



Rapport Annuel
sur les résultats de
gestion du risque
2005

Conseil du 12 juin 2006

UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Téléport 4 – Futuropolis 4 – BP 30188
86962 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL CEDEX
Tél. 05 49 49 10 90 – Fax 05 49 49 10 99
e-mail : urcam@urcam-poitou-charentes.fr
<http://www.urcam-poitou-charentes.fr>

PREAMBULE

L'URCAM, conformément aux dispositions prévues à l'article R 186-16 du code de la Sécurité Sociale, élabore pour la 9^{ème} année consécutive **un rapport annuel sur les résultats de gestion du risque des organismes membres.**

Ce document doit être adopté par le Conseil de l'URCAM. Il est également communiqué au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales, au Chef de Service Régional de l'Inspection du Travail, de l'Emploi et de la Politique Sociale Agricole, aux caisses nationales et aux organismes membres de l'union, qui participent activement à son élaboration.

Ce rapport permet ainsi d'avoir une vision d'ensemble des travaux et actions entreprises et finalisées au cours de l'année 2005 dans la région par l'ensemble des membres de l'Assurance Maladie.

Ce document avait été profondément revu dans sa forme l'an passé. Celle ayant reçu l'aval des lecteurs, le rapport 2005 est construit sur le même modèle. Toutefois, les missions évoluent et afin de décrire aussi justement que possible l'activité régionale de Gestion Du Risque, il intègre cette année le bilan de la première année de fonctionnement de la Mission Régionale de Santé (MRS) et celui des travaux effectués par la Commission Paritaire Régionale avec les médecins libéraux (CPR) et par les quatre Commissions Paritaires Locales (CPL).

Poitiers, mai 2006

Le Directeur,

Jean-Pierre ROBELET

Sommaire

Préambule	Page 2	
Sommaire	Page 3	
Activité régionale de GDR 2005		Tableaux de synthèse de l'engagement des organismes membres. Pages 46 à 48
<i>Priorités transversales</i>		
Prévention de la dépendance : PAPA	Page 6	
Bon usage des antibiotiques	Page 7	
Hormones de croissance	Page 8	
Prescriptions d'antibiotiques par les chirurgiens dentistes	Page 9	
Interactions médicamenteuses	Page 10	
Vertiges chez l'adulte	Page 11	
Maîtrise médicalisée	Page 12	
REPERES	Page 13	
Prise en charge du cancer du sein	Page 14	
Insuffisance rénale chronique	Page 15	
Abandon des traitements ODF	Page 16	
Santé dentaire en gériatrie	Page 17	
Santé dentaire des moins de 20ans en IME	Page 18	
Traitements et prescriptions bucco-dentaire des femmes enceintes	Page 19	
Adéquation entre offre et recours aux soins : URCAM de référence	Page 20	
Observatoire de la santé en milieu rural et agricole	Page 21	
Première installation des médecins généralistes	Page 22	
<i>Régulation des postes de dépenses et contrôles</i>		
Programme National de Contrôle	Page 24	
Traitements de Substitution aux Opiacés	Page 25	
Tableau de bord de suivi des dépenses	Page 26	
<i>Suivi Conventionnel</i>	Page 27	
<i>Mission Régionale de Santé : Bilan 2005</i>	Pages 28 -38	
Permanence des soins	Page 39	
Chirurgie ambulatoire	Page 40	
Contrôle de la T2A	Page 41	
Contrôle PMSI des cliniques privées	Page 42	
Bon usage des scanners et IRM	Page 43	
Cardiologie interventionnelle	Page 44	
Prise en charge des AVC	Page 45	
		Réalisation du PRT 2005
		Bilan financier Page 49
		Planning de réalisation Pages 50-51
		Résultats du contrat d'engagements Page 52
		Bilan des travaux des CPR et CPL Pages 53 - 60
		Bilan de gestion des dossiers FAQSV Pages 61 – 63
		Bilan de gestion des dossiers DRDR Pages 64 – 65
		Bilan de gestion des dossiers FNPEIS Pages 68 - 80
		ANNEXES :
		Cahiers de la Santé
		Guide Pratique des principaux actes et prescriptions chez la femme enceinte.

Première partie :

Activité régionale en Gestion Du Risque 2005

Priorités transversales

PREVENTION DE LA DEPENDANCE DES PERSONNES AGEES : Mise en œuvre de PAPA

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

Ces travaux sont mis en œuvre dans le cadre de la circulaire commune à la CNAMTS et à la CNAVTS sur la préservation de l'autonomie des personnes âgées (PAPA). Après réalisation d'un état des lieux des travaux et études existants sur ce thème, l'objectif a été de rechercher les champs d'intervention et les priorités à mettre en œuvre avec les acteurs impliqués.

Actions menées en 2005 | Des ateliers équilibrés ont été mis en place dans tous les départements en 2005. Ces travaux ont été coordonnés par l'URCAM, et les caisses dans chaque département ont engagé les actions. Pour 2006, la CRAMCO prend le pilotage de ces actions.

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	46							
CRAMCO	113							
CPAM 17	9						Mise en place de 6 ateliers	
CPAM 79	38	90		40	90		Mise en place de 6 ateliers	
CPAM 86	7						Mise en place de 4 ateliers	
CPAM / ELSM 16	6						Mise en place de 3 ateliers	
DRSM								
SM MSA 17								
MFP								
TOTAL	219 pour 25 537 €						Mise en place de 19 ateliers	

BON USAGE DES ANTIBIOTIQUES

OBJECTIF et AXES DU PROJET:

Diminuer la résistance aux antibiotiques en diminuant leurs prescriptions inutiles dans les affections ORL et respiratoires et en promouvant l'usage du Test de Diagnostic Rapide (TDR).

Cette action passe par des formations et par l'information des prescripteurs (généralistes et pédiatres) et des pharmaciens, grâce à des entretiens confraternels ciblés et la mise en œuvre de séances de formation à l'utilisation du TDR.

Actions menées en 2005

Poursuite des actions de communication en particulier vers les acteurs de la petite enfance.
L'antibiothérapie était également l'un des thèmes de maîtrise médicalisée de 2005. A ce titre de nombreuses actions hors PNIR ont été menées.
Ce thème entre à nouveau dans la maîtrise médicalisée pour 2006.

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	10							
CPAM 16	11						Gestion TDR	
CPAM 17 ELSM 17	36							
CPAM 79								
CPAM 86	5							
ARCMSA								
DRSM								
SM MSA 16								
SM MSA 79								
SM AMPI								
TOTAL	62 pour 7 199 €							

THEME PNIR 2001

HORMONES DE CROISSANCE**OBJECTIFS ET AXES DU PROJET :**

Améliorer la qualité de la prescription des hormones de croissance et réduire leur mésusage éventuel :

Connaître la population traitée pour chaque indication thérapeutique

Suivre les critères de mise sous traitement et leur respect pour chacune des indications

Apprécier les gains de croissance, les arrêts de traitements et les réévaluations

**Actions menées
en 2005**

Réalisation des échanges confraternels vers les gros prescripteurs.
Thème terminé fin 2005.

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	2							
ELSM 17	55			11		9		
ELSM 79	1							
DRSM	2							
TOTAL	60 pour 11 293 €			11		9		

PRESCRIPTIONS D'ANTIBIOTIQUES PAR LES CHIRURGIENS DENTISTES

OBJECTIF et AXES DU PROJET:

En lien avec le thème du PNIR 2002 sur l'antibiothérapie, ce thème a pour objectif de contribuer à améliorer la qualité des prescriptions d'antibiotiques. En ce qui concerne les chirurgiens dentistes, qui sont les second prescripteur d'antibiotiques en volume après les médecins, il s'agit de faire respecter les textes de l'ANAES.

Dans un premier temps : évaluer la qualité des prescriptions, décrire les motifs de cette prescription et enfin, en analyser la pertinence.

Dans un second temps : mener des échanges confraternels et inscrire ce thème aux modules de formation continue et initiale des chirurgiens dentistes.

Actions menées en 2005	Selon la méthodologie nationale, la région Poitou-Charentes, qui était l'une des régions témoin, n'a pas mené d'actions sur ce thème en 2005. Les échanges confraternels ont lieu en 2006.
-------------------------------	--

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	2							
ELSM 16	11							
ELSM 17	1							
ELSM 79								
ELSM 86								
DRSM	2							
SM MSA 16								
SM MSA 17								
SM MSA 79								
SM MSA 86								
SM AMPI								
TOTAL	16 pour 3 385 €							

INTERACTIONS MEDICAMENTEUSES : DERIVE DE L'ERGOT DE SEIGLE / MACROLIDE

OBJECTIF et AXES DU PROJET:

Obtenir une diminution significative voire la suppression du risque iatrogène lié à l'association médicamenteuse entre un macrolide et un dérivé de l'ergot de seigle. Ce programme consiste à détecter de manière continue sur une période définie, sur les bases informatiques de l'Assurance Maladie, la prise de cette association médicamenteuse par les assurés sociaux des trois principaux régimes.

Actions menées en 2005

La mesure d'impact des actions menées en 2004 a été réalisée en 2005. L'enquête initiale avait révélé 135 interactions dont 108 avec un risque avéré. La mesure d'impact en a révélé 92 dont 73 avec un risque avéré : soit une diminution de 32%. Ce thème ayant été évalué, il est terminé en 2005.

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	2							
ELSM 16	1							
ELSM 17	22	37	31	39				
ELSM 79	10	29	16	20				
ELSM 86	6							
DRSM								
SM MSA 16	5	10	10	9				
SM AMPI	3							
MFP								
CHU Poitiers								
TOTAL	49 pour 6 322 €	66	57	68				

TRAITEMENT DES VERTIGES CHEZ L'ADULTE

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

Améliorer le traitement des vertiges chez l'adulte en menant des actions d'information auprès des médecins généralistes, des ORL et des Masseurs Kinésithérapeutes pour favoriser la recherche du diagnostic étiologique.

Actions menées en 2005	La mesure d'impact des actions menées en 2004 a été réalisée en 2005. On constate une diminution du nombre de patients traités au long cours par des anti-vertigineux. Néanmoins, cette baisse n'est pas significative. C'est pourquoi une action d'information sur ce thème a lieu en 2006 avec l'envoi du N° 22 des Cahiers de la Santé.
-------------------------------	---

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	2							
ELSM 16								
ELSM 17								
ELSM 79								
ELSM 86	2							
DRSM								
ARCMSA								
AMPI								
MFP								
CHU Poitiers								
ORL Libéral								
TOTAL	4 pour 601 €							

MAITRISE MEDICALISEE

OBJECTIFS ET AXES DU PROJETS :

Mener des actions d'accompagnement de la convention médicale avec les médecins libéraux.

La convention médicale signée le 12 janvier 2005 comportait des engagements de maîtrise médicalisée sur 6 thèmes : Les antibiotiques, les statines, les génériques, les anxiolytiques et hypnotiques, les arrêts de travail et le respect de l'ordonnancier bizonne. Chaque département s'est vu attribué un objectif de dépenses à atteindre pour chacun de ces thèmes (voir page 52). Il faut aussi signaler le rôle des Commissions Paritaires locales et régionale (CPL et CPR) détaillé en pages 53-60.

Actions menées en 2005 De très nombreuses actions ont été menées par les Caisses locales de chaque régime. Toutes ne peuvent figurer dans cette page bilan toutefois, les principales sont reportées ci dessous. Signalons pour l'URCAM la parution du N° 19 des Cahiers de la Santé consacré aux prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques en juillet 2005

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés ou de DAM	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€) : Cahiers de la Santé
URCAM	52							3979,67
CPAM / ELSM 16	405	1608	308	5523	1044	846 DAM 369 (EC tel)	10 133 brochures antibio envoyées	
CPAM / ELSM 17	365			4315		1410 DAM 831 (EC tel)		
CPAM/ ELSM 79	619	328		239		805 DAM 328 (EC tel)		
CPAM/ ELSM 86	1248			11 067		1126 DAM 473 (EC tel)		
DRSM	132							
MSA et SM 16	56	970	923	86	23	18 (EC tel)		
MSA et SM 17	159	1291	904	413	132	4 11 (EC tel)		
MSA et SM 79	111	1143	566	648	64	1 5 (EC tel)		
MSA et SM 86	94	1043	760	95	107			
AMPI et SM	18	2680	2363	155	3			
TOTAL	3 259 pour 444 851 €	9063	5824	22 541	1373	4187 DAM 2001 EC Tel		3979,67

RECHERCHE EVALUATIVE SUR LA PERFORMANCE DES RESEAUX DE SANTE : REPERES

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

Évaluer l'impact des réseaux de soins en cancérologie sur la trajectoire des patientes atteintes de cancer du sein. Quatre axes sont développés :

- Étude des déterminants de la trajectoire de soins,
- Étude de la satisfaction des patientes atteintes du cancer du sein,
- Étude de la satisfaction des professionnels de santé,
- Évaluation médico-économique de la prise en charge d'une patiente atteinte d'un cancer du sein.

L'URCAM se trouve impliquée en particulier sur l'étude des déterminants de la trajectoire et l'évaluation médico-économique. Les caisses de la région seront sollicitées dans le cadre du recueil des informations.

Actions menées en 2005

Poursuite de la transmission des données à REPERES.

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	6							
DRSM	12							
ARCMSA								
SM MSA 16	2	9						
SM MSA 17	14							
SM MSA 79	6	12						
SM MSA 86	3							
SM AMPI								
MFP	3							
TOTAL	46 pour 6 274 €							

PNIR 2004

PRISE EN CHARGE DU CANCER DU SEIN

OBJECTIF ET AXES DU PROJET :

Contribuer à l'amélioration de la prise en charge des patientes atteintes de cancer du sein de petite taille non métastasé à travers les quatre axes suivants :

- Généralisation des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) impliquant davantage le médecin traitant.
- Repérage des situations à risque au plan psychologique
- Diminution des prescriptions inutiles de marqueurs tumoraux
- Réduction des délais de prise en charge des patientes.

Actions menées en 2005

Les travaux en région sont terminés. La CNAMTS rédige le rapport dont la parution est prévue pour 2006.
Les travaux sur le cancer du sein se poursuivent toutefois autour du dépistage uniquement.

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	68							
ELSM 16	39	49		49	26			
ELSM 17	31	89	6	42	27			
ELSM 79	52	32			12			
ELSM 86	75	26			26			
DRSM	6							
SM MSA 16								
SM MSA 17	2							
SM MSA 79	5	2	2					
SM MSA 86	5	6		5	5			
SM AMPI	17							
TOTAL	300 pour 51 829 €	204	8	76	96			

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE (IRC)

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

L'objectif est de diagnostiquer et de prendre en charge de façon précoce l'IRC. Il s'agit pour cela de décrire la prise en charge de l'insuffisance rénale en ambulatoire et en milieu hospitalier ainsi que la comparaison de la pratique aux référentiels.

Le groupe définit la population à étudier ainsi que les moyens à mettre en oeuvre pour l'étude. Un test est alors réalisé dans les URCAM de Poitou-Charentes et du Limousin afin de valider la méthode. Les actions seront alors déterminées en fonction des anomalies détectées

Actions menées en 2005

Ce thème a du être abandonné du fait de l'affectation des moyen humains de la DRSM à d'autres tâches.

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	2							
ELSM 16								
ELSM 17								
ELSM 79								
ELSM 86								
DRSM								
SM MSA 79	1	5						
SM MSA 86	8							
SM AMPI								
ARH								
TOTAL	11 pour 1558 €							

THEME PNIR 2001

ABANDONS DE TRAITEMENT EN ORTHODONTIE DENTO-FACIALE**OBJECTIFS ET AXES DU PROJET :**

L'étude a pour finalité d'améliorer la santé bucco-dentaire des adolescents en optimisant les dépenses de santé. L'objectif est de favoriser la continuité des traitements ODF en faisant diminuer le taux des abandons.

