identification des patients demandeurs en terme de visite (enfant, non-retraité et retraité).

L'enquête se propose de récolter cinq cents questionnaires par cinquante médecins volontaires. Le questionnaire du médecin permet de répondre à la zone géographique et au mode d'exercice, celui du patient rempli de manière anonyme, renseignera sur l'identification du patient (sexe, âge, activité), ses possibilités de déplacement, sa couverture sociale, les circonstances et le motif de la visite et l'orientation éventuelle du patient vers un spécialiste ainsi que l'opinion du médecin quant à la légitimité ou non de son déplacement en visite.

c) Groupement régional d'observatoire de la grippe (2000).

La grippe est une pathologie fréquente et coûteuse pour l'assurance maladie. Une étude épidémiologique concernant cette pathologie permet par son annonce précoce, de confirmer la nature virale des prélèvements effectués et d'informer les médecins généralistes afin de limiter la prescription et de disposer d'informations sérieuses et validées pour les patients concernés.

La section généraliste de L'URML du Limousin représentée par son président de section a mis en place un projet visant à la création d'un réseau d'alerte épidémiologique orienté vers la grippe dans la région en coordination avec les réseaux nationaux et à améliorer la prise en charge et à évaluer les pratiques professionnelles dans la prise en charge des maladies respiratoires aiguës dont le diagnostic est confirmé. Pour cela il est constitué un réseau de vingt-cinq médecins

vigies (médecins généralistes et pédiatres libéraux) et qui du 1er octobre au 30 avril, relève quotidiennement six indicateurs qui sont :

- Nombre de jours travaillés pour le médecin,
- Nombre d'actes effectués,
- Nombre de visites,
- Nombre de prescriptions d'arrêt de travail inférieur à 15 jours,
- Nombre de broncho-pneumopathies dyspnéïques chez les enfants âgés de 0 à 2 ans,
- Nombre d'infections respiratoires aiguës par classe d'âge.

En cas de suspicion de grippe chez un patient, ils réalisent un double écouvillonnage (fosses nasales et zones inflammatoires du pharynx), puis les envoient pour analyse au laboratoire de virologie du CHRU de Limoges.

Chaque semaine l'analyse et la synthèse hebdomadaire nationale est effectuée et diffusée par la coordination nationale des GROG.

L'URML du Limousin a reçu un financement pour l'année 2000 du fonds d'aide à la qualité des soins de ville la somme de deux cent quatre-vingt-treize mille francs.

L'association « Groupement Régional d'Observation de la Grippe en Limousin » est créée, elle a pour mission d'organiser, de gérer, de coordonner, de développer et d'impulser le réseau. Un représentant de l'URML du Limousin y est membre de droit.

2.2.2) Épidémiologie en médecine générale.

a) Commission « généralistes et toxicomanie ».

En 1995, l'URML du Limousin crée une commission chargée de réfléchir sur la place du médecin généraliste dans les actes de dépistage et de prévention en Limousin et lance une enquête auprès des organismes de santé publique et des médecins généralistes libéraux, qui met en évidence un besoin concernant la toxicomanie tant sur le savoir, le savoir faire et le savoir être.

Une enquête rétrospective sur deux ans (1994-1995) auprès d'un échantillon représentatif des médecins généralistes du Limousin a été réalisée afin de connaître le niveau des connaissances des confrères concernant la toxicomanie, de mesurer le degré d'implication dans la prise en charge des toxicomanes et d'identifier leur comportement face à ceux-ci. Les résultats de cette enquête ont été publiés en 1997, elle a été réalisée auprès de quatre-vingts médecins généralistes tirés au sort, avec une répartition équilibrée entre les trois départements et elle montre que les médecins de trente-cinq ans à quarante-neuf ans sont les plus impliqués dans la prise

en charge des toxicomanes et ce, surtout dans les villes, où ils sont prêts à participer à des réseaux de soins, à condition qu'une réelle formation leur soit fournie, si l'on veut que leur motivation soit soutenue.

2.2.3) Santé publique.:

a) « Pomiculture et effets sur la population » :

En 1997 le comité de pilotage sur l'enquête de pomiculture et effets sur les populations de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de la Corrèze comporte un membre de l'Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

Cette enquête épidémiologique vise à étudier l'éventuelle recrudescence des pathologies allergiques asthmatiformes dans le Nord-Ouest de la Corrèze et les liens possibles avec les pratiques de l'arboriculture dans cette zone. Après une pré-enquête de faisabilité, quatorze médecins généralistes de la région visée effectuent cinq mille soixante dix-huit questionnaires auprès de leur patient. Le questionnaire porte sur des pathologies respiratoires et des antécédents des patients, ainsi que des renseignements sur la consultation, cette étude est alors débutée au moment des traitements par aéro-aspersion des pommiers.

b) Permanence des soins et urgences.

En 1995, la section généraliste de l'Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux du Limousin a lancé une enquête auprès des généralistes limousins sur la permanence des soins. Sur les huit cent soixante-dix médecins généralistes installés à cette époque, cinq cent quatre ont retourné le questionnaire, donnant à cette enquête une valeur statistique. L'exploitation informatique des résultats a permis de mettre l'accent sur certaine particularité de ce champ d'activité spécifique à la médecine générale, communément appelé « Urgences », mais qui recouvre en fait une mission de service public sous le terme de « permanence des soins ». Ce travail a été effectué par une commission constituée par les Docteurs : P. Duchez, A. Fistre, M. Mazet et L. Soulié et Ch. Delpeyroux.

L'Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux du Limousin a eu recours à une société informatique pour la saisie des questionnaires et la mise en base de données, à l'achat d'un logiciel de statistique, auquel il faut ajouter les frais

d'impression de la brochure « La Permanence des Soins en Limousin », ainsi la somme de cinquante mille francs a été engagée pour cette étude.

Les résultats de ce questionnaire, auquel plus de cinq cents médecins ont répondu, ont permis de souligner certaines caractéristiques.

Un rajeunissement général, une féminisation de la profession, un mode d'exercice à peu près équitablement réparti entre l'exercice en groupe et l'installation individuelle, enfin un maillage harmonieux entre la ville et la campagne, sont les principaux enseignements de l'étude démographique.

Le chiffre de soixante dix-sept pour cent des médecins appartenant à un système de gardes organisé entre libéraux, montre qu'il y a encore des progrès réalisables dans l'organisation sur le terrain. Si la régulation par l'intermédiaire du centre 15 apparaît comme une bonne réponse pour la mise en route des moyens adaptés, il n'est pas souhaitable que la permanence téléphonique du centre 15 se substitue à la permanence des soins individuelle ou collective des médecins généralistes. Une prise de conscience de cette obligation déontologique paraît nécessaire, en particulier en ville.

L'implication des médecins généralistes dans le domaine des urgences nécessite une formation adaptée, actualisée, et une reconnaissance de la mission de service public ainsi rendue. La récente modification de la nomenclature avec la lettre clef M.U. est un début de réponse et pourrait inciter les médecins généralistes à s'investir encore davantage dans ce champ d'activité qui ne représente qu'un peu plus de trois pour cent des actes du médecin généraliste, mais qui est incontournable sur le plan de l'éthique et de la santé publique.

c) Vieillesse de la population en Limousin.

En 1996 est mise en place une commission sur le vieillissement de la population regroupant des médecins gériatres de ville et hospitalier, afin de faire le point sur la prise en charge de la personne âgée en Limousin et améliorer celle-ci.

d) Maintien à domicile.

Le département de la Haute-Vienne en 1995 a été désigné comme un des douze sites expérimentaux pour la mise en place de la « Prestation Expérimentale Dépendance ». Cette prestation, qui s'adresse aux personnes âgées de plus de soixante-cinq ans, dépendantes et vivant à leur domicile, est composée de l'allocation compensatrice tierce personne à laquelle peut s'ajouter une prestation

supplémentaire dépendance qui doit être utilisée en rémunération de service.

L'URML du Limousin a participé aux groupes de travail chargés de proposer des aménagements à cette procédure, purement sociale, et a organisé une journée de formation et de réflexion auprès des médecins généralistes.

e) Nicomed.

Le programme Nicomed est un programme national de formation de médecins généralistes à l'arrêt du tabac sous la Direction Générale de la Santé (1999) et en partenariat avec l'URML du Limousin.

L'URML du Limousin a prêté ses locaux, fourni les adresses des généralistes de chaque département, et envoyé des courriers invitant les médecins généralistes à cette formation.

3) Représentation de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

3.1) Gynoncolim.

Le réseau de soins en cancérologie du Limousin (Gynoncolim) est défini au sein de l'article L712-3-2 du code de la santé publique. Il met en partenariat sur la base d'une association loi 1901 les médecins appartenant à des établissements de santé publics et privés de la région Limousin. Le réseau couvre l'ensemble des activités de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement, de suivi, de formation et d'information, nécessaires à la prise en charge des patients atteints de cancers gynécologiques ainsi que la promotion de la prise en charge multidisciplinaire dans le traitement. Le bureau de l'association est l'interlocuteur de l'ARH et a pour mission d'assurer le choix et la diffusion des bonnes pratiques en cancérologie gynécologique, de faciliter le développement de la recherche clinique, de contribuer à l'enseignement et à la formation continue des membres du réseau.

L'URML du Limousin est un des membres de gynoncolim par le biais des Dr Jacquet et Renaudie. Une concertation multidisciplinaire régulière a lieu quatre fois par mois pour présenter des dossiers de patients atteints de cancers gynécologiques.

Gynoncolim produit régulièrement des thesaurus relatifs au cancer gynécologique. En 2000, cinq cent quatre-vingt-cinq dossiers de patients ont été présentés lors des concertations pluridisciplinaires et qui pour certains ont été analysés dans le cadre d'une démarche d'évaluation quantitative et qualitative.

3.2) Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.

3.2.1) Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS).

Les Conférences Régionales de Santé créées en 1996 ont pour objet de définir des priorités de santé publique pour la région. Une instance de pilotage a dû être instituée : Le Comité Permanent. La loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions du 29 juillet 1998 a institué un Comité Régional. Le décret 98-1216 du 29 décembre 1998 élargit le champ d'intervention du Comité Régional, prévu initialement pour les populations défavorisées, à l'ensemble du dispositif de réflexion sur la santé publique agréé par les comités de la Conférence Régionale de la Santé. Le comité régional a deux volets, un volets spécifique pour la lutte contre l'exclusion (le PRAPS) et un volet de poursuite de l'activité du comité permanent. Le décret 98-1216 du 29 décembre 1998 fait obligation au Préfet de Région de fixer un programme régional d'accès à la prévention et aux soins, avec des objectifs et des actions. L'URML du Limousin est invitée comme représentant des médecins libéraux dans le comité régional relatif à la lutte contre l'exclusion, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins, et au niveau départemental dans les comités départementaux de la Haute-Vienne, de la Creuse et de la Corrèze, afin de participer à des groupes de travail relatifs à la prévention du suicide, à la prise en charge des problématiques de santé dans les structures d'hébergement social, de l'accompagnement individualisé à la santé ou du portage de médicament au domicile de personne.

3.2.2) Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques en Corrèze.

La commission est prévue par décret, et elle est mise en place par arrêté préfectoral. Il a été demandé lors du renouvellement de cette commission à l'URML du Limousin de nommer un médecin psychiatre libéral.

3.2.3) Comité Départemental de suivi de traitements de substitution de la Toxicomanie.

Il est mis en place dans chaque département conformément à la circulaire ministérielle en date du 31 mars 1995 relatif au traitement de substitution, un comité départemental de suivi des traitements de substitution de la toxicomanie. Tous les

deux ans lors du renouvellement des membres du comité placé sous la présidence du médecin inspecteur de santé publique, il est demandé à l'URML du Limousin de nommer un représentant des médecins de ville prescripteur de médicaments de substitution.

Les missions du comité sont :

- De contribuer à l'organisation de la prescription et de la délivrance des médicaments de substitution,
- De conseiller les professionnels de santé,
- De veiller à la bonne utilisation des nouveaux médicaments de substitutions.

Il y est discuté de l'avancement du réseau méthadone, des moyens financiers engagés, des problèmes de moyen en personnel, du nombre de personnes incluses dans les traitements de substitution, et du nombre de médecins généralistes ou spécialistes prescripteurs de Subutex ®. Le comité fait le bilan de l'activité du réseau toxicomanie, toxicomanie soin réseau 87, s'occupe de la formation des médecins généralistes met en place des projets d'échange de seringues.

3.2.4) Commission régionale d'agrément des établissements privés de cure et de prévention.

La commission régionale d'agrément des établissements privés de cure et de prévention comprend, notamment dans sa composition fixée par le décret 70-41 du 13 janvier 1970, un médecin qualifié par des connaissances particulières de médecine hospitalière, désigné par les syndicats médicaux intéressés. C'est pourquoi le directeur régional de la DRASS demande au président de la section « spécialistes » de l'URML du Limousin de nommer deux médecins réunissant les conditions précitées.

3.3) Programme Régional de Santé sur le cancer.

Le programme régional de santé est un programme pluriannuel qui peut comporter des actions de promotion et d'éducation pour la santé, de prévention, de soins, de rééducation et de réinsertion. Il répond aux attentes de la Conférence Régionale de Santé.

Il est élaboré par un groupe de programmation et mis en œuvre en coordination, notamment avec les collectivités territoriales, les organismes de protection sociale, les institutions et les établissements de santé, les professionnels et les associations qui y participent. Il réalise un état des lieux, identifie les besoins de la population, établit

des priorités, formule des objectifs, détermine les activités pour atteindre ces objectifs et assure le suivi et l'évaluation. Ces groupes sont composés de douze personnes issues du milieu institutionnel, associatif ou professionnel. Ainsi un représentant de l'URML est agréé pour y représenter les médecins généralistes afin de participer à l'élaboration du Programme Régional de Santé concernant la lutte contre le cancer en Limousin. Ce groupe est secondé par un groupe référent composé de deux cancérologues, d'un représentant de l'URML, du directeur de l'Observatoire Régional de la Santé, d'un médecin inspecteur de santé publique et d'un représentant de la DRASS.

Un groupe régional travaille sur la prévention des risques liés au soleil, qui détaille les objectifs opérationnels du programme sur la prévention des cancers de la peau et détermine les fiches d'actions (calendrier, ressources, évaluation et budget).

Un Comité Technique Régional de Cancérologie est institué par le préfet de région dans le cadre du Comité Régional des Politiques de Santé, il est présidé par le directeur de la DRASS. Deux représentants de l'URML du Limousin sont présents dans le comité au titre de médecin généraliste et spécialiste. Il travaille notamment sur le dépistage du cancer du sein et du cancer colo-rectal.

3.4) Le registre général des cancers en région Limousin.

Réglementairement, la conférence régionale de santé a choisi comme un des deux thèmes prioritaires en Limousin, les problèmes des cancers. Le jury de la conférence régionale de santé a souligné l'importance de disposer d'un système d'information plus fiable et le rôle précieux de l'existence d'un registre qui permet de renseigner sur la morbidité cancéreuse.

Il est instauré au CHRU de Limoges une structure individualisée afin d'assurer la pérennité du registre général des cancers en région Limousin, fondé en 1982, réunissant l'ensemble des professionnels médicaux publics et privés. Le comité de suivi du registre général des cancers en région Limousine poursuit cette fonction dans un objectif de santé publique pour la population et avec des moyens plus adaptés. Ce comité de suivi comporte vingt-trois membres de droit dont le président de l'URML du Limousin.

Le registre des cancers dispose d'un conseil scientifique qui a comme fonction de coordonner, d'organiser les études, de valider les propositions de protocole proposées par l'un des membres du registre des cancers et de formaliser les grands

axes de recherche. Il comporte deux médecins désignés par l'URML du Limousin, un généraliste et un spécialiste.

L'URML du Limousin est sollicitée pour sensibiliser les médecins libéraux à établir une déclaration anonyme pour les nouveaux cas de malades cancéreux de la région ayant un suivi thérapeutique hors de la région ou un diagnostic uniquement clinique ou radiologique.

3.5) Préfecture.

3.5.1) Délégation Régionale aux Droits des Femmes.

Lors de la campagne d'information sur la contraception en 2001, il a été demandé à L'URML du Limousin de nommer un représentant des médecins, partenaire de cette délégation. L'URML a été également sollicitée pour assurer la distribution du guide de poche des contraceptions dans les cabinets médicaux.

3.5.2) Plan Régional pour la Qualité de l'Air (PRQA).

La loi 96-1236 du 30 décembre 1996, sur l'air et l'utilisation rationnelle de l'énergie et le décret 98-362 du 6 mai 1998 définissent le plan régional pour la qualité de l'air.

Un groupe de travail concernant la santé est constitué dans ce plan, et l'URML du Limousin est un des représentants des personnalités qualifiées.

L'objectif de ce plan est de faire une présentation de la problématique air et santé, de discuter sur les orientations du groupe de travail, et d'organiser celui-ci dans sa réalisation. Ces travaux s'appuient sur le bilan des indicateurs de santé des pathologies pouvant être liés à la pollution atmosphérique en Limousin, et conduisent à des études pour l'évaluation de l'impact sanitaire de la pollution atmosphérique.

3.6) La Caisse Primaire d'Assurance Maladie, le Comité Médical Paritaire Local.

Au sein des trois CPAM de la région, est créé un comité médical paritaire local, composé de membres délibératifs et de membres consultatifs.

Les membres délibératifs sont composés de deux sections :

- Une section professionnelle, comprenant quatre membres titulaires et suppléants représentant le ou les syndicats médicaux généralistes signataires de la Convention.
- Une section sociale, assurée par deux médecins-conseils pour le régime général, un médecin-conseil pour la MSA (Mutualité sociale agricole), et pour le régime des professions indépendantes.