Actions menées en 2005

Deux plaquettes ont été réalisées en 2004. Elles ont été mises à disposition des spécialistes ODF en janvier 2005. La première est remise aux patients qui débutent un traitement et la seconde au moment de la contention (Phase de maintien des améliorations). Une formation a été organisée le 20 janvier 2005 avec la présence de M. le Dr BENAUWT. Elle a réuni environ 35 praticiens de la région qui se sont montrés très satisfaits de la conférence.

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€) Formation
URCAM	2							100.00
CPAM 16								249.00
CPAM 17								396.00
CPAM 79								238.50
CPAM 86								306.00
ELSM 16								
ELSM 17	8			2				
ELSM 79	1							
ELSM 86								
DRSM	1							
ARCMSA								214.50
SM MSA 16	2							
SM MSA 17								
SM MSA 79	1							
SM MSA 86								
AMPI								96.00
Conférencier								
	15 pour 3115 €							1600,00

SANTÉ DENTAIRE EN GERIATRIE

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

Étudier l'état bucco-dentaire de la population âgée et dépendante vivant en EHPAD. Evaluer son impact sur l'état de santé des patients. Puis, proposer des mesures permettant de corriger les anomalies constatées.

Actions menées en 2005 | Le N° 18 des Cahiers de la santé a été publié en mars 2005. Les travaux de réflexions pour des propositions d'actions se sont poursuivis. Ils vont aboutir en 2006

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€) Cahiers de la Santé
URCAM	46							
CPAM 16								780.46
CPAM 17								1320.11
CPAM 79								781.10
CPAM 86								979.32
ELSM 16	23							
ELSM 17	24							
ELSM 79								
ELSM 86								
DRSM	10							
ARCMSA								659.92
SM MSA 79								
AMPI								297.37
MFP								
Référent								
Ordre								
TOTAL	103 pour 15 736 €							4818.28

PRISE EN CHARGE BUCCO-DENTAIRE DES HANDICAPES DE MOINS DE 20ANS EN IME

OBJECTIF ET AXES DU PROJET :

Améliorer l'état de santé bucco-dentaire des jeunes en IME. Cet objectif passe par la réalisation d'un état des lieux puis par une évaluation des besoins en soins et accès aux soins afin de faire les propositions nécessaires.

Actions menées en 2005

L'enquête a été réalisée dans les établissements de la région. L'analyse est en cours au niveau national.

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	4							
ELSM 16	35	18			18			
ELSM 17	50							
ELSM 79	13	53			53	2		
ELSM 86	35	69						
DRSM								
SM MSA 16	18	32						
SM MSA 17	11							
SM MSA 79	38	101	12	59	54	42 EC tel		
SM MSA 86	10	20	5	45	20	10 EC tel		
SM AMPI	1	71						
TOTAL	215 pour 35 734 €	364	17	104	135	54 EC tel		

TRAITEMENTS ET PRESCRIPTIONS BUCCO-DENTAIRE CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

OBJECTIF ET AXES DU PROJET :

Sensibiliser médecins traitants, chirurgiens dentistes et patientes afin d'améliorer l'état de santé bucco-dentaire des femmes enceintes.

Actions menées en 2005	Un questionnaire de sensibilisation pour les femmes enceintes a été réalisé par le groupe. Il a été envoyé entre janvier et juin 2005 à toutes les femmes déclarant une grossesse. Un guide pratique à destination des chirurgiens dentistes a été élaboré en fin d'année 2005 puis envoyé début 2006.
-------------------------------	---

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€) Elaboration du guide pratique
URCAM	32							
CPAM 16								196.83
CPAM 17								332.92
CPAM 79								196.99
CPAM 86								246.98
ARCMSA								166.43
AMPI								74.99
ELSM 16	4							
ELSM 17								
ELSM 79								
ELSM 86	188	1630		6				
DRSM	29							
MFP	3							
TOTAL	257 pour 44 283 €	1630		6				1215.14

URCAM de Référence : Adéquation entre l'Offre et le Recours aux soins

OBJECTIFS :

- Structurer l'offre de soins par le regroupement des professionnels, les maisons de santé et les diverses facilitations de l'exercice médical et paramédical. Il s'agit également de la suite du thème Offre et accès aux soins en milieu rural qui a pour buts de maintenir une offre de premier recours en milieu rural et un accès de la population rurale aux services de soins.
- Réaliser des projections démographiques sur les effectifs d'auxiliaires médicaux tels que les Infirmiers libéraux ou les Masseurs Kinésithérapeutes au niveau régional et infra régional. Réaliser une synthèse de ces projections en intégrant divers indicateurs permettant d'apprécier les évolutions attendues

Actions menées en 2005	L'URCAM a particulièrement travaillé à la réalisation d'un site Internet interactif pour les professionnels de santé et les acteurs locaux qui sera disponible en Juin 2006 : inst@LSante . Ce site a pour objet non seulement d'apporter de l'information mais aussi de favoriser le lien entre les différents intervenants. Les travaux liés à ce thème entrent dans l'axe 1 de la MRS.
-------------------------------	--

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre de PS rencontrés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€) inst@LSante
URCAM	172							
CPAM 16	3							
SM MSA 16	6							
MSA 79	38							
MSA 86	3							
ARCMSA	30							
SM AMPI								
DRASS								
CNAMTS								28 000
TOTAL	252 pour 47 161 €							28 000

OBSERVATOIRE DE LA SANTÉ EN MILIEU AGRICOLE ET RURAL

OBJECTIFS ET AXES DU PROJETS :

A partir du travail déjà réalisé élaborer un tableau de bord expérimental relatif à la population agricole et rurale de la région et en faire un tableau de bord interactif.

Actions menées en 2005	Réalisation de la base par l'ORS. Elle sera disponible a partir du site Internet de l'URCAM a partir du milieu de l'année 2006.
-------------------------------	---

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	38							
ARCMSA	2							
SM MSA 17	18							
AMPI	2							
ORS							Réalisation de la base de données	
TOTAL	88 pour 18 872 €							

PREMIERE INSTALLATION DES MEDECINS GENERALISTES

OBJECTIF :

Apporter aux jeunes médecins qui s'installent les informations nécessaires à leur activité quotidienne. Il s'agit également de développer des relations simples entre les médecins libéraux et les organismes d'Assurance Maladie.

Actions menées en 2005

Poursuite de l'accueil des médecins nouvellement installés selon la méthodologie mise en place depuis 2000.

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre de médecins rencontrés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	2							
CPAM 16 et ELSM 16	18					11		
CPAM 17 et ELSM 17	13					17		
CPAMet ELSM 79	14					14		
CPAM 86 et ELSM 86	30					14		
DRSM	8							
MSA 16 et SM								
MSA 17 et SM								
MSA 79 et SM	18							
MSA 86 et SM	5					2		
SM AMPI								
TOTAL	103 pour 20 458 €					58		

Régulation des postes de dépenses et contrôles

PROGRAMME NATIONAL DE CONTRÔLE

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

A la suite du programme Contrôler Autrement, il a été décidé au niveau national de lancer un programme de contrôles de professionnels et d'assurés. L'objectif de ce programme national était pour 2005 d'accompagner les efforts sur les thèmes de maîtrise médicalisée et en particulier en ce qui concerne les arrêts de travail et le bon usage de l'ordonnancier bizon. Il convient ici de distinguer ce qui concerne le plan de contrôle à visée contentieuse, des contrôles programmés sur certaines prestations.

Actions menées en 2005	En ce qui concerne les arrêts de travail, les contrôles ont porté sur les arrêts itératifs, et sur tous les arrêts au delà de 60 jours. Certains PS ciblés ont été contrôlés également. Les assurés avec des arrêts de travail itératifs ont reçu un courrier d'information. Pour le respect de l'ordonnancier bizon, les PS avec un taux de prescription en rapport avec l'ALD au delà d'un certain seuil ont été contrôlés.
-------------------------------	--

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	8							
DRSM	198							
CPAM et ELSM 16	1505	1168		1168				
CPAM 17 et ELSM 17	1823	229		229				
CPAM et ELSM 79	1829	40	39	10				
CPAM 86 et ELSM 86	2233	1620			854			
AMPI et SM AMPI	2							
MFP								
TOTAL	7598 pour 392 341 €	3057	39	1407	854			

TRAITEMENTS DE SUBSTITUTION AUX OPIACES

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

Le plan d'action est structuré autour de deux axes : Lutter contre les fautes, fraudes et abus, d'une part, et, d'autre part, favoriser une prise en charge des personnes traitées dans une filière de soins adaptée notamment par la définition de protocoles de diagnostic et de soins (Art L 324-1 du Code de la Sécurité Sociale)

Actions menées en 2005

Les assurés dépassant un certain seuil de consommation quotidienne ont été contrôlés selon les modalités de la méthodologie nationale. Ces contrôles et actions de santé publique se poursuivent en 2006 mais sont intégrés au programme national de contrôle contentieux.

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	2							
ELSM 16	24	9	9	44	9			
ELSM 17	81	26	26	135	15			
ELSM 79	38	9	1	59	5			
ELSM 86	50	13	13		13			
DRSM	2							
SM MSA 16	3							
SM MSA 17	14							
SM MSA 79	4	55	55	55				
SM MSA 86	1							
SM AMPI	2							
TOTAL	221 pour 32 171 €	112	104	293	42			

TABLEAU DE BORD DE SUIVI DES DEPENSES

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

Fournir les chiffres régionaux de suivi des thèmes de maîtrise médicalisée.

Actions menées en 2005	Construction puis diffusion tous les deux mois du tableau de bord à partir de juin 2005. il s'intitule point de conjoncture et son envoi se poursuit en 2006.
-------------------------------	---

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	138							
CPAM 16	21							
CPAM 17								
CPAM 79	8							
CPAM 86	25							
ARCMSA	8							
AMPI	6							
TOTAL	198 pour 31 754 €							

SUIVI CONVENTIONNEL

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

Il s'agit pour ce thème d'accompagner, de suivre et de contrôler la validité des différents contrats conventionnels.

**Actions menées
en 2005**

Suivi et accompagnements des contrats.

Les travaux ont porté en particulier sur les Acbus Thyroïde avec un objectif du COGIR sur les prescriptions d'examen d'explorations thyroïdiennes, et transport avec un objectif sur le nombre de transports remboursés en ambulance rapporté au nombre total de transports.

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	148							
CPAM et ELSM 16	76						61 PS avec contrats	
CPAM 17 et ELSM 17	663	1500	53	999				
CPAMet ELSM 79	160	57	2	41	2	126		
CPAM 86 et ELSM 86	227	143						
DRSM	86							
ARCMSA	5							
SM MSA 16	1							
SM MSA 17	5							
SM MSA 86	12							
AMPI et SM	5							
TOTAL	1383 pour 135 524 €	1710	55	1040	2	126		

Mission Régionale de Santé
Programme commun ARH URCAM

MISSION REGIONALE DE SANTE : BILAN 2005

La loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'Assurance Maladie a mis en place dans chaque région une Mission Régionale de Santé (MRS) pour renforcer le partenariat entre l'Etat et l'Assurance Maladie sur certains enjeux, et notamment l'amélioration de l'efficacité du système de soins et le bon usage des ressources.

La MRS est le regroupement de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). En Poitou-Charentes, l'ARH et l'URCAM ont opté pour un fonctionnement basé sur une large coopération entre les deux organismes, sans oublier la concertation avec les partenaires locaux et régionaux.

Une convention entre les deux organismes a été signée le 21 Février 2005 accompagnée d'un programme de travail déterminant les objectifs des quatre axes d'intervention de la MRS : la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux, les orientations pour l'organisation de la permanence des soins, la coordination des soins, et enfin le suivi d'un programme de gestion du risque dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires.

➤ **Une direction alternée**

Pour 2005, Jean-pierre ROBELET, Directeur de l'URCAM, a été désigné par arrêté ministériel directeur de la MRS.

➤ **Un pilotage commun**

Les directeurs de l'URCAM et de l'ARH, assistés d'un collaborateur, ont assuré le pilotage et le suivi des actions de la MRS et ont pris conjointement les décisions. Les orientations et les travaux réalisés ont été, au cours de l'année 2005, présentés devant la Commission exécutive de l'ARH (12 décembre) et le Conseil de l'URCAM (19 décembre).

➤ **Une gestion de projet**

Pour chacun des axes d'intervention de la MRS, des projets d'actions ont été définis dans un programme de travail. La mise en œuvre de ces projets a été confiée à des collaborateurs déjà concernés par certains thèmes ou à des groupes pré-existants. A l'avenir, de nouveaux groupes devront être composés avec la désignation d'un référent.

➤ **Les moyens**

Les moyens utilisés ont été ceux de l'URCAM et de l'ARH tant sur le plan humain, matériel que financier.

➤ **La Conférence Régionale de Santé**

Le bilan d'activité et les perspectives seront présentés à la Conférence Régionale de Santé du 19 janvier 2005.

➤ **Lancement, Communication**

Cette structure étant nouvellement créée, une part des travaux fut consacrée à la communication afin de porter à la connaissance des partenaires institutionnels, des professionnels de santé et des élus, les missions et la place de la MRS dans la politique régionale de santé publique. Au-delà, de la conférence de presse (11 mars 2005) qui a permis d'officialiser le lancement, une plaquette de présentation a été réalisée pour servir de support de présentation et d'accompagnement pour certains courriers.

Le programme de travail 2005 a été annoncé et présenté lors de la conférence de presse de lancement en insistant plus particulièrement sur l'axe démographie médicale et sur la permanence des soins.

Une conférence de presse a clôturé cette première année d'exercice (20 décembre 2005) pour présenter le bilan des travaux et les perspectives 2006.

Travaux 2005 et perspectives des quatre axes d'intervention

1. Démographie médicale : Répartition des professionnels de santé et zones d'aide à l'installation.

1.1 L'objectif

L'objectif général de cet axe de travail est d'identifier les zones fragiles défavorisées en matière d'offre de soins pour mettre en place des dispositifs d'aide à l'installation et favoriser l'exercice regroupé des professionnels de santé.

1.2 Les travaux réalisés en 2005

- **Cartographie des zones fragiles en médecine générale libérale**

Au vu des travaux en cours aux niveaux national et régional sur ce thème, la priorité pour 2005 fut la répartition de médecins généralistes libéraux. Des travaux avaient au préalable été entamés avec le Comité Régional de l'Observatoire Nationale de la Démographie des Professionnels de Santé (CRONDPS). **La détermination des zones fragiles** s'est donc basée sur les travaux statistiques validés par le CRONDPS, et ensuite par la **prise en compte des connaissances de terrain** qui ont complété les résultats statistiques.

En effet, en terme de démographie des professionnels de santé, le caractère fragile d'un territoire repose certes, sur des faits statistiques mais est finalement toujours apprécié au regard du ressenti des citoyens et des professionnels de santé. C'est pour cette raison qu'une **concertation avec les partenaires locaux** concernés a été engagée avant l'arrêt définitif de la liste des zones fragiles et très fragiles du Poitou-Charentes.

La MRS a recueilli ainsi l'avis : du Préfet de Région, du comité régional de l'ONDPS, des Collectivités Territoriales, de l'URML, des syndicats de médecins généralistes, des conseils départementaux de l'Ordre et des représentants des usagers.

Les collectivités locales et territoriales (communes, communautés de communes, conseils généraux...) concernées par ces territoires fragiles ont été destinataires d'un courrier leur présentant la cartographie et la démarche de ce constat.

La liste des zones fragiles en médecine générale libérale du Poitou-Charentes a été **arrêtée en juin 2005**. Elle a fait l'objet d'une publication au recueil des actes administratifs de la préfecture des quatre départements de la région.

- **Promotion de l'outil cartographique c@rtosanté**

Dans le cadre de ses réflexions et de ses travaux, l'Assurance Maladie propose via les URCAM et les CPAM, des outils pour l'accompagnement des professionnels de santé pour leur première installation et plus particulièrement pour mieux connaître le territoire sur lequel ils exercent ou vont exercer. Il s'agit de **C@rtosanté** et **C@rtosanté Pro**.

A l'heure actuelle, ces outils ne concernent que l'activité des médecins généralistes libéraux mais doivent être élargis à l'avenir pour d'autres professionnels de santé (Infirmières, masseurs-kinés).

Cartosanté, outil de diagnostic et d'aide à la décision, permet de disposer :

- De cartes interactives pour les professionnels du monde de la santé.
- De chiffres détaillés sur l'offre et la consommation de soins pour la région, les départements mais aussi par canton et par commune.

Quant à Cartosanté Pro, disponible dans les CPAM grâce au service des relations avec les professionnels de santé, il fournit des informations complètes et précises sur la zone géographique où le PS envisage de s'installer :

- Informations sur la population : tranches d'âges, catégories socio-professionnelles, évolution entre 1990 et 1999;
- Informations sur la démographie médicale : nombre et densité de médecins généralistes, tranches d'âges, activité moyenne, distance des autres professionnels de santé et des services hospitaliers;
- Informations sur la consommation de soins : consommation moyenne de consultations et visites, nombre et taux de bénéficiaires d'autres soins (spécialistes, auxiliaires médicaux, médicaments...), nombre et taux de personnes prises en charge à 100% au titre d'une affection de longue durée.

Cartosanté est disponible sur le site Internet de l'URCAM. Il a été mis en avant et présenté autant de fois que possible lors de rencontres avec les professionnels de santé sur le thème de la démographie médicale.

- **Mise en oeuvre d'un nouvel outil : Inst@lsanté**

Afin d'accompagner les mesures financières prises pour l'aide à l'installation et de conforter l'accompagnement du professionnel de santé, l'URCAM Poitou-Charentes a souhaité mettre en place un outil interactif gratuit à destination des professionnels de santé, des élus et autres partenaires concernés par cette question. Dans le cadre des URCAM de référence, l'URCAM PC a donc fait appel à un prestataire extérieur pour l'aider dans la réalisation d'un tel site.

La vocation d'Instalsanté est :

- d'informer sur les aides à l'installation et les démarches pour les obtenir,
- de faire connaître les autres dispositifs d'aide à la pratique professionnelle et les démarches associées,
- de guider les professionnels de santé dans leur choix du lieu d'installation,
- d'échanger sur les projets et les expériences professionnelles,
- de créer un lien entre les professionnels de santé, les élus et les autres acteurs.

L'enjeu est de proposer une information générique et de la décliner dans un contexte local ou régional (expériences, cartosanté, projets...).

Ce service doit favoriser les échanges entre professionnels de santé et élus, et permettre ainsi d'inciter à un travail de partenariat et permettre l'émergence de solutions dans les territoires en difficulté.

- **Création d'un observatoire des installations**

L'objectif de la MRS est également de permettre le recensement et la concertation sur des nouvelles installations et cessations d'activité. C'est ce que la MRS s'est engagée à faire.

- **Partenariat avec les collectivités territoriales**

Le Directeur de la MRS a participé en 2005 à des groupes de travail locaux à l'initiative de certains Pays concernés par les problèmes de démographie médicale : le Pays Thouarsais et le Pays Montmorillonnais.

L'objectif est de **soutenir les acteurs locaux dans cette démarche de concertation** et de s'engager dans un travail de partenariat afin de mettre en place des projets pour inciter les PS à venir s'installer dans les zones en difficultés.

Afin de travailler plus étroitement avec les Pays concernés par les zones très fragiles, des courriers ont été envoyés début décembre afin de **susciter un engagement de leur part par le biais de groupes de travail** en 2006. Les Pays concernés par cet envoi sont le Pays de Bocage Bressuirais, le Pays de Gâtine, le Pays Mellois, le Pays Sud Charente, le Pays Charente Limousine, le Pays Loudunais et le Pays Civraisien.

Ce partenariat s'est également concrétisé par la signature d'une convention tripartite entre le Conseil Régional, l'ARH et l'URCAM pour le co-financement de Maisons de Santé dans la région. La première Maison de Santé sera installée sur le Canton d'Aulnay (17).

1.3 Les perspectives 2006

Afin de poursuivre la démarche des travaux réalisés avec le CRONDPS (c@rtosanté et zones fragiles), la MRS souhaite étendre le champ de l'observation de la démographie des PS aux infirmières et masseurs-kinésithérapeutes pour le premier semestre 2006.

Concernant les zones fragiles en médecine générale, les travaux seront suivis et réactualisés si nécessaire selon les départs et les arrivées des médecins sur les territoires définis comme fragiles ou pour ceux qui étaient à surveiller.

Ces travaux sur la démographie s'intégreront aux services en ligne : Inst@lsanté et cartosanté. De plus, le travail de recensement des aides à l'installation se poursuivra et intégrera les services en ligne afin d'offrir aux professionnels de santé et aux élus un bon niveau d'information.

Un plan de communication accompagnera le lancement du site Instalsanté notamment par le biais d'un forum (avril 2006) ciblant les étudiants, les jeunes professionnels de santé et les soutiens locaux. L'objet de cette manifestation sera de mettre en exergue les problèmes de démographie médicale en Poitou-Charentes et de faire émerger des solutions notamment en informant les jeunes sur les aides disponibles pour leur première installation.

Afin de créer un réel partenariat avec les collectivités locales et territoriales, la MRS souhaite que des groupes de travail se forment autour des Pays en difficulté pour faciliter la venue de nouveaux professionnels de santé.

Une évaluation du système mise en place sur ce thème sera réalisée en fin d'année 2006.

2. Permanence des soins : propositions d'organisation

2.1 Objectif

L'objectif général est de favoriser la participation effective des médecins libéraux à la permanence des soins (PDS) en complémentarité des dispositifs hospitaliers en s'appuyant sur le système de régulation, le regroupement des secteurs de garde, l'articulation avec les maisons médicales de garde et les dispositifs conventionnels.

Pour 2005, l'objectif de la MRS était d'établir des orientations régionales pour l'organisation de la permanence des soins et de favoriser la mise en oeuvre de nouvelles modalités tout en respectant la cohérence entre pratiques et coûts.

2.2 Les travaux réalisés en 2005

En mai 2005, la MRS a proposé **un document présentant ses orientations pour l'organisation du dispositif de permanence des soins en Poitou-Charentes**. La MRS a alors soumis, pour avis, ses propositions à un certain nombre d'acteurs régionaux (Conseil Régional de l'ordre des médecins, représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, associations participant à la PDS), pour être enfin validées par les Préfets de département. Il faut noter qu'au préalable, la MRS a bâti ses propositions en relation avec les Conseils départementaux de l'ordre, les DDASS, la DRASS et l'ARH.

La MRS a pris en compte l'ensemble des principes généraux (qualité de prise en charge, sécurité, accessibilité, continuité des soins) et les textes relatifs à la PDS pour formuler ses propositions.

Les orientations 2005 de la MRS ont porté sur trois grands thèmes :

- **Améliorer l'organisation de la médecine libérale**
- **Conforter le dispositif de régulation**
- **Rendre le système lisible pour les usagers, les acteurs et les institutionnels.**

Un **bilan provisoire de la permanence des soins dans la région** a également été réalisé afin de faire émerger des solutions pour l'amélioration de l'organisation existante dans certains départements.

2.3 Les perspectives 2006

Suite à la validation et à l'annonce de ces orientations de PDS, des actions doivent être engagées. Elles devront **prioritairement permettre de palier les difficultés d'organisation rencontrées dans certains départements**. Un dialogue avec les partenaires locaux doit être engagé parallèlement aux CODAMUPS pour trouver des solutions concrètes et applicables.

L'objectif sera de tendre vers **une cohérence régionale** à partir des situations divergentes de la région. Il ne faudra pas manquer de souligner certaines initiatives locales intéressantes (« Allo-garde » à Royan par exemple), qui participent à la bonne marche du système. Ce sont **ces points forts qui devront être mis en avant** puis être étudiés au niveau de leurs possibilités d'adaptation sur les territoires en difficulté. Pour cette raison, **une première évaluation des dispositifs en place depuis la parution des arrêtés de sectorisation est nécessaire pour les départements de Charente, Deux-Sèvres et Vienne.**

Un **travail avec les régulateurs** devra être aussi programmé sans oublier la mise en place **d'une communication autour de cette organisation** afin de permettre une lisibilité du système pour les acteurs eux-mêmes et les usagers.

Pour appuyer la PDS, les structures comme les Maisons Médicales de Garde (**MMG**) ou les Maisons de Santé devront être encouragées puis évaluées.

3. Réseaux et coordination des soins

3.1 L' Objectif de la MRS

L'objectif général sur le long terme est de contribuer au décloisonnement ville/hôpital/médico-social en soutenant les projets de coordination des soins, via les réseaux de santé, en déterminant dans un premier temps en 2005 des orientations et des priorités cohérentes pour la région Poitou-Charentes.

3.2 Les travaux réalisés en 2005

- **Mise en place du Comité Régional des Réseaux (CRR)**

La réunion d'installation du CRR s'est tenue le 6 octobre 2005. Cette instance est représentative de la volonté de concertation et d'ouverture des acteurs intervenant autour des réseaux. **Les orientations et priorités pour le développement des réseaux en Poitou-Charentes y ont été validées.**

- **Détermination d'axes prioritaires**

Mise en œuvre depuis 2003 en Poitou-Charentes, la Dotation Régionale Des Réseaux a financé jusqu'à aujourd'hui 25 réseaux en laissant une réelle liberté aux promoteurs, tout en prenant en compte les crédits disponibles et les projets déjà financés sur d'autres fonds (FAQSV, crédits Etat, etc.), du choix de la thématique, de l'implantation, de l'organisation et du fonctionnement de leurs réseaux.

Cependant, afin d'avoir une réelle cohérence et une véritable politique de financement des réseaux au niveau de la région, une seconde phase après celle d'impulsion a été mise en place.

Des axes prioritaires de financement et de développement des réseaux en Poitou-Charentes pour l'année 2006 ont donc été arrêtés. Il s'agit :

- d'améliorer l'efficacité des réseaux de santé déjà existants
- d'améliorer le fonctionnement des " réseaux" nouvellement mis en place
- et d'impulser de nouveaux réseaux sur les thématiques suivantes :
 - Maladies chroniques (orientations Etat) et respiratoires,
 - Enfants et adolescents (lettre circulaire ministérielle CAB/FC/D12871 relative à la création de maisons des adolescents),
 - Conduites à risques (alcool, tabac, etc.),
 - Prise en charge des populations précaires (orientations Etat),

- Prise en charge de l'obésité (PNNS),
- Soutien des soins à domicile.

Dans le cadre de la MRS, ces priorités ont été validées par :

- Le Conseil de l'URCAM le 12 septembre 2005,
- Le Comité Régional des Réseaux le 6 octobre 2005,
- La Commission exécutive de l'ARH le 21 novembre 2005.

- **Amélioration de la procédure d'instruction**

Un entretien préalable a été préconisé pour les promoteurs auprès du Secrétariat Technique Commun pour finaliser au mieux les projets.

De plus, les délais d'attente lors de l'instruction des dossiers doivent être diminués de telle sorte que les projets débutent le plus rapidement possible après le dépôt et la décision favorable de financement. Un dossier destiné à l'ensemble des partenaires institutionnels intervenant lors de l'instruction rappelle les rôles de chacun et les délais de la procédure.

- **Améliorer la qualité de la procédure**

Souhaitant améliorer sans cesse la qualité de ses prestations, l'URCAM de Poitou-Charentes propose à chaque promoteur ayant déposé un dossier de remplir un questionnaire relatif à la procédure de la Dotation Régionale de Développement des Réseaux de santé. L'objectif est de mesurer leur satisfaction et prendre en compte leurs remarques éventuelles afin d'améliorer le dispositif actuel.

L'URCAM a pu identifier dans le cadre de cette démarche qualité les objectifs à atteindre et les risques inhérents à chaque étape de la procédure.

3.3 Les perspectives 2006

Les priorités définies en 2005 vont permettre de promouvoir la mise en place de réseaux basés sur celles-ci grâce à un **Appel d'offres**. **Un cahier des charges par thématique retenue sera précisé**. L'objectif est d'harmoniser le niveau et les prestations des réseaux et d'avoir des repères tout en conservant naturellement une latitude pour que les promoteurs développent des projets en fonction des besoins et du contexte.

De plus, pour les réseaux en place, il est prévu d'améliorer leur suivi en effectuant une visite sur place pour envisager avec eux leur progression, leur évolution et leurs difficultés éventuelles.

Enfin, en 2006 certains réseaux pourront entrer dans un processus d'évaluation. Certains sont en effet financés depuis plus de deux ans et rentrent dans leur troisième année. Les objectifs de l'évaluation seront, d'une part, de mesurer leurs résultats par rapport à leurs objectifs initiaux et de vérifier l'efficacité des réseaux et, d'autre part, de mesurer leur aptitude à évoluer. Les évaluations devront être menées par un prestataire extérieur, définies à partir d'un cahier des charges, et en s'appuyant sur le guide d'évaluation des réseaux de santé édité par l'ANAES.

4. Gestion du risque dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires

4.1 L'Objectif

Cet axe s'emploie à vouloir améliorer la qualité et l'efficacité des prescriptions hospitalières, au regard des standards et référentiels connus et de promouvoir les bonnes pratiques en milieu hospitalier.

4.2 Les travaux réalisés en 2005

Ces travaux ont été menés en étroite collaboration avec l'ARH. Les premiers contacts sont pris sur les thèmes ci-après notamment avec une clinique de Poitiers.

- **Accords d'amélioration des pratiques hospitalières**

Pour notre région, un projet d'« accord d'initiative locale » sur le thème des transports est en cours. Cet accord porterait spécifiquement sur les prescriptions de transports émises par les praticiens exerçant en établissements de santé, publics et privés. Il a pour finalités d'améliorer la qualité de la prescription et de remédier à un taux important d'inadéquations du mode de transport prescrit à l'état du malade.

- **Développement d'alternatives à l'hospitalisation complète**

Parallèlement à l'axe « Maîtrise médicalisée », la MRS a prévu le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète. Un projet visant à favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire a été réalisé.

4.3 Les perspectives 2006

La MRS continuera à promouvoir les alternatives à l'hospitalisation complète avec la chirurgie ambulatoire et l'Hospitalisation à Domicile (HAD). Parallèlement à la signature et à l'application de l'accord d'initiative locale sur les transports, la MRS déclinera au niveau régional l'**accord cadre national sur le bon usage des antibiotiques au sein des établissements**.

Par ailleurs, des rencontres sur les thèmes de maîtrise médicalisée avec les présidents de CME et les directeurs d'établissements sont également prévues. Il faut enfin noter que la MRS suivra les travaux concernant le **dispositif d'annonce du cancer**.