Les membres consultatifs sont représentés par un médecin généraliste représentant le Conseil de l'Ordre, un médecin-conseil consultatif supplémentaire et un médecin désigné par le président de la section généraliste de l'URML du Limousin ceci depuis quelques années.

Le Comité Médical Paritaire Local est le conseiller médical de la commission conventionnelle paritaire locale, il exerce toutes les missions qui lui sont confiées dans le cadre de la maîtrise médicalisée (évolution des pratiques médicales individuelles et locales) et peut proposer des thèmes de recommandations et de références médicales à faire diffuser aux médecins. Il instruit et se prononce dans le suivi des règles conventionnelles sur les dossiers individuels présentés par les services médicaux dans le cadre d'anomalies de prescriptions par un médecin.

Ainsi le comité médical paritaire local a réalisé différents travaux sur le dépistage de l'Ag Hbs chez les femmes enceintes, la prise en charge des diabètes non-insulino-dépendants traités par des antidiabétiques oraux, les prescriptions et les modifications d'AMM des héparines de bas poids moléculaire, le contrôle des actes de chirurgie de la cataracte, la chirurgie des prothèses totales de hanche, la prise en charge de l'hypercholestérolémie de l'adulte en prévention primaire des affections cardio-vasculaires.

Il a été demandé à l'URML de publier dans son journal d'information adressé à tous les médecins conventionnés de la région, une information concernant les nouvelles relations masso-kinésithérapeutes et médecins prescripteurs.

3.7) URCAM.

3.7.1) La maladie d'Alzheimer.

L'URCAM dans le cadre de son travail a inscrit la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Un groupe de travail est mis en place, il est composé de médecins-conseils de l'assurance maladie, d'un médecin hospitalier, d'un représentant de

l'association France-Alzheimer, et d'un représentant des médecins généralistes libéraux mandaté par l'URML du Limousin.

Les objectifs de la mission du groupe de travail sont :

- Respect des indications et des critères de prise en charge médicamenteuse,
- Description des patients pris en charge par les traitements,
- Détermination d'un consensus local de la prise en charge médicalisée,
- Définition d'un cahier des charges permettant une prise en charge globale dans des conditions optimales.

3.7.2) La prise en charge du diabète non-insulino-dépendant.

Dans une optique de santé publique et d'optimisation du système de soins en Limousin, l'URCAM du Limousin a effectué une évaluation du suivi des patients diabétiques non traités par insuline. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'une recherche de la qualité des soins, afin de faire un état des lieux à partir des données informatiques des caisses (Dosage de la créatine, micro albuminurie, consultation ophtalmologique), une diffusion d'informations des recommandations de bonnes pratiques, et une proposition de formation médicale continue. Les recommandations de l'ANAES, élaborées par des médecins généralistes et spécialistes ont constitué le référentiel de ce travail. L'URML du Limousin participe aux côtés de l'URCAM à la diffusion des résultats aux professionnels de santé sous formes de plaquettes.

3.7.3) Comité de suivi des actions de prévention.

En 1999 dans le cadre de sa mission de coordination de la politique de santé publique et de prévention, l'URCAM a décidé de mener une action régionale sur le tabac, centré d'une part sur l'éducation des petits et d'autre part sur l'aide aux sevrage tabagique des jeunes. L'URCAM demande à l'URML du Limousin que des représentants des médecins libéraux aident le groupe de travail à définir concrètement le plan d'action, la connaissance des difficultés et expériences rencontrées par les généralistes face au problème du tabac. Un pneumologue et un généraliste participent à ce groupe de travail.

L'URCAM en collaboration avec l'URML du Limousin favorise le développement de la formation continue des médecins dans le cadre des Journées

Médicales du Limousin 2000, le programme Nicomed est une formation des généralistes au sevrage anti-tabagique.

L'URML du Limousin encourage les programmes de formation, favorise la sensibilisation des médecins et des enseignants aux problèmes dans le sevrage tabagique, et soutient la formation anti-tabac dans le cadre de la formation médicale continue.

3.7.4) Programme régional annuel de la gestion du risque.

a) Prise en charge de la ménopause en Limousin, en matière de traitement hormonal substitutif.

La mission de ce groupe est de :

- Dresser un état des lieux de la prise en charge de la ménopause, en Limousin, en matière de traitement substitutif sur la population féminine âgée de cinquante à soixante-quatre ans,
- Rechercher les disparités géographiques,
- Communiquer les résultats aux professionnels de santé,
- Amener à une réflexion sur l'harmonisation des pratiques en particulier en vue de la prévention de l'ostéoporose,
- Diffuser des recommandations aux assurées.

La mission est réalisée avec la participation de tous les régimes d'assurance maladie et L'URML du Limousin qui a délégué un représentant.

En mai 2001 il est présenté la plaquette d'information à destination du public, et le groupe de travail est sollicité pour la prise en charge des frais d'envoi des vingt mille plaquettes dans les cabinets médicaux de la région.

b) Prise en charge de la grossesse.

En 1999, l'URCAM met en place un groupe de travail chargé d'étudier le développement d'un réseau de soins pour la prise en charge de la grossesse sur le département de la Corrèze dont la démarche est de contribuer à la diminution du taux de mortalité périnatale et d'améliorer le dispositif par une meilleure implication des professionnels de santé et le développement d'une complémentarité entre les structures hospitalières et la médecine de ville. Un représentant de L'URML du Limousin participe au groupe de travail. Le travail se déroule en plusieurs étapes, définition méthodologique de l'étude, évaluation du suivi des grossesses et exploitation des résultats, information des professionnels de santé et définition d'outils pour améliorer le dispositif.

c) Comité de dépistage du cancer colo-rectal.

En 2000 conformément aux idées directrices du programme régional de santé, l'URCAM met en place un comité de travail sur le dépistage du cancer colo-rectal avec le concours de médecins généralistes et de gastro-entérologues nommés par l'URML du Limousin.

Le travail consiste dans un premier temps à étudier la faisabilité du dépistage organisé du cancer colo-rectal par le test Hémocult II® et à mettre en place une structure de gestion ayant pour mission la gestion permanente du programme (gestion du fichier centralisé, envoi des invitations et des relances, envoi des résultats, recueil des données pour évaluer le programme de dépistage).

3.7.5) Programme de dépistage du cancer du sein.

Il est constitué une association pour le dépistage du cancer du sein en Haute-Vienne pour :

- Mettre en œuvre dans le cadre de l'accord intervenu entre l'Etat, les Départements et les Caisses d'Assurance Maladie, une campagne de dépistage systématique du cancer du sein auprès des femmes résidant en Haute-Vienne,
- Recueillir toutes les informations nécessaires à l'organisation, au suivi et à l'évaluation de la campagne dans le respect de la déontologie et du secret médical,
- Procéder régulièrement à l'évaluation scientifique et financière du programme.

Le conseil d'administration est composé de vingt-trois membres dont des représentants des différentes caisses, des médecins libéraux spécialistes et généralistes nommés par le président de l'URML du Limousin ainsi qu'un représentant de l'URML à titre consultatif.

Un comité technique est mis en place pour faire le suivi des procédures médicales, de la gestion financière, des données de l'évaluation et de la mise en place du système d'information. Il comprend entre autres deux spécialistes et un médecin généraliste nommés par l'URML du Limousin.

Ainsi l'URML participe au programme de dépistage du cancer du sein, et sensibilise si besoin les médecins généralistes par courriers aux spécificités du programme.

3.7.6) Comité Paritaire Régional de Formation Professionnelle Conventionnelle.

Le Comité Paritaire Régional de Formation Professionnelle Conventionnelle comprend deux sections (la section professionnelle et la section sociale) de quatre membres chacune dont les modalités de désignation sont définies par l'article 8.1.1 de la convention nationale conclue avec les médecins généralistes.

Le président de la section généraliste de l'URML du Limousin participe au comité avec voix consultative.

Le comité a pour mission :

- De déterminer les objectifs régionaux de la formation professionnelle conventionnelle,
- D'arrêter les thèmes régionaux qu'il transmet pour information au Conseil Scientifique Régional,
- De définir le cahier des charges des actions de formation ainsi que le calendrier des appels d'offres,
- De dresser un bilan des actions de formation promues dans le cadre conventionnel au cours de l'année écoulée.

Le comité agréé les organismes de formation à champ d'action régional ou départemental qui souhaitent participer aux actions de formation professionnelle conventionnelle. Cet agrément est accordé par le comité sur avis du conseil scientifique régional.

3.7.7) Formation régionale pluri-professionnelle : Les soins palliatifs.

L'ARH et l'URCAM mettent en place en 2001 un groupe de pilotage pour déterminer le contenu de la formation ayant pour thème « Les soins palliatifs ». Il est constitué essentiellement de professionnels de santé libéraux et hospitaliers avec la présence de deux représentants de l'URML du Limousin. L'URML a déposé un projet FAQSV pour cette action de formation, en effet le coût en est assez important pour les médecins libéraux.

3.7.8) Les hépatites virales.