Un premier bilan : Le partenariat entre l'URCAM et l'ARH existant déjà avant 2005, la MRS n'a pas rencontré de difficultés particulières pour son lancement, son organisation ou la mise en œuvre de ses actions. Par ailleurs, cette collaboration a été renforcée et a donné lieu à de nombreuses rencontres entre les deux directeurs (au moins une fois par mois). Il faut noter que certains travaux demandent plus ou moins d'investissement de la part de chacun des deux membres selon les thèmes traités. La démographie des professionnels libéraux est en effet plus du ressort de l'Assurance Maladie, via les URCAM et les CPAM, avec l'outil cartosanté par exemple. Aussi, étant donné la part importante des travaux engagés pour la répartition des professionnels de santé et pour la permanence des soins, ce sont les moyens de l'URCAM et de son réseau qui ont été les plus sollicités pour cette année.

Les objectifs fixés dans le programme d'actions début 2005 ont en majorité été réalisés ou sont en cours de réalisation.

Les travaux sur la démographie médicale ainsi que les orientations de PDS furent les points forts de la MRS 2005. Des difficultés subsistent malgré tout pour l'organisation de la PDS dans certains départements. Un des premiers enjeux de la MRS en 2006 sera donc de faire émerger des solutions en partenariat avec les acteurs locaux.

Concernant l'axe « coordination des soins », le rapprochement étant déjà effectif avec les réseaux (DRDR), le contexte de la MRS aura permis de conforter les liens entre les deux parties.

Quant à l'axe « gestion du risque dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires », des actions doivent être mises en œuvre avec les établissements notamment suite aux réflexions en cours au niveau régional mais également avec les travaux attendus du niveau national.

Pour 2006, outre les projets cités dans ce document, la MRS participera aux travaux des conférences sanitaires de territoires et aux travaux du futur Groupement Régional de Santé Publique (GRSP).

Les Agences Régionales de Santé constituent enfin une perspective selon l'avancée des projets nationaux.

PERMANENCE DES SOINS

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

A la suite de la mise en place de différents dispositifs de régulation des soins, ce programme a eu pour objectif de proposer une organisation optimale. Il s'agissait notamment de réaliser un bilan partagé des organisations de la permanence des soins et d'en tirer les conséquences en terme d'organisation.

Actions menées en 2005	Dans le cadre de la MRS, un document présentant les orientations pour l'organisation de la permanence des soins en Poitou-Charentes a été élaboré avec les partenaires concernés (ARH, Assurance Maladie, Ordre, DDASS, DRASS) et présenté aux Préfets en juin 2005.
-------------------------------	--

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	84							
CPAM 16	7			47				
CPAM 17								
CPAM 79	11							
CPAM 86	44							
ARCMSA	8							
TOTAL	154 pour 20 776 €							

CHIRURGIE AMBULATOIRE

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

A la suite de la publication en 2003, des résultats de l'enquête menée dans le cadre du PNIR sur la chirurgie ambulatoire qui avait montré un retard très important de la France, il s'agit de favoriser le développement de cette pratique notamment dans le cadre du SROS de 3^{ème} génération.

Actions menées en 2005	Poursuite de la promotion de la chirurgie ambulatoire lors des réunions avec les Professionnels de Santé et les Etablissements. Proposition pour une action expérimentale en 2006.
-------------------------------	---

Organisme	Nombre de vacances	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	2							
CRAMCO								
CPAM 16 / ELSM 16	1			1				
CPAM 17								
CPAM 86								
TOTAL	3 pour 275 €							

CONTRÔLE DE LA T2A

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

Il s'agit de tester la montée en charge de la T2A dans les cliniques puis d'assurer le suivi de la T2A par le biais d'un plan de contrôle régional mis en œuvre après validation de la COMEX de l'ARH.

Actions menées en 2005

Mise en place de la T2A au 1^{er} mars 2005.
Début des travaux pour la mise en place de l'Unité de Coordination Régionale (UCR) dès parution des textes début 2006.

Organisme	Nombre de vacances	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'établissements contactés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM	6							
ARH								
CRAMCO								
CPAM 87								
DRSM								
CPAM / ELMS 16	142							
CPAM 17	50							
CPAM 79	6							
CPAM / ELSM 86	41					2		
MSA 17	16							
AMPI								
FHP, FEHAP								
TOTAL	261 pour 36 319 €							

CONTRÔLE PMSI DES CLINIQUES PRIVEES

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

Il s'agit de valider les flux d'information PMSI émis par les cliniques et transmis sur le site de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, en terme de qualité et d'exhaustivité.

Actions menées en 2005	Réalisation des contrôles prévus.
-------------------------------	-----------------------------------

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
URCAM								
CRAMCO	240	88	95	159			Exploitation de la base de chirurgie ambulatoire	
DRSM	5							
DRASS								
AMPI								
TOTAL	245 pour 26 069 €							

BON USAGE DES SCANNERS ET IRM

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

Réaliser une enquête sur la bonne utilisation de l'imagerie en coupe (TDM et IRM) pour ce qui concerne la pathologie rachidienne et la pathologie crânienne dans les centres publics et privés de la région disposant d'un scanner et /ou d'une IRM. Il s'agit des seuls examens prescrits par des médecins généralistes

Actions menées en 2005	Réalisation de l'enquête et remise du rapport à l'ARH en septembre 2005. Il a pu être intégré au SROS III
-------------------------------	---

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
DRSM								
ELSM 16	84	68		69		7		
ELSM 17	464	354	148	50	354			
ELSM 79	47							
ELSM 86	95	135		88	96	6		
TOTAL	690 pour 55487 €	557	148	207	450	13		

CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

Dans le cadre de l'élaboration du volet « Cardiologie interventionnelle » du SROS III, il s'agit de savoir si l'environnement clinique du centre de cardiologie interventionnelle de la polyclinique de Poitiers est conforme aux recommandations de la Société Française de Cardiologie (SFC) . Il s'agit aussi d'apprécier d'une part la pertinence des indications et d'autre part les résultats de la procédure tant en matière de succès que de survenue des complications.

Actions menées en 2005

Réalisation de l'enquête et remise du rapport à l'ARH en septembre 2005. Il a pu être intégré au SROS III

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
DRSM								
ELSM 16								
ELSM 17								
ELSM 79								
ELSM 86	88	223		2		2		
AMPI	9							
TOTAL	97 pour 17 735 €	223		2		2		

PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX

OBJECTIF et AXES DU PROJET :

Réaliser une appréciation qualitative de la prise en charge des AVC dans la région Poitou-Charentes, en terme de délais de réactions des acteurs, modalités de transport, d'accueil et de prise en charge en unité spécialisée ou non, délais de mise en œuvre des explorations spécialisées (IRM, Scanner), modalités d'évaluation des progrès réalisés.

Actions menées en 2005	Réalisation de l'enquête et remise du rapport à l'ARH en septembre 2005. Il a pu être intégré au SROS III
-------------------------------	---

Organisme	Nombre de vacations	Nombre de dossiers étudiés	Nombre d'anomalies rencontrées	Nombre de courriers envoyés	Nombre de patients rencontrés	Nombre d'échanges confraternels réalisés	Autres travaux effectués / Remarques	Financements des actions (€)
DRSM	3							
ELSM 16	88	153		6		6		
ELSM 17	501	735		95				
ELSM 79	49							
ELSM 86	91	206		56		1		
TOTAL	732 pour 61 327 €	1094		157		7		

TABLEAU DE SYNTHÈSE DE L'ENGAGEMENT DES ORGANISMES MEMBRES DE L'UNION

Thème	URCAM	CPAM 16	CPAM 17	CPAM 79	CPAM 86	ELSM 16	ELSM 17	ELSM 79	ELSM 86	DRSM	MSA 16	MSA 17	MSA 79	MSA 86	SM MSA 16	SM MSA 17	SM MSA 79	SM MSA 86	ARCMSA	AMPI	SM AMPI	MFP	CRAM	Autres : ARH, ORS, CHU, URML, ordres, EPGV, DRJS		
Prévention de la dépendance																										
<i>Bon usage des antibiotiques</i>																										
<i>Hormones de croissance</i>																										
<i>Prescriptions d'antibiotiques par les dentistes</i>																										
Interactions médicamenteuses																										
Vertiges chez l'adulte																										
REPERES																										CHU, Fac..
<i>Prise en charge du cancer du sein</i>																										
Insuffisance rénale chronique																										ARH, CHU
Abandon des traitements ODF																										CRPS
Santé dentaire en gériatrie																										
<i>Santé dentaire des moins de 20 ans en IME</i>																										
Traitements et prescriptions bucco-dentaire chez la femme enceinte																										
URCAM de référence : Adéquation entre l'offre et le recours aux soins																										
Observatoire de la santé en milieu agricole et rural																										ORS
Programme National de Contrôle																										
<i>Traitement de substitution aux opiacés</i>																										
Permanence des soins																										DRASS, ARH
Chirurgie ambulatoire																										
<i>Coordination et Suivi conventionnel</i>																										
Maîtrise médicalisée																										
Mise en place de tableau de bord																										
Tests et Contrôle de la TAA																										ARH
Bon usage des scanners et IRM																										
Cardiologie interventionnelle																										
Prise en charge des AVC																										
Thème 2005																										
Thème PNIR ou national																										
Chefferie de projet																										
Participation aux travaux du groupe																										
Participation aux financements des actions																										

ENGAGEMENT DES ORGANISMES MEMBRES DE L'UNION

Thèmes	URCAM		CPAM et ELSM 16		CPAM et ELSM 17		CPAM ELSM 79		CPAM et ELSM 86		DRSM		MFP		CRAMCO	
	Vacations	Coûts	Vacations	Coûts	Vacations	Coûts	Vacations	Coûts	Vacations	Coûts	Vacations	Coûts	Vacations	Coûts	Vacations	Coûts
Prévention de la dépendance :																
PAPA	46	4872	6	1 852			38	4203	7	1 232						
<i>Bon usage des antibiotiques</i>	10	1284	11	1 205	9	870			5	880					113	12508
<i>Hormones de croissance</i>	2	257			55	10441	0,5	102			2	494				
<i>Prescriptions d'antibiotiques par les dentistes</i>	2	257	11	2 418	1	216					2	494				
Interactions médicamenteuses	2	257	1	121	22	2046	10	994	6,15	1 105						
Vertiges chez l'adulte	2	257							2	344						
Maitrise Médicalisée	52	5936	405	45 313	365	48182	619	56318	1248	196 633	132	27364				
REPERES	6	771									12	1462	3	459		
<i>Prise en charge du cancer du sein</i>	68	7179	39	6 771	31	5355	52	8572	75	16 062	6	1483				
Insuffisance rénale chronique	2	257														
<i>Abandon des traitements ODF</i>	2	257			8	1712	1	204			1	247				
Santé dentaire en gériatrie	46	4872	23	4 088	24	4305					10	2472				
<i>Santé dentaire des moins de 20 ans en IME</i>	4	514	35	6 023	50	8114	13	1912	35	6 020						
Traitement et prescription bucco-dentaire chez la femme enceinte	32	3516	4	883	1	45			188	32 211	29	7169	3	459		
URCAM de référence	172	29773	3	425												
Observatoire de la santé en milieu rural et agricole	38	7455														
Programme National de Contrôle	8	1028	1505	64 323	1823	76622	1829	70795	2233	136 313	198	43034				
PNIR TSO	2	257	24	3 607	81	12917	38	4810	50	6 862	2	494				
Tableau de bord	138	23985	21	2 819			8	976	25	3 360						
Permanence des soins	84	8904	7	1 055			10,5	2624	44	7 286						
Chirurgie ambulatoire	2	257	0,5	18												
Contrôle de la T2A	6	676	142	19 980	50	1209	6	1068	41	10 106						
Contrôle PMSI des cliniques privées											5	1236			240	24833
Bon usage des scanners et IRM			84	12 821	464	21038	47	6481	95	15 147						
Cardiologie interventionnelle									88	15 366						
AVC			88	15 061	501	22648	49	7882	91	14 994	3	742				
<i>Suivi conventionnel</i>	148	23 348	76	9 574	663	31055	160	27536	227	25 466	86	15390				
1ère installation Médecins Généralistes	2	257	18	2783	13	2589	14	2912	30	7048	8	1376				
Total	876	126 425	2 504	201 140	4 197	253 194	2 895	197 389	4 490	496 435	496	103 457	6	918	353	37 341
Proportion	5%	8%	15%	13%	25%	16%	17%	13%	27%	32%	3%	7%	0%	0%	2%	2%

ENGAGEMENT DES ORGANISMES MEMBRES DE L'UNION

Thèmes	ARCMSA		MSA 16 et SM		MSA 17 et SM		MSA 79 et SM		MSA 86 et SM		AMPI et SM AMPI		Totaux		Proportion	
	Vacations	Coûts	Vacations	Coûts	Vacations	Coûts	Vacations	Coûts	Vacations	Coûts	Vacations	Coûts	Vacations	Coûts	Vacations	Coûts
Prévention de la dépendance : PAPA													219	25 537	1%	2%
<i>Bon usage des antibiotiques</i>													62	7 199	0%	0%
<i>Hormones de croissance</i>													60	11 293	0%	1%
<i>Prescriptions d'antibiotiques par les dentistes</i>													16	3 385	0%	0%
Interactions médicamenteuses			5	1010							3	790	49	6 322	0%	0%
Vertiges chez l'adulte													4	601	0%	0%
Maitrise Médicalisée			56	9980	159	24604	111	16300	94	9484	18	4738	3 259	444 851	20%	29%
REPERES			1,5	136	14	2870	6	389	3	187			46	6 274	0%	0%
<i>Prise en charge du cancer du sein</i>					2	410	5	639	5	883	17	4475	300	51 829	2%	3%
<i>Insufisance rénale chronique</i>							1	87	8	1214			11	1 558	0%	0%
<i>Abandon des traitements ODF</i>			2	470			1	226					15	3 115	0%	0%
Santé dentaire en gériatrie													103	15 736	1%	1%
<i>Santé dentaire des moins de 20 ans en IME</i>			18	3081	11	1827	38	6679	10	1482	1	82	215	35 734	1%	2%
Traitement et prescription bucco-dentaire chez la femme enceinte													257	44 283	2%	3%
URCAM de référence	30	7520	6	1162			38	7664	3	616			252	47 161	2%	3%
Observatoire de la santé en milieu rural et agricole	2	226			17	3485			1	62	2	349	88	18 872	1%	1%
Programme National de Contrôle													7 598	392 341	46%	25%
PNIR TSO			3	541	14	2299	4	421	1	62	2	395	221	32 665	1%	2%
Tableau de bord	8	907									6	613	198	31 754	1%	2%
Permanence des soins													154	20 776	1%	1%
Chirurgie ambulatoire													3	275	0%	0%
Contrôle de la T2A					16	3280							261	36 319	2%	2%
Contrôle PMSI des cliniques privées													245	26 069	1%	2%
Bon usage des scanners et IRM													690	55 487		
Cardiologie interventionnelle											9	2369	97	17 735		
AVC													732	61 327		
<i>Suivi conventionnel</i>			1	251	5	1025			12	1368	5	511	1 383	135 524	8%	9%
1ère installation Médecins Généralistes							18	3493					103	20 458	1%	1%
Total	40	8 653	93	16 631	238	39 800	223	35 898	137	15 359	62	14 321	16 639	1 554 480	100%	100%
Proportion	0%	1%	1%	1%	1%	3%	1%	2%	1%	1%	0%	1%	100%	100%		

REALISATION DU PRT 2005 : Bilan des financements

Financements partagés sur des actions en direction des professionnels de santé		
ORGANISMES	FINANCEMENTS PREVUS AU PRT 2005 (€)	FINANCEMENTS REALISES EN 2005 (€)
URCAM	5400	5632
CPAM 16	3564	2846
CPAM 17	6028	4789
CPAM 79	3566	2838
CPAM 86	4472	3565
ARCMSA	3013	2410
AMPI	1358	1086
CNAMTS	30 000	30 000
TOTAL	57 400 €	51166 €

Le taux de réalisation du PRT 2005 est donc de 89 %. (80% pour les caisses de la région comme en 2004)

PLANNING DE REALISATION DES THEMES EN COURS EN 2005

Axe	Priorité	Thème	2001	2001	2002	2002	2003	2003	2004	2004	2005	2005	
Priorités transversales	Perso nnes âgées	Prévention de la dépendance des personnes âgées. (Suite de PAPA)											
	Bon usage du médicament	Bon usage des antibiotiques											
		<i>Hormones de croissance</i>											
		<i>Prescriptions d'antibiotiques par les chirurgiens dentistes</i>											
		Interactions médicamenteuses : dérivé de l'ergot de seigle et macrolide											
		Vertiges chez l'adulte											
		<i>Maîtrise Médicalisée</i>											
	Santé Publique	REPERES											
		<i>Prise en charge du cancer du sein</i>											
		Insuffisance Rénale Chronique											
	Santé dentaire	<i>Abandon des traitements ODF</i>											
		Santé dentaire en gériatrie											
		<i>Prise en charge bucco-dentaire des handicapés de moins de 20 ans</i>											
		Traitements et prescriptions bucco-dentaire des femmes enceintes											

Nouveau thème 2005

Thème PNIR ou national

Étude

Action

Évaluation

Axe		Thème	2001	2001	2002	2002	2003	2003	2004	2004	2005	2005
Priorités	Adéquation entre l'offre et le recours aux soins	URCAM de Référence: Offre et accès aux soins en zone rurale.										
		URCAM de Référence: Projections Démographiques										
		Observatoire de la Santé en milieu rural et agricole										
Principaux postes de dépenses et Contrôle		<i>Programme National de Contrôle</i>										
		<i>Traitement de Substitution aux Opiacés</i>										
		Mise en place de tableaux de bord de suivi des dépenses										
Programme commun ARH - URCAM		Permanence des soins										
		<i>Chirurgie ambulatoire</i>										
		<i>Contrôle PMSI des cliniques privées</i>										
		<i>Contrôle de la TAA</i>										
		Bon usage des scanners et IRM										
		Cardiologie interventionnelle										
		Accidents Vasculaires Cérébraux										
Convention												
		<i>Coordination et suivi des dispositifs conventionnels.</i>										

Nouveau thème 2005

Thème PNIR ou national

Étude

Action

Évaluation

RESULTATS DU CONTRAT D'ENGAGEMENTS 2005

Libellé	Indicateur retenu	Objectif national	Objectif régional	*Socle de performance	Résultats obtenus	Points obtenus
Affections de Longue Durée	Part des montants remboursables en rapport avec l'ALD	-5 points	-5 points	0 point	-1,8	79 / 170
Statines	Taux d'évolution des montants remboursés de statines	-1,5%	-1,8%	12,5%	+ 2,5 %	84 / 120
Arrêts de travail	Taux d'évolution des dépenses d'indemnités journalières	1,6%	1,6%	3,3%	0,6 %	120 / 120
Antibiotiques	Taux d'évolution des montants remboursés d'antibiotiques	-10,0%	-9,9%	0%	-1,2 %	15 / 120
Génériques	Part du nombre de boîtes de génériques remboursées dans le répertoire	59,6%	63,2%	46%	62,3 %	117 / 120
Anxiolytiques /hypnotiques	Taux d'évolution des montants remboursés d'anxiolytiques et hypnotiques	-10,0%	-10,3%	0%	- 1,7 %	17 / 120

* Socle de performance : Il s'agit de l'objectif minimal à atteindre au delà duquel les résultats sont pris en compte dans le scoring final.

Ces résultats concernent les objectifs de maîtrise médicalisée. D'autres objectifs étaient assignés à l'URCAM en ce qui concerne le management et le pilotage : sur chacun de ces thèmes les objectifs sont totalement atteints:

- Thème de référence : URCAM de Référence : « Adéquation entre l'Offre et la demande » : 160 points
- Suivi de correction des dérives sur les nouveaux médicaments : 30 points
- Diagnostic partagé ville/ hôpital/ médico social / SROS III : 30 points
- PRC intégrant la dimension Ville et Hôpital : 30 points

La CNAMTS, à partir de ces résultats et d'une méthode de scoring a réalisé un classement des 22 URCAM. **L'URCAM de Poitou-Charentes avec un score de 682/1 000 (dont 432/750 pour la partie maîtrise médicalisée) obtient un taux de réussite de 68,2 % et la troisième place de ce classement.** L'URCAM du Centre, première de ce classement obtient un taux de réussite de 72,2 %, contre 50,5 % pour l'URCAM de Corse positionnée à la 22^{ème} place. Le score moyen est de 64,6%.

COMMISSION PARITAIRE REGIONALE POITOU-CHARENTES : BILAN ANNEE 2005

Installée le 3 mai 2005, la CPR s'est réunie trois fois en 9 mois de fonctionnement. Elle était présidée, à l'instar de toutes les CPR pour l'année 2005, par le président de la section professionnelle. Comme les textes le leur permettaient, les membres de la CPR ont adopté un règlement intérieur.

Elle n'a pas connu de dysfonctionnement notamment sur le plan de la représentation de chacune des sections.

La difficulté principale que la CPR a rencontré a été de collecter rapidement les éléments de travail des CPL, tant sur le plan des relevés de décisions que des outils réalisés et diffusés aux professionnels de santé. Les travaux des CPL ayant en effet commencé très vite et dès leur installation, la coordination a souvent été impossible et a entraîné la multiplication des outils (affiches, dépliants, guide ...) sur des mêmes thèmes de la maîtrise médicalisée et quelquefois en sus des outils nationaux. Les membres de la CPR ont souhaité, lors de la dernière réunion de 2005, qu'il y ait à l'avenir plus de coordination entre CPL et CPR dans l'élaboration des outils et leur diffusion.

Le fait de ne pas avoir connaissance des comptes rendus des séances de la CPN est un handicap au niveau de la visibilité des orientations nationales.

Dates de réunion	Thèmes abordés	Principales décisions	Observations
3 mai 2005	Installation de la CPR Désignation du Président de la CPR : Dr Didier CABANNES, CSMF section généralistes Adoption d'un règlement intérieur (adaptation de la clause sur le nombre de mandat pouvant être détenu par un membre de la section prof.) Informations sur le suivi des dispositifs conventionnels (CBP, CPP, médecin traitant) Objectifs de maîtrise médicalisée et action des DAM	La CPR retient 4 axes d'action : - le soutien des initiatives locales des CPL - les remontées au niveau national des problèmes spécifiques - la capitalisation et la généralisation des actions locales intéressantes - l'utilisation de la CPR pour des accords ville/hôpital pour une harmonisation des pratiques La CPR décide d'adresser une motion de soutien et d'encouragement aux CPL, rédigée par son Président	→ motion adressée par mail aux 4 Pdts de CPL et aux 4 secrétariats - diffusion du relevé de décision de la CPR aux CPL, à la CPN

23 juin 2005	<p>Désignation des Présidents de la section sociale : Mr HINERANG, Président de l'URCAM, en formation « orientation » et Mr ROBELET, Directeur de l'URCAM, en formation « exécutive ».</p> <p>Informations sur le suivi des dispositifs conventionnels (CBP, CPP, médecin traitant)</p> <p>Informations sur les travaux des CPL</p> <p>AcBUS « visite à domicile » : ce n'est pas un sujet prioritaire, la CPR reste vigilante.</p> <p>Présentation des travaux MRS : carte des zones fragiles et propositions d'organisation régionale de la permanence des soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Les propositions d'actions de coordination médico-sociale prévues par le CBP « exercice en ZFU », seront soumises à la CPR pour validation par la CPAM et le médecin adhérent - La CPR collecte les outils réalisés et diffusés par les CPL pour capitalisation / généralisation - La CPR décide d'attirer l'attention de la CPN sur divers points : <ul style="list-style-type: none"> - situation des spécialistes de l'imagerie médicale écartés des CPP relatifs à la PDS en Etablissement - régulation et astreintes du samedi exclues de la prise en charge par le risque - aide à l'informatisation sur le FORMMEL - besoin d'un outil d'aide à la prescription en matière d'ALD 	<p>→ lettre à la CPN le 08/07/05</p> <ul style="list-style-type: none"> - diffusion par mail aux 4 Pdts de CPL et secrétariats, du document « antiulcéreux » réalisé par la DRSM - diffusion du relevé de décision de la CPR aux CPL, à la CPN
8 déc. 2005	<p>Evaluation qualitative et quantitative des informations fournies à la CPR par les instances locales et à la CPN par l'instance régionale</p> <p>Communication du tableau de bord régional des résultats de la maîtrise médicalisée</p> <p>Point sur les CPP</p> <p>Point sur la sectorisation</p> <p>Point sur les installations libérales</p> <p>Démonstration de clic@ld</p>	<ul style="list-style-type: none"> - compilation des relevés de décisions communiqués par les CPL - faire parvenir à la CPR les relevés de décision ainsi que les annexes sans attendre leur approbation - faire parvenir à la CPR tous les outils réalisés et diffusés au niveau local pour mise en commun (format électronique préconisé) 	<ul style="list-style-type: none"> - diffusion du relevé de décision de la CPR aux CPL, à la CPN

BILAN DES TRAVAUX DES CPL DU POITOU-CHARENTES

CPL Charente (16)

Dates de réunion	Thèmes abordés et principales décisions	Travaux réalisés	Observations
7 avril 2005	<p>Installation de la Commission Président : Dr Eric LIAUD CSMF section généralistes Adoption d'un règlement intérieur de la CPL Présentation des 6 thèmes d'engagement conventionnel de maîtrise médicalisée Présentation d'un projet de contrat local d'objectifs (CLO) Organisation de contacts de la CPL avec les présidents de CME Proposition d'un protocole local de dispense d'avance des frais</p>	<p>- Mise en place d'une sous-commission pour finaliser le CLO</p>	<p>PV remis à la CPR</p>
23 juin 2005	<p>Validation du CLO : sur chaque thème sont définis les objectifs, les actions à mettre en œuvre, le planning Suivi des objectifs de maîtrise (chiffres par départements, région, France) Validation du protocole local de dispense d'avance des frais Accord pour participation à la CPL d'un médecin de la DRSM en tant qu'expert</p>	<p>- Envoi de plaquettes d'infos : mémo antibiotiques et mémo anxiolytiques - Lettre aux PS sur la bonne utilisation de l'OBZ + envoi du profil individuel - dépliant mode d'emploi ALD en 50 ex. à chaque médecin pour remise au patient - Conférence de presse le 04/07/05 - lettre de diffusion du CLO aux généralistes et spécialistes - réalisation d'affiches : mode d'emploi de l'OBZ , médicaments, l'arrêt de travail - poursuite de la diffusion d'une plaquette d'aide à la prescription de transports</p>	<p>PV remis à la CPR - CLO remis à la CPR - Outils annexés au PV de la CPL</p>
29 sept. 2005	<p>Informations sur les dispositions de l' Avt. n° 4 Suivi des objectifs de maîtrise Echanges confraternels à faire en octobre sur les antibiotiques/ recommandations AFSSAPS + envoi lettre conjointe Médecin-conseil et CPL avec profil personnalisé Discussion sur la diffusion possible du guide antibio de</p>	<p>- Diffusion des résultats du suivi dans Partenaires Santé, publication régionale en direction des professionnels de santé, n° 34 de sept. 2005 - statines : organisation d'une réunion le 19/10/05 avec les cardiologues libéraux et hospitaliers, les endocrinologues, animation par médecins CPL et médecins-conseil, sur les recommandations AFSSAPS</p>	<p>PV remis à la CPR</p>

	<p>la CPL 86 Report du sujet des génériques Présentation du plan de maîtrise de la MSA Désignation des membres à la Commission des pénalités Mise en place d'un groupe de travail spécialistes pour application de la CCAM</p>	<p>- arrêts de travail : envoi d'un courrier de la CPL pour alerte des médecins sur la progression atypique des arrêts en Charente</p>	<p>- lettre annexée au PV</p>
1 ^{er} déc. 2005	<p>Permanence des soins : application de l'avenant 4 et lettre à la CPN exposant les problèmes de paiement de la régulation Suivi des thèmes de maîtrise médicalisée : Anxio/Hypno : CPL16 s'associe à CPL79 pour courrier à CPN Réflexions sur des priorités à établir dans les envois aux PS : Report de la diffusion de l'affiche « 10 règles pour un bon usage du système de soins » (nationale), des 2 fascicules « antibiotiques » (CPL86) et « ABC des petites maladies de la vie courante » (nationale), et du guide « statines » (CPL86) Groupe de travail des spécialistes : baisse d'activité de certaines spécialités, organisation de réunions d'information, extension du questionnaire aux généralistes Plan de maîtrise médicalisée MSA</p>	<p>- diffusion de 2 affiches « arrêts de travail » et « ALD » (modèles fournis par URCAM Languedoc-Roussillon) - diffusion des comptes-rendus de la CPL auprès des PS par un article dans Partenaires Santé - questionnaire sur application CCAM et parcours de soins</p>	<p>PV remis à la CPR</p>

CPL Charente-Maritime (17)

Dates de réunion	Thèmes abordés et principales décisions	Travaux réalisés	Observations
5 avril 2005	<p>Installation de la CPL Désignation du Président : Dr Béatrice FAZILLEAUD, CSMF section généralistes Adoption d'un règlement intérieur Annonce des visites des DAM avec remise du profil personnalisé : la CPL décide d'envoyer le profil à tous les PS visités ou non par un DAM</p>		<p>PV remis à la CPR</p>
28 avril 2005	<p>Présentation des 6 thèmes d'engagement conventionnel de maîtrise</p>		<p>PV remis à la CPR</p>