L'URCAM dans sa politique de santé met en place un groupe de travail sur les sérologies des hépatites virales A, B, C et le dépistage de l'Ag Hbs chez la femme enceinte, avec la participation de deux médecins représentant l'URML du Limousin.

Une plaquette d'information visant les médecins généralistes sur l'aide à la prescription des sérologies virale A B C sera diffusée dans le bulletin d'information de l'URML du Limousin.

Un forum sur l'hépatite C en partenariat avec l'URML, l'URCAM, la DRASS et le CHRU a été mis en place en 2000, pour dresser un état des lieux concernant le dépistage de l'hépatite C. Deux représentants de l'URML participent à ce groupe de travail. Ainsi l'URML mène une action de santé publique, aidant au dépistage, permettant aux patients par la connaissance de leur statut l'accès au soin mais aussi :

- D'avoir des données épidémiologiques régionales,
- De mener une action ville hôpital gérée par la médecine générale,
- De favoriser la communication ville, hôpital et CPAM,
- De promouvoir la région.

V. Mise en parallèle avec les autres Unions Régionales des Médecins Libéraux.

1) Introduction.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin fait partie d'un ensemble regroupant vingt-six Unions, il nous est apparu intéressant d'analyser et de comparer les différentes Unions à partir d'un questionnaire sur les études réalisées, les budgets et les effectifs des URML. En France, on compte cent quatorze mille sept cent cinquante-sept médecins libéraux dont soixante mille quatre cent quarante-six médecins généralistes et cinquante-quatre mille trois cent onze médecins spécialistes, répartis en vingt-six unions régionales et qui élisent tous les six ans mille cent représentants au sein des Unions Régionales des Médecins Libéraux. Les régions sont très hétérogènes tant par leur situation géographique (Milieu urbain, campagne, insularité et département d'outre-mer) que par le nombre de médecins libéraux (vingt-quatre mille cent quatre-vingt-treize médecins en Ile-de-France cinq cent quatre-vingt-onze médecins en Corse), mais aussi par la population qui compose la région.

La région du Limousin est peu peuplée. Elle comptait au dernier recensement de l'INSEE en 1999, sept cent dix mille sept cent quatre-vingt-dix-sept habitants et a la moyenne d'âge de ses habitants la plus élevée de France. Le nombre de médecins libéraux, inscrit au tableau de l'Ordre des Médecins lors de la dernière élection en mai 2000 était de huit cent cinquante-six médecins généralistes et de cinq cent vingt-

quatre médecins spécialistes, ce qui fait de l'URML du Limousin la plus petite des URML après la Corse et les URML des DOM.

Le questionnaire adressé à chaque URML a eu un taux de réponse très faible (quatre réponses sur vingt-six URML) ne permettant pas le travail envisagé, les données obtenues résultent des recherches faites dans les différentes revues de la presse médicale et sur le site Internet de l'URML d'Ile-de-France.

Ce travail s'efforcera de mettre en parallèle les différents travaux des URML (dont l'URML est le seul promoteur), les budgets et les effectifs afin de mieux comprendre les fonctions, les difficultés de l'URML du Limousin ou de ses avantages.

2) Etudes.

2.1) Les effectifs.

Le décret 93-1302 du 14 décembre 1993 définit le nombre d'élus par URML. Il est fixé par le nombre de médecins libéraux en activité inscrit au tableau du Conseil de l'Ordre des médecins (quinze élus pour cinq cents médecins libéraux, trente élus entre cinq cent un et trois mille médecins libéraux, quarante élus entre trois mille un et cinq mille médecins libéraux, soixante élus entre cinq mille un et dix mille médecins libéraux et quatre-vingts élus au-delà de dix mille un médecins libéraux).

Le tableau (1) met en évidence trois structures importantes (l'URML d'Ile-de-France, de Rhône-Alpes et de Provence Alpes Côte d'Azur) dont l'assemblée générale est composée de quatre-vingts médecins, six URML constituées de soixante médecins élus, trois URML sont composées de quarante médecins et presque la majorité des URML, dix sur vingt-six, ont une assemblée générale de trente médecins libéraux. Les URML des Départements d'Outre-Mer ont une assemblée plus petite puisque composée de dix médecins.

L'URML du Limousin possède une assemblée générale de trente médecins libéraux composée de généralistes et de spécialistes à part égale, ce qui à la lumière des autres URML est la moyenne des assemblées générales mais le nombre de médecins libéraux des régions comparables est supérieur à celui de la région du Limousin. Le nombre de médecins libéraux inscrits au tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins est compris entre cinq cent quatre-vingt-onze médecins pour la région Corse et deux mille neuf cent quatre médecins pour la région Poitou-Charentes. Ainsi l'URML du Limousin est dans la moyenne nationale des URML concernant la taille de son assemblée générale, mais le nombre de médecins exerçant à titre libéral dans la région limousine est nettement inférieur à la moyenne des régions correspondantes

(mille trois cent quatre-vingts médecins pour le Limousin et deux mille cent quatre-vingt-un médecins en moyenne dans les régions dont l'URML est composé de trente élus).

| Région : | Spécialistes Inscrits | Généralistes Inscrits | Sièges Spécialistes | Sièges Généralistes | Salariés |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------|------------------------|----------|
| Alsace | 1646 | 1800 | 20 | 20 | 3 |
| Aquitaine | 3059 | 3441 | 30 | 30 | * |
| Auvergne | 994 | 1362 | 15 | 15 | . |
| Bourgogne | 1147 | 1565 | 15 | 15 | . |
| Bretagne | 2182 | 2951 | 30 | 30 | . |
| Centre | 1714 | 2218 | 20 | 20 | . |
| Champagne-Ardenne | 911 | 1218 | 15 | 15 | . |
| Corse | 285 | 306 | 15 | 15 | . |
| Franche-Comté | 773 | 1134 | 15 | 15 | 1,75 |
| Ile-de-France | 13745 | 10348 | 40 | 40 | . |
| Languedoc- Roussillon | 2473 | 2978 | 30 | 30 | . |
| Limousin | 524 | 856 | 15 | 15 | 3,5 |
| Lorraine | 1668 | 2221 | 20 | 20 | . |
| Midi-Pyrénées | 2746 | 3054 | 30 | 30 | . |
| Nord-Pas de Calais | 2503 | 4102 | 30 | 30 | 4,5 |
| Basse-Normandie | 897 | 1313 | 15 | 15 | . |
| Haute-Normandie | 1196 | 1659 | 15 | 15 | . |
| PACA | 6363 | 5857 | 40 | 40 | . |
| Pays de Loire | 2148 | 3052 | 30 | 30 | . |
| Picardie | 1024 | 1683 | 15 | 15 | 2 |
| Poitou-Charentes | 1197 | 1767 | 15 | 15 | . |
| Rhône-Alpes | 5116 | 5561 | 40 | 40 | . |
| Guyane | . | . | 10 | 10 | . |
| Guadeloupe | . | . | 10 | 10 | . |
| Martinique | . | . | 10 | 10 | . |
| Réunion | . | . | 10 | 10 | . |
| Total : | 54311 | 60446 | 550 | 550 | |

(* : Donnée non connue)

Tableau 1 : Effectifs des URML.

Ce petit nombre de médecins est une difficulté supplémentaire pour une participation active des médecins libéraux dans les différents organismes du système de santé et des instances sanitaires en région Limousin et cela est majoré par un éclatement géographique de la région.

Le fonctionnement des URML ne peut pas reposer uniquement sur les membres de l'assemblée, la plupart des URML ont transféré une partie de l'activité de

secrétariat, de comptabilité, d'accueil téléphonique, de fonctions administratives ou d'attaché de projet vers des salariés employés à temps plein ou partiel suivant les besoins des URML. La faiblesse des résultats de l'étude ne peut conclure sur le nombre moyen de salariés dans les URML. En Limousin, il existe une secrétaire de direction, une secrétaire comptable, un directeur administratif et un attaché de projet ce qui semble être un effectif standard dans les autres URML.

2.2) Les budgets.

La loi a prévu le financement des URML par les médecins libéraux, l'article L 4134-6 du code de la Santé Publique en règle les modalités, quarante pour cent des sommes versées est réparti à part égale entre les URML et soixante pour cent est répartie au prorata du nombre d'électeurs. La somme est versée aux URML au mois d'août par l'ACOSS ce qui représente quatre-vingt-dix-huit millions de francs pour les vingt-six URML en 2000 dont cinq cents mille francs de frais de gestion.

Compte tenu de la loi, les budgets des URML sont disparates (Tableau 2), l'URML d'Ile-de-France possède le plus important des budgets avec douze millions de francs (quatre-vingts élus et vingt-quatre mille quatre-vingt-treize médecins libéraux) et l'URML de la Corse semble être le plus petit des budgets avec deux millions de francs (trente élus et cinq cent quatre-vingt-onze médecins libéraux). La moyenne des budget alloués aux URML composées de trente élus est de quatre millions deux cent soixante-cinq mille trois cent soixante-dix-neuf francs.