	<p>médicalisée</p> <p>Préparation du projet de contrat local d'objectifs (CLO)</p> <p>Mise en place de 2 sous-commissions pour finalisation du CLO : Relations avec Ets hospitaliers et Communication.</p> <p>Arrêts de travail : solliciter la CPN et la DICOM-CNAMTS pour « aider le médecin à dire non » au patient</p> <p>ALD : organiser des rencontres avec praticiens hospitaliers et Pdts de CME pour utilisation le l'OBZ</p>		
14 juin 2005	<p>Exposé des plans d'action de maîtrise médicalisée de la MSA et AMPI</p> <p>Restitution des travaux des sous-commissions</p> <ul style="list-style-type: none"> - présentation des outils réalisés - compléter l'envoi des affiches avec les plaquettes de la CPAM sur les tarifs dans/hors parcours de soins, annonce d'actions à venir sur les radios locales - contact téléphonique pris avec les Pdts de CME, désignation des intervenants de la CPL - suivi de l'évolution des dépenses - retour d'info « délivrance de génériques » : le modèle national est retenu - informations sur les actions de l'ELSM : contrôles des arrêts de travail, échanges confraternels téléphoniques <p>Mise en place d'un sous-groupe pour des actions ciblées sur anti-ulcéreux, anti-prostatiques, phlébotoniques</p> <ul style="list-style-type: none"> - en réponse à la demande de la DRSM, un médecin-conseil sera accueilli ponctuellement par la CPL 	<ul style="list-style-type: none"> - feuillet d'info (bloc collé) à remettre par le médecin à son patient en ALD - 3 affiches pour les cabinets médicaux : médicaments (statines, psychotropes, génériques, antibiotiques), arrêts de travail, OBZ (diffusion complémentaire aux pharmaciens) - plaquette d'aide à la prise en charge des dyslipidémies selon recommandations AFSSAPS (diffusion avec Partenaires Santé) 	<p>PV remis à la CPR</p> <ul style="list-style-type: none"> - CLO remis à la CPR - outil remis à la CPR
8 sept. 2005	<p>Suivi des objectifs conventionnels</p> <ul style="list-style-type: none"> - examen du tableau de bord - état d'avancement des actions dans le cadre du CLO - retour d'information personnalisé aux assurés : courrier sur l'existence de génériques dans le traitement de leur affection chronique - reprise du guide antibio de la CPL 86 - réflexion sur la diffusion de la plaquette anti-ulcéreux - motion de la CPR : modalité de diffusion du message vers le public (radio, PFS) - situation de la PDS - motion de la section professionnelle sur l'intérêt de la brochure nationale d'aide à l'utilisation de l'OBZ 	<ul style="list-style-type: none"> - intervention de 5 membres CPL à la CME de l'hôpital La Rochelle (le 8/9/05) - diffusion du guide antibio (sur le modèle CPL86) - lettre à la CPN sur parcours de soins et avenant 4 	<p>PV remis à la CPR</p>
29 nov. 2005	<p>Suivi des objectifs de maîtrise médicalisée</p>		<p>PV remis à la CPR</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - communication sur les psychotropes : en attente d'un meilleur outil de comm° - point sur les actions des caisses et service médicaux vers les PS - ALD : motion de la CPL vers CPN et CPR sur les fiches nationales - étude d'un protocole local de dispense d'avance des frais - incidence du parcours de soins sur l'activité des spécialistes - point sur la PDS : envoi d'un courrier à la CPN 		
--	---	--	--

CPL Deux-Sèvres (79)

Dates de réunion	Thèmes abordés et principales décisions	Travaux réalisés	Observations
8 avril 2005	Installation de la CPL Désignation du Président : Dr Pascal BLOCH, section généralistes Adoption d'un règlement intérieur Présentation des 6 thèmes d'engagement conventionnel de maîtrise médicalisée Adoption du programme de travail de la CPL		PV remis à la CPR
18 mai 2005	Sous-commission « communication » ?	<ul style="list-style-type: none"> - affiche : « mon traitement, on en parle » - notice explicative remise par le médecin aux patients en ALD 	Outils non communiqués à la CPR
22 juin 2005	Validation du CLO Composition de groupes de travail : communicat° assurés , communicat° médecins, formation médecin Point sur l'action des DAM et entretiens confraternels avec les médecins-conseil du service médical Suivi des objectifs de maîtrise médicalisée Compte-rendu des groupes de travail : validation affiche et notice pour les patients en ALD Présentation du programme d'accompagnement des médecins sur le thème des ALD	- conférence de presse sur la maîtrise médicalisée	PV remis à la CPR
14 sept. 2005	Suivi des objectifs de maîtrise médicalisée Point sur l'action des DAM et entretiens confraternels		PV remis à la CPR

	Comptes-rendus des groupes de travail Lettre à la CPN sur le conditionnement des anxiolytiques et hypnotiques Validation et reprise du guide antibiotiques de la CPL86 Action MSA : lettre aux médecins traitants sur la poly médication des personnes âgées		
16 nov. 2005	Suivi des objectifs de maîtrise Actions des DAM : bilan à présenter en 2006 + enquête de satisfaction après chaque visite Entretiens confraternels Groupe de travail «communication assurés» Prévention maladies cardio-vasculaires : envoi d'un courrier à des tranches d'âge ciblées Maintien d'une table ronde petite enfance antibio Arrêts de travail Groupe de travail «communication médecins» Nouvelles modalités de contrôle des arrêts de travail: validation d'une affiche et plaquette nationale Actualités de la permanence des soins	- une affiche salle d'attente et un bloc affichettes patients	PV remis à la CPR

CPL Vienne (86)

Dates de réunion	Thèmes abordés et principales décisions	Travaux réalisés	Observations
14 avril 2005	Installation de la CPL Désignation du Président : Dr Claude BERRARD, CSMF section généralistes Proposition d'un règlement intérieur Présentation des objectifs des 6 thèmes d'engagement conventionnel de maîtrise médicalisée Adoption du CLO Mise en place d'un groupe de travail pour élaboration de supports, organisation de réunions avec PS et rencontres avec l'hôpital - prise de contact avec le Pdt de la CME de l'hôpital pour respect de l'OBZ, ordonnances hors AMM, prescriptions en DC - statines : organisation d'une réunion avec cardiologues et angiologues (et ELSM) - arrêts de travail : organisation d'une réunion avec médecins du travail y compris MSA, médecins-conseil et libéraux - financement des travaux de la CPL et des réunions avec PS, pris en charge par la CPAM		PV remis à la CPR

2 juin 2005	<p>Adoption du règlement intérieur de la CPL</p> <p>Suivi des engagements maîtrise médicalisée : - résultats à envoyer régulièrement par mail à la CPL</p> <ul style="list-style-type: none"> - ALD : envoi d'un courrier pour respect de l'OBZ - présentation du guide antibiothérapie - organisation d'une réunion d'information anxio/hypno, suspension des travaux sur la plaquette locale - statines : après diffusion de la plaquette nationale et les entretiens confraternels, la plaquette élaborée par la CPL sera finalisée - arrêt de travail : contact pris avec Directeur de la Médecine du Travail - OBZ : contact pris avec Pdt CME de l'hôpital - présence d'un médecin CPL à la prochaine Commission des transporteurs 	<p>- le Pdt de la CME a rencontré les internes sur ce point en début de stage</p>	PV remis à la CPR
8 sept. 2005	<p>Suivi des dépenses</p> <ul style="list-style-type: none"> - prévoir un point sur évolution des visites <p>Suivi des engagements maîtrise médicalisée et des actions prévues au CLO</p> <ul style="list-style-type: none"> - organiser des rencontres au sein des Ets publics et privés pour rappel des règles OBZ et incitation prescription en DC - prévoir affiche sur règles de l'arrêt de travail - accord du Pr SENON pour une information aux médecins sur « savoir dire non aux anxio » - faire une mesure d'impact du guide antibio. - projet de plaquette sur la prise en charge des dyslipidémies à finaliser - propositions de réunions délocalisées avec médecins et pharmaciens pour le suivi de la maîtrise médicalisée. - un représentant de la DRSM pourra assister aux réunions de la CPL 	<ul style="list-style-type: none"> - OBZ : rencontre Pdt CPL et Pdt CME hôpital, courriers aux CH Châtellerault, Montmorillon, Loudun, Lusignan, courrier à tous les médecins du département + 11 médecins ciblés - rencontres avec les médecins du travail TNS et TS - diffusion du « guide antibiothérapie » avec Partenaires Santé de juin + en téléchargement sur site internet CPAM 86 	PV remis à la CPR - « guide antibio » remis à la CPR
3 nov. 2005	<p>Suivi de l'évolution des dépenses</p> <p>Suivi des objectifs de maîtrise médicalisée</p> <p>Arrêt de travail : prévoir une affiche début 2006</p> <p>Envisager une action de la CPL sur génériques et DCI</p> <p>Actualités de la permanence des soins</p>	<p>- diffusion du guide « prise en charge des dyslipidémies »</p>	<p>- document remis à la CPR</p>

BILAN DE GESTION DES DOSSIERS FAQSV

Créé par l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 portant financement de la Sécurité Sociale pour 1999 (article 25), le **Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV)** finance « des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, **par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville** ou à des regroupements de ces mêmes professionnels et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé. En outre, par l'octroi d'aides aux organismes concernés, il finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville dans le cadre de centres de santé ». [...]"

La Loi de Financement de Sécurité Sociale (LFSS) pour 2006 a permis la pérennisation et l'élargissement des missions du FAQSV. L'article 60 de la loi incorpore dans le code de la sécurité sociale les dispositions législatives qui le régissent depuis sa création en 1999.

Tous les projets financés au titre du FAQSV doivent être conformes aux principes généraux d'attribution du FAQSV et aux dispositifs réglementaires en vigueur (code de la santé publique, code de déontologie médicale...), répondre à un besoin mis en évidence, présenter un aspect expérimental. Les fonds versés au titre du FAQSV ne sont pas pérennes.

Au titre de l'année 2005, le montant de la dotation pour la région Poitou-Charentes en 2005 s'élevait à 2 507 456 euros dont 80 % ont été attribué au premier semestre.

Sur toute l'année 2005, le bureau a versé des aides pour un montant de 1 635 656 euros. Parmi les différents dossiers financés, les aides accordées correspondent soit à un renouvellement de subvention soit une aide au démarrage. Les aides ont été versées aux promoteurs, après signature d'une convention de gestion, sous forme de paiements échelonnés soumis à condition suspensive (en cas de non-fourniture des justificatifs, non réalisation du projet...).

D'autre part, il à noter qu'en 2005, la majorité des financements accordés concerne des projets de permanence des soins c'est-à-dire des projets relatifs au dispositif de régulation des soins et de maisons médicales de garde. (Voir tableau récapitulatif ci dessous.). Cependant, l'avenant 4 à la Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signé le 22 avril 2005 définit de nouvelles modalités de la participation de l'assurance maladie au financement des différents éléments relatifs à la permanence des soins en ville en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, dans le nouveau cadre organisationnel déterminé par le décret n°2005-328 du 7 avril 2005.

Désormais, cet avenant permet le financement des charges liées à la rémunération des médecins libéraux régulateurs sur le risque (pour les dimanches, jours fériés et nuits de 20h à 8h) ainsi qu'à leur formation dans le cadre de la Formation Professionnelle Continue (FPC), le FAQSV n'a plus vocation à financer les dispositifs de régulation des appels actuellement en place.

Le basculement du financement de la régulation des soins du FAQSV vers un mode conventionnel s'est déroulé au second semestre de l'année 2005 pour trois départements de la région Poitou-Charentes.

DOSSIERS ACCORDÉS AU COURS DE L'EXERCICE 2005

	Titre du projet	Promoteur	Département	Objectifs	Thème	Montant demandé (euros)	Montant obtenu (euros)	Date de décision du bureau
1	Régulation des soins en Charente	APPSC	16	Proposer au public un service de régulation des appels, centralisé et médicalisé, dans le cadre de la permanence des soins aux heures de fermeture des cabinets médicaux libéraux	Permanence des soins	309 460 93 680	220 000 30 000	24/02/2005 08/12/2005
2	Régulation des soins en Charente Maritime	AMERLI 17	17	Proposer au public un service de régulation des appels, centralisé et médicalisé, dans le cadre de la permanence des soins aux heures de fermeture des cabinets médicaux libéraux	Permanence des soins	276 343 75 580	213 000 30 000	24/02/2005 08/12/2005
3	Régulation des soins dans les Deux Sèvres	APPSUM 79	79	Proposer au public un service de régulation des appels, centralisé et médicalisé, dans le cadre de la permanence des soins aux heures de fermeture des cabinets médicaux libéraux	Permanence des soins	361 440 42 960	218 000 30 000	24/02/2005 08/12/2005
4	Régulation des soins dans la Vienne	APPS 86	86	Proposer au public un service de régulation des appels, centralisé et médicalisé, dans le cadre de la permanence des soins aux heures de fermeture des cabinets médicaux libéraux	Permanence des soins	294 803 55 440	220 000 30 000	24/02/2005 08/12/2005
5	Maison Médicale de Garde de La Rochelle	Médecins d'urgence	17	Assurer la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, en créant un lieu de soins adapté sur La Rochelle	Permanence des soins	172 650 20 000	100 000 20 000 25 500	24/02/2005 28/04/2005 29/09/2005
6	Maisons Médicales de Garde dans la Vienne	APPS 86	86	Assurer la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, en créant un lieu de soins adapté dans 8 secteurs de la Vienne	Permanence des soins	21 050 72 530	21 050 72 530	24/02/2005 21/07/2005
7	Maison Médicale de Garde de la Tardoire	AMMMG	16	Assurer la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, en créant un lieu de soins adapté	Permanence des soins	12 000	12 000	28/04/2005
8	Réseau gérontologique Lencloître Saint Gervais les Trois Clochers	Association Lien de vie	86	Assurer la prise en charge des sujets âgés (+ de 60 ans) dans leur globalité des cantons de Lencloître St Gervais les 3 clochers.	Coordination des soins	80 280	80 280	28/04/2005
9	ADOC	Relais 17	17	Mettre en place et évaluer auprès des médecins libéraux (généralistes et psychiatres) des outils, ou méthodes de prévention, d'accueil, de suivi, de prise en charge ou d'orientation éventuelle des jeunes ayant des conduites à risque.	Amélioration des pratiques professionnelles	120 482	100 000	28/04/2005
10	Création d'un centre de prise en charge concertée de l'obésité en Poitou-Charentes	REPPCO	16	Créer une unité indépendante de prise en charge des patients enfants et adultes, gérée par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux exerçant en libéral et permettant de recevoir des patients pour des consultations thérapeutiques ambulatoires.	Coordination des soins	152 608 136 614	6 000 129 369	29/09/2005 08/12/2005

11	Rééducation respiratoire des insuffisants respiratoires en Charente	RREC	16	Améliorer l'accès aux soins des patients atteints d'affection respiratoire chronique, par une réhabilitation respiratoire interdisciplinaire, en ambulatoire, émanant de professionnels de santé formés au réentraînement à l'effort	Coordination des soins	63 200	63 200	29/09/2005
12	ASALEE 2	ASALEE	79	Mettre en place d'un travail coopératif entre le médecin et l'infirmière conduit selon une méthodologie prédéfinie et avec mise en place de protocoles notamment concernant le dépistage et suivi du diabète ainsi que le dépistage du cancer du sein dans le cadre de DMO	Amélioration des pratiques professionnelles	564 258	395 590	08/12/2005
13	Maison Médicale de Garde d'Angoulême	CMOGA	16	Assurer la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, en créant un lieu de soins adapté sur Angoulême	Permanence des soins	58 874	15 000	08/12/2005
14	Maison Médicale de Garde de Saintes	Urgences Médicales	17	Assurer la permanence des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, en créant un lieu de soins adapté sur Saintes	Permanence des soins	52 000	15 000	08/12/2005
15	Prévention et prise en charge de la bronchiolite	RREC	16	Créer un service de garde permettant de garantir la permanence et la qualité des soins de rééducation respiratoire pour les nourrissons.	Coordination des soins	53 713	53 713	08/12/2005
16	Création d'un centre d'évaluation et de thérapie familiale	ACREAF	16	Créer un centre de consultations familiales en ville tenues par des thérapeutes familiaux exerçant à titre libéral.	Amélioration des pratiques professionnelles	67 082	67 082	08/12/2005
TOTAL						3 157 047	2 167 314	

BILAN DE GESTION DES DOSSIERS DRDR

Créée en 2002 par la loi de financement de la Sécurité Sociale, la **Dotation Régionale de Développement des Réseaux de santé (DRDR)** permet d'apporter un financement pluriannuel, de pérenniser les projets de **réseaux** expérimentés dans le cadre du FAQSV et de donner une base nouvelle aux initiatives de réseaux qui ont vu le jour dans la région Poitou-Charentes depuis la fin d'année 2003. La dotation pour l'année 2005 s'élevait à **4 106 034** euros.

Cette enveloppe DRDR co-gérée par l'ARH et l'URCAM autorise le financement de réseaux à thématiques diverses (gérontologie, soins palliatifs, diabète, etc.) qui répondent à des besoins validés tant au niveau national qu'au niveau régional. Les réseaux financés ont bénéficié d'un financement pour différents types de dépenses ; ceux susceptibles d'être couverts par la DRDR sont les dépenses de fonctionnement (loyers, frais divers, etc.), la coordination, les rémunérations des professionnels de santé hors champ conventionnel, les dépenses d'évaluation ainsi que les dépenses d'études et de recherche. (Voir tableau récapitulatif ci-dessous.)

Nom du réseau	Nom du promoteur	Thème du réseau	Champ géographique du réseau	Organisme gestionnaire	Financement 2004	Financement 2005	Caisse Pivot
Réseau Enfant Diabète Poitou-charentes	AFPA	Diabète	Charente Maritime	AFPA	6 580		CPAM 17
Réseau Alcool CIPAT	ANPAA 86	Alcool	Vienne	CHHL	45 000		CPAM 86
Réseau ICARES	Relais 17	Toxicomanie	Charente Maritime		47 500	135 000	CPAM 17
Suivi alterné post thérapeutique des patients atteints d'un cancer	UCPO	Cancérologie	Vienne	UCPO	74 500		CPAM 86
Réseau Pays Mellois et Haut Val de Sèvre	Hôpital Saint Maixent	Gérontologie	Deux Sèvres	Hôpital Saint Maixent		128 000	CPAM 79

Nom du réseau	Nom du promoteur	Thème du réseau	Champ géographique du réseau	Organisme gestionnaire	Financement 2004	Financement 2005	Caisse Pivot
Cardiosaintonge	Association cardiosaintonge	Insuf cardiaque	Bassin de Saintes	Cardiosaintonge	273 380		CPAM 17
Aide à la prise en charge multidisciplinaire de l'insuffisant cardiaque à domicile	CHU Poitiers	Insuffisance cardiaque	Poitiers (86)	CHU Poitiers	147 066	146 996	CPAM 86
Réseau « santé –troubles du langage »	Association Départementale pour l'Education et l'Insertion (ADEI)	Troubles du langage	Secteur Nord de Charente Maritime (17)	ADEI	27500	84 224	CPAM 17
Dispositif d'annonce du plan Cancer	CHU Poitiers	cancérologie	Région Poitou-Charentes	CHU Poitiers	120 000		CPAM 86
Réseau périnatalité Nord charente	CH Angoulême – association des médecins généralistes	Périnatalité	Nord Charente	Centre hospitalier d'Angoulême	61 000	37 500	CPAM 16
Réseau régional périnatalité	Réseau périnatal Poitou-Charentes	Périnatalité	Région Poitou-Charentes	Réseau périnatal Poitou-Charentes	193 005	175 993	CPAM 79
Réseau Val de Vonne	Association Val de Vonne	Gérontologie	Pays des trois vallées (86)	Association Val de Vonne	66 140	110 000	CPAM 86
Réseau Ville Hôpital de Charente Maritime(RVH 17)	Association RVH 17 section Soins palliatifs	Soins palliatifs	Charente Maritime	Association RVH 17	226 000	226 000	CPAM 17
Réseau Gérontologique Ville Hôpital de Poitiers (RGVH 86)	CCAS, CHU, CHL, Association santé libéraux	gérontologie	Communauté d'agglomérations de Poitiers	CCAS	215 851	239 851	CPAM 86
Réseau santé social Nord Charente	Association réseau santé social Nord Charente	Social – global de proximité	Nord Charente	Asso réseau santé social Nord Charente	57 762	125 857	CPAM 16
Réseau Ville Hôpital 86 SIDA	Réseau Ville hôpital VIH/VHC 86	SIDA	Vienne	Réseau Ville hôpital VIH/VHC 86	45 000	140 500	CPAM 86
Réseau Ville Hôpital 17 SIDA	Association RVH 17 section SIDA	SIDA	Charente Maritime	Association RVH 17 section SIDA	45 000	142 320	CPAM 17
Réseau gérontologique Haut de Saintonge	Association coordination santé social de Haut de Saintonge	Gérontologie	Pays de Haute Saintonge	Association coordination santé social de Haut de Saintonge	370 920	370 920	MSA 17
Réseau gérontologique Pays de Gâtine	Association gérontologique de Gâtine	Gérontologie	Pays de Gâtine	Association gérontologique de Gâtine	115 800	115 800	CPAM 79

BILAN DE GESTION DES DOSSIERS FNPEIS

Pour la quatrième année consécutive, la procédure de l'appel à projets en matière de prévention, a été menée conjointement avec l'Etat. Cet appel couvrait à la fois des thématiques communes Etat / Assurance Maladie que sont les Programmes Régionaux de Santé (PRS Suicide et Dépression, PRS Accidents de la Voie Publique et PRAPS), des thématiques propres à l'Assurance Maladie (thématiques nationales du FNPEIS) et des thématiques spécifiques à l'Etat (hors bilan).

Déclinaisons des programmes nationaux thématiques

<i>THEMES</i>	Nom/Intitulé de l'action	Promoteur	Budget Prévisionnel Total de l'action (€)	Budget demandé sur le FNPEIS (€) et validé par l'URCAM	Caisse référente destinataire du versement FNPEIS
Prévention du TABAGISME	Forum santé 2005	CIJ Angoulême Françoise LABUSSIÈRE Directrice & 05 45 37 07 30	13 750,00	8 000,00	CPAM 16
Prévention du TABAGISME	Édition et diffusion de l'Agenda Santé 2005	CIJ Angoulême Françoise LABUSSIÈRE Directrice & 05 45 37 07 30	14 360,00	8 000,00	CPAM 16
Prévention du TABAGISME	Mise en garde contre le tabagisme	Banque Alimentaire de la Charente Danièle PIGEAULT Présidente & 05 45 95 56 08	3 500,00	2 200,00	CPAM 16
Prévention du TABAGISME	Prévention du tabagisme en milieu scolaire	Ligue contre le cancer	3 600,00	2 000,00	CPAM 17
Prévention du TABAGISME	Journée d'information sur le rôle du chirurgien dentiste dans le sevrage tabagique	CHBD 17	13 000,00	10 000,00	CPAM 17
Prévention du TABAGISME	Programme partenarial de prévention du tabagisme auprès des jeunes du lycée St Jacques de Compostelle à Poitiers.	CPAM de la Vienne	22 147,00	16 802,00	CPAM 86
Prévention du TABAGISME	Le sevrage elles y sont arrivées : pourquoi pas vous ?	CRES Poitou-Charentes	11 500,00	4 000,00	CPAM 86
Prévention du TABAGISME	Programme d'actions "Beauté sans fumer"	CRES Poitou-Charentes	14 500,00	4 200,00	CPAM 86
Prévention du TABAGISME	Sans Tabac c'est vraiment toi.	Comité Départemental contre les Maladies Respiratoires	4 200,00	3 500,00	CPAM 86
Prévention du TABAGISME	Vers une Caisse sans fumeur.	CPAM de la Vienne	13 450,00	7 950,00	CPAM 86
Prévention du TABAGISME	Prévention Tabac en entreprise.	CRES Poitou-Charentes	38 720,00	29 040,00	CRAMCO
		Total		95692	

THEMES	Nom/Intitulé de l'action	Promoteur	Budget Prévisionnel Total de l'action (€)	Budget demandé sur le FNPEIS (€) et validé par l'URCAM	Caisse référente destinataire du versement FNPEIS
Consommation excessive d'ALCOOL	Prévention du risque alcool auprès des jeunes femmes en âge de procréer et auprès des femmes enceintes	ANPAA 16 Michèle LEBAS & 05 45 95 55 11	7 735,00	7 000,00	CPAM 16
Consommation excessive d'ALCOOL	Prévention des conduites à risque auprès des lycéens.	ANPAA 16	9 000,00	8 000,00	CPAM 16
Consommation excessive d'ALCOOL	Module de sensibilisation en alcoologie Alcoolémie de la route	ANPAA 16 Mme Edith BERGER	26 100,00	17 000,00	CPAM 16
Consommation excessive d'ALCOOL	Public en précarité	ANPAA 16	7 850,00	7 000,00	CPAM 16
Consommation excessive d'ALCOOL	"Savoir dire non" Sensibilisation auprès des jeunes de collèges niveau 4ème – 3ème	ANPAA 16	8 950,00	7 500,00	CPAM 16
Consommation excessive d'ALCOOL	Actions de promotion de la santé Prévention des conduites à risque auprès des 16-25 ans	ANPAA 16	11 911,74	8 000,00	CPAM 16
Consommation excessive d'ALCOOL	Impulser et dynamiser une stratégie de mise en réseau sur le sud du département	ANPAA 16	4 876,00	4 540,00	CPAM 16
Consommation excessive d'ALCOOL	Aide aux personnes en difficulté avec l'alcool : action sur les aires de repos	Vie Libre 16 Michel LEMOINE Responsable & 05 45 91 28 46	13 342,43	2 600,00	CPAM 16
Consommation excessive d'ALCOOL	Accès au bilan de santé	CSCS de Roumazières Loubert Roger CHARLES Directeur & 05 45 71 18 59	3 600,00	3 000,00	CPAM 16
Consommation excessive d'ALCOOL	Prévention en alcoologie et addictologie en milieu extra scolaire	ANPAA 17	9 927,00	8 903,00	CPAM 17
Consommation excessive d'ALCOOL	Prévention en alcoologie et addictologie en milieu scolaire	ANPAA 17	68 143,00	66 807,00	CPAM 17
Consommation excessive d'ALCOOL	Diffusion d'ABCDaire de textes de femmes abstinentes	CCAA de Saint Jean d'Angély	2 021,00	2 021,00	CPAM 17

Consommation excessive d'ALCOOL	Soutien aux malades alcooliques et action de prévention de l'alcoolisme	Croix Bleue	8 109,49	1 500,00	CPAM 17
Consommation excessive d'ALCOOL	Réseau d'Aide de proximité	Ass. Alcool Assistance la Croix d'Or	8300,00	5500,00	CPAM 79
Consommation excessive d'ALCOOL	Prévention du risque alcool (Secteur Entreprise)	Prev'Alcool	35072,00	6474,00	CPAM 79
Consommation excessive d'ALCOOL	Prévention des conduites auprès de tout public (secteur Sport et Loisirs)	Prev'Alcool	15274,00	6474,00	CPAM 79
Consommation excessive d'ALCOOL	Prévention des risques liés à l'alcoolisation et aux autres conduites addictives auprès de jeunes dans les structures de loisirs	A.N.P.A.A.79 Ass. Nat. De Prévention en Alcoologie et Addictologie	2500	2100	CPAM 79
Consommation excessive d'ALCOOL	Alcool Parlons en	Ass. Nouvelle Vie Sans Alcool	1000,00	1000,00	CPAM 79
Consommation excessive d'ALCOOL	l'Alcool c'est pas COOL	Collège St Exupéry	680,00	540,00	CPAM 79
Consommation excessive d'ALCOOL	L'Alcool : Parlons en	Lycée Léonard de Vinci	675,00	250,00	CPAM 79
Consommation excessive d'ALCOOL	Prévention Alcool en Argentonnois	Communauté de Communes de l'Argentonnois	19753,00	2900,00	CPAM 79
Consommation excessive d'ALCOOL	Alcool, Sport et Convivialité : Démarche de sensibilisation des jeunes aux risques liés à la consommation excessive ou régulière d'alcool	Centre Socio-Culturel du Pays Mauléonnais	14707,00	3763,00	CPAM 79
Consommation excessive d'ALCOOL	Prévention du risque alcool en entreprise	A.N.P.A.A.79 Ass. Nat. De Prévention en Alcoologie et Addictologie	12000,00	12000,00	CPAM 79
Consommation excessive d'ALCOOL		Alcool Assistance Croix d'or		500	CPAM 79 (transfert FNASS)
Consommation excessive d'ALCOOL	Aide et accompagnement des malades alcooliques et leurs familles	Les Amis de la Santé de la Vienne	3 153,00	600,00	CPAM 86
Consommation excessive d'ALCOOL	Maintien de l'abstinence - Réinsertion Sociale	Alcool Ecoute Joie et Santé	9 800,00	2 500,00	CPAM 86

Consommation excessive d'ALCOOL	Aide aux malades de l'alcool.	Mouvement Vie Libre de la Vienne	16 133,00	2 000,00	CPAM 86
Consommation excessive d'ALCOOL	Prévention du risque alcool en milieu festif et des accidents de la voie publique.	ANPAA 86	8 700,00	900,00	CPAM 86
Consommation excessive d'ALCOOL	Atelier boissons et hygiène alimentaire.	ANPAA 86	1 000,00	500,00	CPAM 86
Consommation excessive d'ALCOOL	Public en difficulté et/ou sous main de justice : prévention du risque alcool et de la récidive.	CIPAT - Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie	43 065,00	1 225,00	CPAM 86
Consommation excessive d'ALCOOL	Aider les entreprises et les structures d'insertion à mieux prévenir et gérer les problèmes d'alcool.	CIPAT - Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie	43 065,00	2 450,00	CPAM 86
		TOTAL		195547	

THEMES	Nom/Intitulé de l'action	Promoteur	Budget Prévisionnel Total de l'action (€)	Budget demandé sur le FNPEIS (€) et validé par l'URCAM	Caisse référente destinataire du versement FNPEIS
Prévention du Sida et des IST	prévention des IST et du SIDA.	Lycée Professionnel Jean Caillaud à Ruelle.	2 300	800	CPAM 16
Prévention du Sida et des IST	VIH SIDA IST	CSCS Roumazières	4 120	3000	CPAM 16
Prévention du Sida et des IST	Prévention, Information	ABSOLUS 17	2 280,00	2 280,00	CPAM 17
Prévention du Sida et des IST	Savoir détecter agir	Foyer des jeunes travailleurs Vals de saintonge	5 000,00	3 800,00	CPAM 17
Prévention du Sida et des IST	Protèges ta vie et tes envies Francofolies	CDIJ	9 800,00	6 350,00	CPAM 17
Prévention du Sida et des IST	Protèges ta vie et tes envies Foire expo	CDIJ	7 040,00	5 840,00	CPAM 17

Prévention du Sida et des IST	Prévention des conduites sexuelles à risques...	CDIJ	9 000,00	4 500,00	CPAM 17
Prévention du Sida et des IST	Campagne Ete SIDA	CDIJ	32 500,00	25 900,00	CPAM 17
		TOTAL		52470	
Incitation à la vaccination ROR	/	/	/	/	/

THEMES	Nom/Intitulé de l'action	Promoteur	Budget Prévisionnel Total de l'action (€)	Budget demandé sur le FNPEIS (€) et validé par l'URCAM	
Prévention des accidents de la vie courante	Programme de dynamisation	Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Charente Dr Victor CADET & 05 45 61 79 00	11 686,00	11 686,00	CPAM 16
Prévention des accidents de la vie courante	Journée de prévention et d'éducation à la santé et à la sécurité	Lycée Beaulieu à Cognac Bernard GENDRINEAU Chef d'établissement & 05 45 36 88 00	1 100,00	600,00	CPAM 16
Prévention des accidents de la vie courante	Éducation à la santé et à la citoyenneté	Lycée Professionnel Jean Albert Grégoire Jean-Marie FOUILLET Proviseur & 05 45 38 63 63	4 300,00	3 000,00	CPAM 16
Prévention des accidents de la vie courante	Prévention des accidents de la vie courante	Banque Alimentaire de la Charente Danièle PIGEULT 05 45 95 56 08	3 500,00	3 000,00	CPAM 16
Prévention des accidents de la vie courante	Traumatismes par accidents et violences (dont accidents de la voie publique et accidents de la vie courante)	CSCS de Roumazières Roger CHARLES Directeur & 05 45 71 18 59	2100	1600	CPAM 16
Prévention des accidents de la vie courante	Programme de dynamisation	CPAM 17	11 686	11 686	CPAM 17
Prévention des accidents de la vie courante	Programme de dynamisation	CPAM 79 centre d'examen de santé	11700	11700	CPAM 79
Prévention des accidents de la vie courante	"Prévenir plutôt que guérir" ; sensibilisation aux risques et accidents domestiques.	CSC La Comberie	8 300,00	1500	CPAM 86
Prévention des accidents de la vie courante	Programme de Dynamisation.	CPAM de la Vienne	11 686,00	11 686,00	CPAM 86
Prévention des accidents de la vie courante	Protégeons la Vie.	Mairie de Châtellerault (Secteur Animation)	11 050,00	3 000,00	CPAM 86
		TOTAL		59 458	