L'URML du Limousin apparaît ainsi comme l'une des URML possédant le plus petit des budgets avec deux millions cent quatre-vingt-dix mille francs soit de vingt pour cent inférieur à la moyenne des URML comptant trente élus et quarante-neuf pour cent inférieur à la moyenne générale des budgets des URML. Ce budget serait de moitié et dix-huit fois moins important que le budget de l'URML d'Ile-de-France si la loi ne prévoyait pas un partage de quarante pour cent (le prorata du nombre d'électeurs) entre les URML du budget global.

| REGION : | Budget de fonctionnement. | Budget d'indemnisation. | Budget 2000 : |
|----------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------|
| Alsace | 180000 | . | 7500000 |
| Aquitaine | . | . | 4500000 |
| Auvergne | . | . | 2900000 |
| Bourgogne | 945000 | . | 3200000 |
| Bretagne | . | . | 3500000 |
| Centre | . | . | 3800000 |
| Champagne-Ardenne | . | . | 2820000 |
| Corse | . | . | 2000000 |
| Franche-Comté | 1400000 | 270000 | 2460000 |
| Ile-de-France | . | . | 12000000 |
| Languedoc-Roussillon | . | . | . |
| Limousin | 560000 | 761000 | 2190000 |
| Lorraine | . | . | 3000000 |
| Midi-Pyrénées | 1350000 | 1200000 | 4500000 |
| Nord-Pas de Calais | 3700000 | . | 5200000 |
| Basse-Normandie | . | . | . |
| Haute-Normandie | 1240000 | 630000 | 3200000 |
| PACA | . | . | 7000000 |
| Pays de Loire | . | . | 3600000 |
| Picardie | 2722600 | 424500 | 3237580 |
| Poitou-Charentes | 1025000 | . | 2800000 |
| Rhône-Alpes | . | . | 5900000 |
| Guyane | . | . | . |
| Guadeloupe | . | . | . |
| Martinique | . | . | . |
| Réunion | . | . | . |
| Total : | 13 122 600 F | 3 285 500 F | 85 307 580 F |

(* : Donnée non connue)

Tableau 2 : Budget des URML.

Le budget de fonctionnement comprend la masse salariale, traitements et charge sociales, les frais de gestion, les dépenses relatives au secrétariat, et les dépenses annexes (électricité, frais postaux, etc), les chiffres recueillis ne sont pas tous comparables compte tenu de la définition. La moyenne retrouvée est d'un million quatre cent cinquante-huit mille francs et l'on peut estimer que cela représente plus du tiers du budget d'une URML. L'URML du Limousin apparaît avec

un budget de fonctionnement de cinq cent soixante mille francs soit le quart de son budget total, ce qui semble être inférieur à la moyenne.

Le budget d'indemnisation comprend le remboursement des frais de déplacement et l'indemnisation de la perte d'activité des représentants des URML (élus ou non) lors de leur activité pour celle-ci, le faible taux de réponse et la non-divulgateion de ces chiffres dans la presse médicale ne permettent pas d'en faire une analyse globale. Toute fois, ce budget représente de onze pour cent à trente-quatre pour cent du budget total des URML concernées (URML de trente élus) et si on le rapporte au nombre d'élus, il varie de neuf mille francs à vingt-cinq mille trois cent soixante francs par élu et par an (sachant que des médecins non élus peuvent recevoir une indemnisation pour une représentation dans les différents organismes de santé et mandatée par les URML). L'URML du Limousin semble avoir un budget d'indemnisation important (sept cent soixante et un mille francs pour un budget de deux cent dix-neuf francs soit trente-cinq pour cent) et croissant depuis le début de sa création comme toutes les URML, il est le résultat d'un travail actif et d'une représentation dans les instances sanitaires et dans les organismes participant au système de santé en région Limousin, les données recueillies ne permettent pas de les comparer avec les autres URML.

2.3) Les études.

Le rôle des URML est défini par la loi 93-8 du 4 janvier 1993 et son décret 93-1302 du 14 décembre 1993, depuis leur création, elles ont réalisé un certain nombre d'études relatives à leur mission sur :

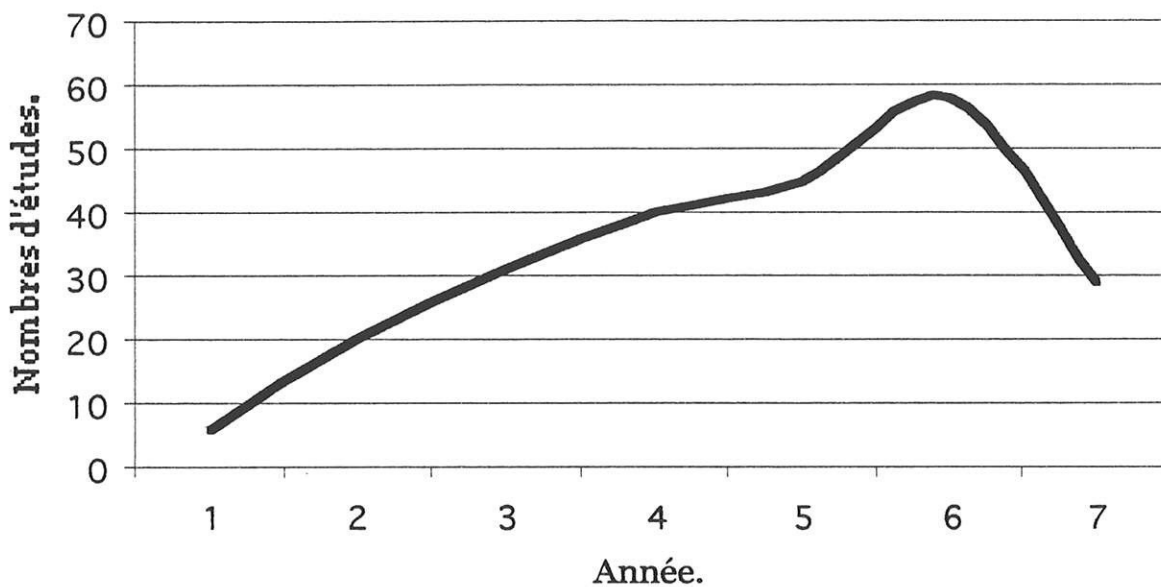
- L'analyse et l'étude relatives au fonctionnement du système de santé et à la promotion de la qualité des soins, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux.
- La coordination avec les autres professionnels de santé.
- L'information et la formation des médecins et des usagers.
- L'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins.
- L'organisation et régulation du système de santé.
- La prévention et action de santé publique.

Le recueil des données a été possible à partir du questionnaire envoyé aux URML (quatre réponses) mais surtout à la mise en ligne sur le site Internet de l'URML d'Ile-de-France des études réalisée par dix-neuf URML de France jusqu'en

juin 2001 (Graphique 1 et 2). La liste est partielle car les URML ne mettent pas toutes leurs études sur le site.

Ainsi on dénombre deux cents dix huit études portant sur les missions fixées par la loi et onze études non classables.

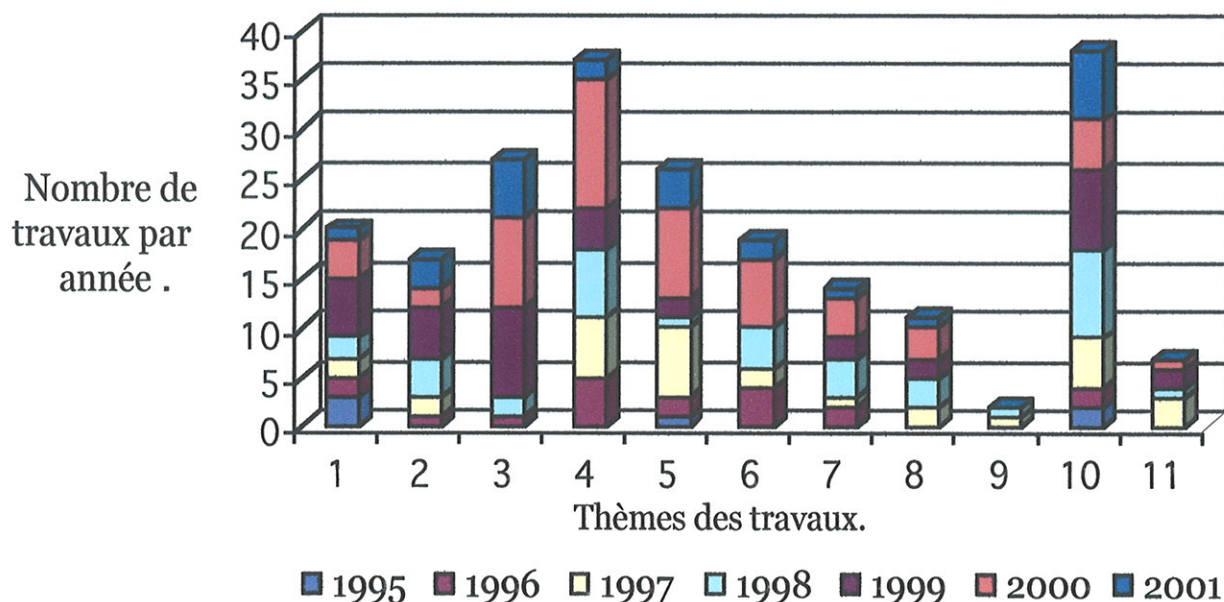
Graphique 1 :Nombres d'études des URML par année.



1 : 1995 2 : 1996 3 : 1997 4 : 1998 5 : 1999 6 : 2000 7 : 2001

Le nombre d'études par année est en hausse depuis le début de la création des URML, ce qui traduit une installation progressive de leur charge de travail tout à fait compatible à la création récente de ces organismes. Le nombre important de publications pour l'année 2000 peut s'expliquer de deux façons, soit il s'agit d'une hausse entrant dans le cadre de sa progression de publication, soit cela est à rattacher au fait que se sont tenu en 2000 les élections pour le renouvellement de ses élus et qu'un certain nombre d'études ont été finalisées avant leurs tenues. Pour l'année 2001 le décompte s'est arrêté en juin.

Graphique 2: Répartition des études et des actions réalisées par les URML.



1 : Organisation et régulation du système de santé.

2 : Fonctionnement du système de santé.

3 : Promotion de la qualité des soins.

4 : Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles pour la qualité des soins.

5 : Exercice libéral de la médecine.

6 : Evaluation des besoins médicaux.

7 : Epidémiologie.

8 : Prévention et action de santé publique.

9 : Coordination avec les autres professionnels de santé.

10 : Information et formation des médecins.

11 : Information et formation des usagers.

Le classement des études et des actions réalisées par les URML par thème (définis par la loi), met en évidence la prédominance de certains sujets (Graphique 2). Tout ce qui concerne la promotion de la qualité des soins et l'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles pour la qualité des soins a été le principal promoteur d'études et actions des URML depuis leur création, on en

dénombrer soixante-quatre soit trente pour cent des travaux totaux. Ces thèmes ont été les plus développés au cours des années 1996, 1998, 1999, 2000 et 2001. L'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles pour la qualité des soins est à elle seule l'une des tâches principales que s'est fixée l'ensemble des URML.

Deux autres thèmes d'études apparaissent prépondérants, il s'agit de la formation et de l'information des médecins, et de tout ce qui se rapporte au système de santé dans son organisation, sa régulation ou son fonctionnement. Ces deux thèmes représentent chacun dix-sept pour cent des études et actions réalisées par les URML. Concernant la formation et l'information des médecins, il en ressort qu'en 1997, 1998 et 2001 c'est le deuxième thème pourvoyeur d'études.

Les URML ont également porté leurs travaux sur l'exercice libéral de la médecine et cela représente douze pour cent des études et actions, thème important car en 1997 les URML ont été les plus productives dans ce domaine.

La coordination avec les autres professionnels de santé a été peu contributive en études et actions.

Une analyse brève sur la durée de réalisation de ces études montre qu'il faut un an pour la plupart, mais que près de dix-huit pour cent des études nécessitent un travail d'environ deux à trois ans et que sept pour cent des études ont été réalisées sur une période de trois à quatre ans.

Concernant l'URML du Limousin, on dénombre treize études sur six ans, la moyenne pour les URML (toutes tailles confondues) est de onze études sur la période 1995-2001, et la moyenne des URML ayant trente élus est de dix études. L'URML du Limousin apparaît comme une URML active malgré son nombre d'élus, mais il faut plutôt signaler que les URML ne publient pas toutes leurs études, que le nombre total d'études ou actions est minoré sur le site Internet, et qu'il y a un biais de recrutement.

3) Conclusion.

L'URML du Limousin apparaît comme une structure de petite taille par le nombre d'élus mais également par le nombre de médecins électeurs. L'activité d'une Union varie en fonction de l'implication de ses élus, mais aussi des médecins libéraux de la région. Le nombre de travaux qu'a réalisés l'URML du Limousin semble être comparable aux autres Unions. La faiblesse des données concernant les budgets ne permet pas de conclure.

VI. Discussion.

Comme nous venons de le voir, l'URML du Limousin est une structure regroupant trente élus, issus d'une population de mille trois cent quatre-vingts médecins libéraux, Union de faible dimension par rapport à ses homologues que sont l'Ile-de-France ou la région Provence Alpes Côtes d'Azur. Mais l'Union après six ans de fonctionnement semble s'être implantée dans les différents organismes sanitaires régionaux conformément à la loi.

L'URML du Limousin, a réalisé un ensemble d'actions seule, plutôt administratifs (trésorerie) au début, puis a élaboré des dossiers de plus en plus importants, sur la formation médicale ou la qualité des soins (Action de formation en soins ambulatoires sur la prise en charge de la douleur chronique chez les personnes âgées vivant à domicile et étude de l'impact de cette action de formation, partenaire de la Faculté de Médecine de Limoges dans le cadre d'un Diplôme d'Université d'évaluation en médecine, étude sur les causes environnementales entraînant des chutes avec fractures ou contusions au domicile des personnes âgées : étude « parachute »).

L'URML du Limousin a réussi au cours de ces six années à s'impliquer progressivement non sans heurts dans les instances sanitaires de la région. Et c'est peut-être aussi grâce aux ordonnances dites Juppé de 1996 avec la création de l'ARH mais surtout de l'URCAM, que l'URML a pu renforcer son rôle auprès des différents organismes par sa représentation dans les groupes de travail (En 1999, une charte est signée entre l'URCAM et l'URML du Limousin pour joindre leurs efforts et leurs compétences).

Plusieurs points sont sujets à conflit notamment l'absence de décret d'application qui aurait rendu les Unions destinataires des données issues des cabinets médicaux comme la Feuille de Soins Electroniques ou les données médico-sociales. Ce qui met l'Union dans l'incapacité d'analyser sereinement ces données voire de disposer de chiffres plus pertinents au niveau régional mais aussi national. En effet, le partage et la fiabilité de l'information sont indispensables à double titre. Sur le plan de l'évaluation des pratiques professionnelles et de l'organisation du système de santé, il faut disposer d'informations bien établies de manière à pouvoir choisir les stratégies les mieux appropriées. Et sur le plan financier, le système d'information de l'Assurance Maladie produit des données qui servent à la fois aux décomptes individuels et au calcul des enveloppes collectives nationales. Les enjeux

financiers sont donc importants et chacun convient qu'ils ne peuvent être appréciés que dans un cadre statistique fiable.

De nombreux dossiers ou actions sont régulièrement développés avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie ou la DRASS et il est omis de façon répétitive la participation de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin à ces travaux de manière volontaire ou non, mais l'URML du Limousin est parfois considéré comme un simple prestataire de services c'est-à-dire à l'acheminement de courriers auprès des médecins libéraux de la région.

L'activité de l'URML du Limousin comporte une présence active dans les instances sanitaires à la demande de celle-ci pour faire part de l'expérience des médecins de ville (réseaux de soins, coordination pluridisciplinaire) et conformément à la loi. Mais cette représentation est difficile d'une part du fait des horaires des groupes de travail non compatibles et difficilement adaptables avec l'activité du médecin libéral représentant l'URML du Limousin et d'autre part du coût engendré par l'indemnité octroyée aux médecins de ville, poste de dépenses de plus en plus important. Se pose ainsi le risque d'une professionnalisation de cette activité de représentation de l'URML du Limousin dans les instances sanitaires où les médecins libéraux n'auraient pratiquement plus d'activité de soins en médecine de ville donc d'expérience de terrain, mais auraient l'avantage d'être des professionnels de la médecine libérale plus disponibles et peut-être plus aguerries au système d'organisation de la santé.

Le décret du 28 décembre 1999 concernant l'évaluation individuelle et collective des pratiques professionnelles pour améliorer la qualité des soins précise la loi du 4 janvier 1993, mais laisse aux sections la lourde tâche du financement de ces évaluations posant un problème majeur dans l'avenir pour l'équilibre financier de ses sections. Car cette évaluation des pratiques professionnelles est facultative, le nombre de médecins la souhaitant est inconnu et il est estimé qu'une évaluation coûterait entre quatre et six mille francs par médecins. De plus le décret prévoit une évaluation des médecins n'exerçant pas à titre libéral par les médecins évaluateurs habilités, mais les conditions d'évaluation et de rémunération de ces médecins habilités ne sont pas encore fixées par le Directeur de l'ANAES, ce qui pourrait accroître la charge financière des sections. Les sections auront peut-être la possibilité de déposer des projets FAQSV pour le financement de l'évaluation des pratiques professionnelles collectives et pourquoi pas individuelles. Il est à noter que pour l'instant le Conseil Scientifique de l'ANAES n'a pas encore statué sur les critères d'habilitation des

médecins évaluateurs, et que les sections des Unions ne sont pas impliquées dans le mode d'habilitation des médecins bien qu'elles les financent.

En 2000, il a été demandé par le Président de l'URML du Limousin un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS). Il note que l'Union avec l'instauration d'une comptabilité analytique probante, la réalisation de comptes rendus et procès verbaux documentés, l'aménagement dans de nouveaux locaux, et le renforcement de son pôle administratif sont autant d'indices d'une structure parvenue au stade opérationnel. Ainsi l'Union a choisi une stratégie de présence active dans les groupes de travail institutionnels régionaux et une approche centrée sur l'organisation et le chaînage des soins autour de pathologies plutôt que la réalisation ou le financement d'enquêtes épidémiologiques comme d'autres Unions. La taille restreinte de la région permet aux différentes institutions ainsi qu'aux individus de bien se connaître et d'éviter les dissensions et cela renforce le poids de l'URML du Limousin. Ainsi au fil des années l'Union est de plus en plus fréquemment sollicitée par ses partenaires institutionnels, soit à des fins de participation financière (demande de l'ORS pour l'information des médecins sur le dépistage du HIV), soit comme interface avec les médecins libéraux de la région par la DRASS, soit enfin comme pilote de projet. Sur le plan financier comme toutes les Unions, l'URML du Limousin dispose de fonds de placements conséquents (trente-deux pour cent des contributions dont elle a été bénéficiaire) mais modestes et l'on remarque un montant élevé des indemnités de présence et de déplacement versées à ses membres qui reflète un engagement dans les instances sanitaires régionales.

Le législateur, par naïveté, précipitation ou machiavélisme, a fait en sorte que les candidats aux URML soient présentés uniquement sur des listes syndicales, en faisant du même coup de ces élections un baromètre des différentes tendances et un champ clos des débats syndicaux parfois incompréhensibles de l'extérieur, les Unions sont nées désunies, ralentissant leurs actions et il a fallu du temps pour trouver l'équilibre. Après une phase de mise en place avec des médecins issus des syndicats, n'est-il pas légitime de rendre aux électeurs une responsabilité personnelle en leur permettant d'accéder aux corps éligibles appartenant ou non à un syndicat ? On peut également s'interroger sur la nécessité de maintenir deux collèges (généralistes et spécialistes) au sein des Unions, les deux structures ayant les mêmes rôles définis par la loi.

VII. Conclusion.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin existe depuis 1994, elle a su s'installer progressivement dans les organismes de santé par une présence active dans les groupes de travail institutionnels régionaux, et a favorisé une approche centrée sur l'organisation et le chaînage des soins autour de pathologies.

Conformément à la loi du 4 janvier 1993 et au décret du 14 décembre 1993, l'URML du Limousin participe à l'organisation du système de santé, à la promotion de la qualité des soins et à la formation professionnelle. De grands travaux sont en perspectives comme notamment l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins et la mise en place de réseaux de soins en cancérologie (pneumologie, urologie) au niveau régional. La participation aux groupes de travail dans les instances sanitaires régionales doit être de plus en décisionnelle et non simplement consultative.

La mise en parallèle avec les autres Unions s'est avérée difficile du fait d'un manque de réponse aux questionnaires, tant sur le sujet financier que sur les actions réalisées, l'étude est incomplète et comporte des biais. Un travail plus complet sur ce sujet peut être envisageable notamment si certaines Unions acceptent de partager leurs données.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alsace : les clivages syndicaux ont été dépassés. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6684, p4.

Apport du système d'information au niveau régional dans la prise en charge d'un problème de santé publique, le cas des fractures du col du fémur chez la personne âgée. Observatoire Régional de la Santé du Limousin, 2000, 25 p.

Aquitaine : un certain état d'esprit. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6686, p10.

Auvergne : un partenaire reconnu par tous. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6695, p3.

Basse-Normandie : une expérience qui doit servir d'exemple. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6698, p4.

BERESNIAK, A. et DURU, G. Economie de la santé. -(Quatrième édition). Paris : Masson, 1997.-181.-(Collection Abrégés de Médecine).

Bourgogne : un pionnier du projet Libéralis. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6688, p4.

BOURGUIGNON, A. Les CMR sont-ils condamnés à la paralysie. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6725, p5.

Bretagne : une réforme originale sur le partage des informations médicales. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6689, p4.

Centre : un interlocuteur indispensable. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6693, p4.

Champagne-Ardenne la satisfaction du « devoirs accompli ». Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6697, p4.

Haute-Normandie : un apport à la politique de santé publique. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6685, p6.

<http://www.legifrance.org>

<http://www.urml-idf.org>

Ile-de-France : une union développer le rôle de médecins. Le Quotidien du Médecin, 2000.

KELLER, B., L'IGAS critique sévèrement la gestion de l'union de l'Ile-de-France. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6683, p3-4.

Languedoc-Roussillon : une union qui a trouvé sa place. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6696, p4.

Limousin : les médecins et l'URCAM signent une charte de coopération. Le Quotidien du Médecin, 1999, n°6473, p8.

Limousin : un partenaire à part entière de la politique régionale de santé. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6690p4.

Lorraine : une amélioration de l'image de la médecine libérale. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6704, p5.

Midi-Pyrénées : à l'écoute des médecins libéraux pour servir la santé publique. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6692, p4.

MINSSART, Yann. La réforme du système de santé Français. -46p. Th : Méd. : Paris VI, Broussais Hôtel-Dieu : 1997 ;85.

NAUDIN-ROUSSELLE, P. VALLEJO, C. Les déchets d'activités de soins en exercice libéral. Santé publique, 1997, 9° année, n°3, pp. 267-284.

CLAVERANNE, J.-P. LARDY, C. POUVOURVILLE, G. et al. La Santé, demain vers un système de soins sans murs. Paris : Economica, 1999.-298p.

Corse : une union qui répond a des besoins régionaux. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6703, p9.

DALIGAND, L. JAQUES, M.-C.MARVALIN, S. et al. Sécurité sociale. -(Quatrième édition). Paris : Masson, 1998.-200p. (Collection Abrégés de Médecine).

DORION, Georges . et GUIONNET, André. La sécurité sociale. -(Septième Edition). Paris : Presses Universitaires de France, 1999.-127p. (Collection encyclopédique).

DUCHEZ, P. et al. La permanence des soins en Limousin. Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux du Limousin, 1998.-25 p.

DUPUIS, C. Poitou-Charentes : Le président de l'union affirme que le rapport de l'IGAS, lui est favorable. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6684, p4.

DURIEZ, Marc. LANCRY, Pierre Jean. LEQUET-SLAMA, Diane. et SANDIER, Simone., Le système de santé en France. -(Deuxième Edition). Paris : Presses Universitaires de France, 1999.-127. (Collection encyclopédique).

FENZY, A. Les unions sont utiles. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6758, p 10.

Franche-Comté une relative harmonie. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6705, p5.

GAUDIN, A.-M. Le réseau Intranet Libéralis ne fait toujours pas l'unanimité. Le Quotidien du Médecin. 1999, n°6608, p6-7.

GAUDIN, A.-M. Une expertise juridique très critique met en cause le financement du projet. Le Quotidien du Médecin, 1999, n°6608, p6-7.

GUISET, J. Faut-il évaluer les URML ?. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6795, p16.

Nord-Pas-de-Calais : relative entente syndicale. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6702, p6.

PACA : l'union n'a que trois ans. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6709, p8.

Pays de Loire : une instance bien intégrée dans le paysage régional. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6687, p5.

Picardie : des relations bien définies avec les autres partenaires. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6699, p4.

Poitou-Charentes : faire valoir le rôle de la médecine libérale. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6700, p4.

Rapport la santé en France 1996 du Haut comité de santé publique, 1996, (La documentation française).

Règlement intérieur de l'union régionale des médecins libéraux du Limousin. 1999.-8p.

Règlement intérieur de la section généraliste de l'union régionale des médecins libéraux du Limousin. 1997.-5p.

Règlement intérieur de la section spécialiste généraliste de l'union régionale des médecins libéraux du Limousin. 1998.-4p.

Rhône-Alpes : l'importance de l'évaluation. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6706, p5.

ROUDEN, C. Le syndicat des médecins de groupe appelle à voter blanc. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6693, p5.

RUSCH, E. Systèmes de soins hospitaliers (public et privé) et ambulatoires. La revue du praticien, 2001, 51, n°7. pp 797-804.

SAINT-RUF, M. Le rapport de l'IGAS, reproche à l'union de Rhône-Alpes la faiblesse de son activité. Le Quotidien du Médecin, 2000, n°6686, p9-10.

VIGUE, G. VRIGNEAUD, J. et al. Effet du cuivre contenu dans l'eau de boisson. Union Professionnelle Régionale des Médecins Libéraux du Limousin, 1998, 28 p.

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| Université de Limoges. | 2 |
| Remerciements. | 7 |
| Dédicaces. | 13 |
| Plan. | 14 |
| Liste des sigles. | 20 |
| I. Introduction. | 22 |
| II. Mise en place de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin. | 22 |
| 1) Introduction. | 22 |
| 2) Histoire de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin. | 22 |
| 3) Reconnaissance d'un jeune organisme par les différentes institutions. | 24 |
| | 24 |
| III. Rôles de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin. | 24 |
| 1) Introduction. | 24 |
| 2) Textes de loi définissant les Unions Régionales des Médecins Libéraux. | 25 |
| 2.1) Loi 93-8 du 4 janvier 1993 : dite loi Teulade. | 25 |
| 2.2) Décret 93-1302 du 14 décembre 1993. | 25 |
| 2.3) Textes modifiant les lois et décrets. | 25 |

| | |
|--|-----------|
| 2.3.1) Le financement de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin. | 29 |
| 2.3.2) Décret 96-206 du 12 mai 1996. | 29 |
| 2.3.3) Décret 97-316 du 8 avril 1997. | 30 |
| 2.3.4) Ordonnance 2000-548 du 15 juin 2000. | 30 |
| 3) Les ordonnances du 24 avril 1996 96-345 et 96-346 dites ordonnances Juppé. | 30 |
| 3.1) Ordonnance 96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins. | 30 |
| 3.2) Ordonnance 96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. | 31 |
| 4) L'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin dans les organismes de santé. | 32 |
| 4.1) Evaluation des pratiques professionnelles et analyse de l'évolution des dépenses médicales. | 32 |
| 4.2) Conseil National et Régional de la Formation Médicale des médecins exerçant à titre libéral. | 33 |
| 4.3) Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. | 35 |
| 4.4) Comité Médical Régional. | 36 |
| 4.5) Agence Régionale de l'Hospitalisation. | 37 |
| 4.6) Conférence Régionale de la Santé. | 38 |
| 4.7) Comité Régional de Gestion du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Villes. | 40 |
| 4.8) Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. | 42 |

| | |
|---|-----------|
| 4.9) Observatoire Régional de la Santé. | 43 |
| 4.10) Commission Régionale de la Naissance. | 44 |
| 4.11) Union Régionale des Caisses d'Assurances Maladies. | 45 |
| 5) Rôles de l'Assemblée générale, du bureau et des sections. | 46 |
| 5.1) Le bureau. | 47 |
| Le président, le vice-président, le trésorier, le trésorier adjoint, le secrétaire général et son adjoint. | |
| 5.2) Les sections. | 48 |
| La section généraliste. | |
| La section spécialiste. | |
| 6) Conférence Nationale des Présidents des Unions Régionales de Médecins Libéraux. | 49 |
| 7) Différences entre l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin, les syndicats médicaux et l'Ordre des médecins. | 50 |
| IV. Actions réalisées par l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin. | 52 |
| 1) Commissions de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin. | 52 |
| 1.1) Effets du cuivre contenu dans l'eau de boisson (1994-1998). | 52 |
| 1.2) Les déchets médicaux. | 54 |
| 1.3) Informatique. | 55 |
| a) Communauté virtuelle. | 55 |
| b) AFNOR. | 56 |
| 1.4) Action de formation en soins ambulatoires sur la prise en charge de la douleur chronique chez la personne âgée vivant à domicile, et étude de l'impact de cette action de formation. | 56 |

| | |
|---|-----------|
| 1.5) Le maintien à domicile. | 59 |
| 1.6) Le cas des fractures du col du fémur chez la personne âgée. | 59 |
| 1.7) Etude sur les causes environnementales entraînant des chutes avec fractures et contusions au domicile des personnes âgées : étude « parachute ». | 61 |
| 2) Commissions des sections. | 63 |
| 2.1) Section spécialiste. | 63 |
| 2.1.1) Schéma Régional d'Organisation Sanitaire. | 63 |
| 2.1.2) Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. | 63 |
| 2.1.3) Hôpital. | 64 |
| 2.1.4) Evaluation. | 64 |
| 2.1.5) Epidémiologie. | 64 |
| 2.1.6) Commission sur le vieillissement de la population en Limousin. | 64 |
| 2.1.7) Commission « médicaments à usage réservé ». | 65 |
| 2.2) Section généraliste. | 65 |
| 2.2.1) Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. | 65 |
| 2.2.2) Epidémiologie en médecine générale. | 67 |
| 2.2.3) Santé publique. | 68 |
| 3) Représentation de l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin. | 70 |
| 3.1) Gynoncolim. | 70 |

| | |
|---|----|
| 3.2) Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales. | 71 |
| 3.2.1) Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins : (PRAPS). | 71 |
| 3.2.2) Comité départemental des hospitalisations psychiatriques en Corrèze. | 72 |
| 3.2.3) Comité Départemental de suivi de traitements de substitution de la Toxicomanie. | 72 |
| 3.2.4) Commission régionale d'agrément des établissements privés de cure et de prévention. | 73 |
| 3.3) Programme Régional de Santé sur le cancer. | 73 |
| 3.4) Registre Général des Cancers en région limousine. | 74 |
| 3.5) Préfecture. | 75 |
| 3.5.1) Délégation Régionale aux Droits des Femmes. | 75 |
| 3.5.2) Plan Régional pour la Qualité de l'Air : PRQA. | 75 |
| 3.6) Caisse Primaire d'Assurance Maladie : Le comité médical paritaire local. | 75 |
| 3.7) Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie. | 76 |
| 3.7.1) La maladie d'Alzheimer. | 76 |
| 3.7.2) La prise en charge du diabète non insulino-dépendant. | 77 |
| 3.7.3) Comité de suivi des actions de prévention. | 77 |
| 3.7.4) Programme régional annuel de la gestion du risque. | 78 |
| 3.7.5) Dépistage du cancer du sein. | 79 |

| | |
|--|-----------|
| 3.7.6) Comité paritaire régional de formation professionnelle | 80 |
| 3.7.7) Formation régionale pluri-professionnelle : Les soins palliatifs. | 80 |
| 3.7.8) Les hépatites. | 80 |
| V. Mise en parallèle avec les autres Unions Régionales des Médecins Libéraux. | 81 |
| 1) Introduction. | 81 |
| 2) Etudes. | 82 |
| 2.1) Les effectifs. | 82 |
| 2.2) Les budgets. | 84 |
| 2.3) Les études. | 86 |
| 3) Conclusion. | 89 |
| VI. Discussion. | 90 |
| VII. Conclusion. | 93 |
| Références bibliographiques. | 94 |

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

RESUME

L'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin (URML) a été instituée par la loi du 4 janvier 1993 et le décret du 14 décembre 1993, institution de droit privé et d'intérêt public. Elle regroupe trente médecins libéraux élus par tous les médecins exerçant une activité libérale du Limousin.

L'URML du Limousin contribue à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la qualité des soins. Elle participe à la coordination avec les autres professionnels de santé, à l'information et la formation des médecins et des usagers, à l'évaluation des comportements et des pratiques professionnel en vue de la qualité des soins, à l'organisation et la régulation du système de santé et à la prévention et action de santé publique.

L'URML du Limousin a réalisé des études sur les effets du cuivre contenu dans l'eau de boisson, sur les causes environnementales entraînant des chutes avec fractures ou contusions au domicile des personnes âgées (étude « parachute »), a étudié un système d'information appliqué au cas des fractures du col du fémur chez la personne âgée et participe à la collecte des déchets médicaux en Limousin. Elle représente les médecins libéraux au niveau de la Conférence régionale de la santé, de l'Observatoire régional de la santé, de la CPAM, de l'URCAM, de la DRASS, de l'ANAES et du CMR.

MOTS-CLEFS

Union régionale des Médecins Libéraux du limousin, URML, système de santé, santé publique, évaluation des pratiques professionnelles.

Médecine générale

Faculté de Médecine
2 rue du Dr Marcland
87025 LIMOGES

RESUME

L'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin (URML) a été instituée par la loi du 4 janvier 1993 et le décret du 14 décembre 1993, institution de droit privé et d'intérêt public. Elle regroupe trente médecins libéraux élus par tous les médecins exerçant une activité libérale du Limousin.

L'URML du Limousin contribue à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la qualité des soins. Elle participe à la coordination avec les autres professionnels de santé, à l'information et la formation des médecins et des usagers, à l'évaluation des comportements et des pratiques professionnel en vue de la qualité des soins, à l'organisation et la régulation du système de santé et à la prévention et action de santé publique.

L'URML du Limousin a réalisé des études sur les effets du cuivre contenu dans l'eau de boisson, sur les causes environnementales entraînant des chutes avec fractures ou contusions au domicile des personnes âgées (étude « parachute »), a étudié un système d'information appliqué au cas des fractures du col du fémur chez la personne âgée et participe à la collecte des déchets médicaux en Limousin. Elle représente les médecins libéraux au niveau de la Conférence régionale de la santé, de l'Observatoire régional de la santé, de la CPAM, de l'URCAM, de la DRASS, de l'ANAES et du CMR.

MOTS-CLEFS

Union régionale des Médecins Libéraux du limousin, URML, système de santé, santé publique, évaluation des pratiques professionnelles.

Médecine générale

Faculté de Médecine
2 rue du Dr Marcland
87025 LIMOGES