THEMES	Nom/Intitulé de l'action	Promoteur	Budget Prévisionnel Total de l'action (€)	Budget demandé sur le FNPEIS (€) et validé par l'URCAM	
Hygiène bucco-dentaire	Prévention bucco-dentaire envers les cours préparatoires des zones d'éducation prioritaire du département de la Charente	UFSBD de la Charente,	4 645,00	3 387,63	CPAM 16
Hygiène bucco-dentaire	Prévention bucco-dentaire	UFSBD de la Charente,		3400	CPAM16 (transfert FNASS)
Hygiène bucco-dentaire	Dépistage et éducation des enfants scolarisés de 6 ans sur la santé bucco dentaire et promotion de la pratique prophylactique des scellements de sillons	CHBD 17	47000	12730	CPAM 17
Hygiène bucco-dentaire	Action de Prévention bucco-dentaire dans les Ecoles des Deux-sèvres	Comité d'hygiène Bucco-dentaire des Deux-Sèvres	17203,00	6380,00	CPAM 79
Hygiène bucco-dentaire	Prévention et éducation pour la santé bucco-dentaire en faveur des enfants de 6 ans, scolarisés en CP dzns les établissements relevant des ZEP et REP du département.	Comité d'hygiène Bucco-dentaire De la Vienne	6 452,00	4 851,00	CPAM 86
Hygiène bucco-dentaire		TOTAL		30 748,63	

THEMES	Nom/Intitulé de l'action	Promoteur	Budget Prévisionnel Total de l'action (€)	Budget demandé sur le FNPEIS (€) et validé par l'URCAM	Caisse référente destinataire du versement FNPEIS
Nutrition et Education nutritionnelle PNNs	Du collégien consommateur conformiste vers le citoyen acteur responsable de son alimentation et de sa santé	Collège Pierre Bodet	4350,00	2200,00	CPAM 16
Nutrition et Education nutritionnelle PNNs	Bien se nourrir pour mieux réussir. De l'élève conditionné au collégien responsable et acteur de sa santé	Collège Jules Verne,	6000	2000	CPAM 16
Nutrition et Education nutritionnelle	Recettes traditionnelles et nutrition des seniors	Association Bien vieillir en Charente,	5500,00	1900,00	CPAM 16
Nutrition et Education nutritionnelle PNNs	Approche de la nutrition	Banque Alimentaire de la Charente	3000	3000	CPAM 16
Nutrition et Education nutritionnelle PNNs	Prévention de la malnutrition chez les personnes démunies	MJC Centre social St Michel	4700	2000	CPAM 16
Nutrition et Education nutritionnelle	Éducation à la santé	Collège du Sacré Cœur à RUFFEC	1015,00	400,00	CPAM 16
Nutrition et Education nutritionnelle PNNs	Mieux manger pour mieux vivre	CSCS Confolens	3191	2000	CPAM 16
Nutrition et Education nutritionnelle PNNs	Projet d'éducation à l'équilibre alimentaire	CCAS de Saint-Yrieix	6300	2500	CPAM 16
Nutrition et Education nutritionnelle PNNs	Action d'éducation nutritionnelle et sportive à la Maison d'arrêt d'Angoulême.	Codes 16	8568	6568	CPAM 16

Nutrition et Education nutritionnelle	Actions éducatives dans le projet ZEP'FRUITS	CODES 16	68670,00	5524,00	CPAM 16
Nutrition et Education nutritionnelle	Cultivons et fructifions ensemble notre santé en redynamisant notre quotidien	CSCS Ruffec	30290	5000	CPAM 16
Nutrition et Education nutritionnelle	Prévention du vieillissement, lutte contre la dépendance par l'activité physique et le réentraînement à l'effort	Association Bien vieillir en Charente	71792,00	7300,00	CPAM 16
Nutrition et Education nutritionnelle	Equilibre alimentaire, facteur de mieux-être.	CSCS de Roumazières.	6810	3000	CPAM 16
Nutrition et Education nutritionnelle PNNs	Promotion des légumes dans les collèges du pays ruffecois	Collège Alfred Renoleau de Mansles	21050	5200	CPAM 16
Nutrition et Education nutritionnelle	Accompagnement à l'éducation nutritionnelle à partir de l'aide alimentaire distribuée par la banque alimentaire	Banque alimentaire de Charente Maritime	42500	7250	CPAM 17
Nutrition et Education nutritionnelle	Santé et Courses en USEP	Comité Départemental de l'Union Sportive de l'Enseignement du Premier Degré des Deux-Sèvres USEP	12050,00	1250,00	CPAM 79
Nutrition et Education nutritionnelle	Soutien au retour au domicile de personnes manifestant une dénutrition	Centre Hospitalier de NIORT Service de Gériatrie	13100,00	13100,00	CPAM 79
Nutrition et Education nutritionnelle	Promotion Santé, Nutrition auprès des plus démunis du Département des DS	Banque Alimentaire des DS	6600,00	3 400,00	CPAM 79
Nutrition et Education nutritionnelle	La Santé au quotidien et à long terme	Centre Socio-Culturel de Mauléon	13514,00	1 200,00	CPAM 79
Nutrition et Education nutritionnelle	Semaine du Gout	Centre Socio-Culturel d'Airvault	1751,13	630,00	CPAM 79
Nutrition et Education nutritionnelle	Le Relais	Ass. "Anneau de l'espoir" Solidarité 79	21976,00	2 500,00	CPAM 79
Nutrition et Education nutritionnelle	Information/sensibilisation à l'hygiène alimentaire en direction des salariés d'Inersud, en parcours d'accès à l'emploi.	Inersud	3 090,00	2 100,00	CPAM 86
Nutrition et Education nutritionnelle	Equilibre alimentaire auprès des femmes du foyer d'hébergement temporaire	ADIFAS	1021	1021	CPAM 86

Nutrition et Education nutritionnelle	Point accueil de l'épicerie sociale "le Coup de Pouce".	CCAS de Châtelleraut	19 900,00	9 000,00	CPAM 86
Nutrition et Education nutritionnelle	Equilibre alimentaire en entreprise.	CPAM de la Vienne	15 350,00	5 000,00	CPAM 86
Nutrition et Education nutritionnelle	Pour un bon équilibre alimentaire dès la petite enfance.	Crèche halte garderie parentale "Petidum"	2 150,00	2 150,00	CPAM 86
Nutrition et Education nutritionnelle	Sensibilisation à l'alimentation et son budget par la réalisation de repas quotidiens et de repas festifs par les résidents du CHRS.	CCAS de Châtelleraut	4000	3200	CPAM 86
		TOTAL		100 393	

THEMES	Nom/Intitulé de l'action	Promoteur	Budget Prévisionnel Total de l'action (€)	Budget demandé sur le FNPEIS (€) et validé par l'URCAM	Caisse référente destinataire du versement FNPEIS
AUTRE PREVENTION	Prévention des conduites à risque.	CSCS - MJC Louis Aragon à Angoulême	16 700,00	4 500,00	CPAM 16
AUTRE PREVENTION	Les mercredis de la santé	Maison associative de la Santé	7 908,00	3 500,00	CPAM 17
AUTRE PREVENTION	Soutien pour permettre d'ouvrir les épreuves sportives aux athlètes handisport	Semi marathon Handisport de La Rochelle		3220	CPAM 17 (transfert FNASS)
AUTRE PREVENTION	A ta question	Alec radio Pulsar	30 187,00	25 187,00	CPAM 86
AUTRE PREVENTION	Ma santé et les autres	Centre Socio-Culturel des Minimes	6 270,00	3 500,00	CPAM 86
AUTRE PREVENTION	Prévention du risque alcool et cannabis par l'information et le dialogue vers un public jeune.	Centre de Cure Ambulatoire en Alcoologie (CIPAT)	127 632	16 325	CPAM 86
AUTRE PREVENTION	Information, documentation, formation, et communication	Codes		700	CPAM 79 (transfert FNASS)
AUTRE PREVENTION		Parole et justice 79		1000	CPAM 79 (transfert FNASS)
AUTRE PREVENTION	Support de prévention santé pour les usagers des agences retraite de la CRAMCO sur les 2 régions Poitou-Charentes et Limousin	CRÉS Poitou-Charentes		36155	CRAMCO (transfert FNASS)
		Total		94087	

Programmes Régionaux de Santé (PRS)

PRS Accidents de la voie publique	Nom / Intitulé de l'action	Promoteur	Budget Prévisionnel Total de l'action (€)	Budget demandé sur le FNPEIS (€) et validé par l'URCAM	Caisse référente destinataire du versement FNPEIS
PRS Accidents de la voie publique	La route en toute sécurité	Collège Mixte de Montemboeuf Monsieur le Principal P. DEJEAN & 05 45 65 02 72	3070	1000	CPAM 16
PRS Accidents de la voie publique	Prévention routière	Lycée Professionnel "Chabanne" à Chasseneuil Annick DELFOSSE Proviseur tel 05 45 20 50 00	1910	900	CPAM 16
PRS Accidents de la voie publique	Prévention des accidents de la voie publique	Mission Local de Saintonge	8750	5000	CPAM 17
PRS Accidents de la voie publique	Soutien aux actions de communication organisées par le Préfet, lord du WE lors de la semaine nationale de sécurité routière	Week end sans accident		2300	CPAM 17 (transfert FNASS)
PRS Accidents de la voie publique	Une seule route : celle de la vie	Collège St Exupéry	1500	1150	CPAM 79
PRS Accidents de la voie publique		TOTAL		10350	

Programmes Régionaux de Santé (PRS)

PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Nom / Intitulé de l'action	Promoteur	Budget Prévisionnel Total de l'action (€)	Budget demandé sur le FNPEIS (€) et validé par l'URCAM	Caisse référente destinataire du versement FNPEIS
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Forum Santé à destination des familles	Réseau Départemental de Charente "Suicide Dépression santé mentale"	5160,00	5160,00	CPAM 16
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Soirée – théâtre débat à destination des familles et des professionnels du Sud Charente	Réseau Départemental de Charente "Suicide Dépression santé mentale"	3850,00	3850,00	CPAM 16
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Action de prévention dans le nord du département de la Charente (poursuite année 2004)	Réseau Départemental de Charente "Suicide Dépression santé mentale"	8860,00	8860,00	CPAM 16
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Festival du bien être et de la promotion de la santé mentale	Réseau Départemental de Charente "Suicide Dépression santé mentale"	3 500	3 500	CPAM 16
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Groupe d'échange et de rencontre.	CSCS Roumazières	4 800	3 900	CPAM 16
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Plaquette informative en prévention du suicide et de la santé mentale	CH La Rochelle	1 173,00	653,00	CPAM 17
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Promotion de la Santé mentale des personnes âgées	Mutualité française Poitou-Charentes	4 120,00	1 620,00	CPAM 17

PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Nom / Intitulé de l'action	Promoteur	Budget Prévisionnel Total de l'action (€)	Budget demandé sur le FNPEIS (€) et validé par l'URCAM	Caisse référente destinataire du versement FNPEIS
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Action de communication en prévention du suicide et promotion de la santé mentale	CH La Rochelle	4 345,00	3 625,00	CPAM 17
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Action d'information et de communication sur le deuil traumatique	CH La Rochelle	4 550,00	3 000,00	CPAM 17
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Journée nationale de prévention du suicide	SOS Amitié	2 394,00	2 000,00	CPAM 17
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Temps d'écoute psychologique	Mission Locale du Pays Niortais	14144,00	3965,00	CPAM 79
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Temps d'Ecoute psychologique	Ass. Mellois 2000 PAIO de MELLE	4046,00	1182,00	CPAM 79
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Temps d'écoute psychologique	PAIO - Haut Val de Sèvres	10735,00	3250,00	CPAM 79
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	"Toujours à l'écoute", savoir entendre les jeunes à temps	Ass . Gâtine Emploi PAIO du Pays de Gâtine	8804,00	2200,00	CPAM 79
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Temps d'écoute psychologique	PAIO - Pays Bocage Bressuirais	9000,00	1191,00	CPAM 79
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Actions prévention de la dépression : Revalorisation-communication et bien être de la personne	CSC du Mellois	3347,00	1635,00	CPAM 79

PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Relais d'écoute psychologique	CIDF 79	28730	8385	CPAM 79
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Une ressource pour la prévention du mal être	Ass relais phare enfants parents ARPED 79	65498	11033	CPAM 79
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Formation de sensibilisation à l'écoute des candidats bénévoles.	SOS Amitié Poitiers	860	860	CPAM 86
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Edition d'une plaquette destinée à aider les professionnels et les bénévoles face à des personnes en situation de crise suicidaire	CH Henri Laborit	5700	5700	CPAM 86
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)	Accueil, écoute, soutien, orientation des lesbiennes, gays et bisexuel(le)s.	En tous genres	7 780,00	300,00	CPAM 86
PRS Suicide et dépression (devenu santé mentale)		TOTAL		75869	

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

Nom / Intitulé de l'action	Promoteur	Budget Prévisionnel Total de l'action (€)	Budget demandé sur le FNPEIS (€) et validé par l'URCAM	Caisse référente destinataire du versement FNPEIS
Action prévention santé de proximité	ADSEA	46100	3250	CPAM86
Ma priorité c'est ma santé	MJC/Centre de Vie Sociale Les Renardières	6 333,00	2 500,00	CPAM 86
Actions de prévention santé en direction des jeunes	MJC/Centre de Vie Sociale Les Renardières	18 000,00	6 000,00	CPAM 86
Des actions (collectives) pour un mieux être	Centre d'Animation de Beaulieu	45 079,00	5 894,00	CPAM 86
Prévention et information autour de la vie quotidienne.	Association Dynamique d'Entraide du Canton de Lussac les Châteaux	19 595,00	2 500,00	CPAM 86
Santé, bien-être pour une valorisation personnelle et familiale.	Association des Centres Sociaux Littré-Vinci de la Plaine d'Ozon	66 443,00	6 300,00	CPAM 86
	Total		26444	

Commentaires

En 2005, ce sont **375 dossiers** qui ont été déposés. Ce chiffre reste stable par rapport à 2004. Le nombre de dossiers retenus sur par l'assurance maladie est en légère augmentation 138 contre 114. 137 dossiers ont été pris par l'ETAT, 19 réorientés sur d'autres fonds de financement et 90 ont été refusés.

Plusieurs points sont à remarquer pour cette année 2005.

- Pour la première fois certains dossiers ont été cofinancés Etat/ Assurance maladie (une dizaine).
- Il y a eu un transfert FNASS sur le FNPEIS. De ce fait, des dossiers habituellement pris sur le FNASS ont intégré la procédure d'appel à projets.
- La prise en charge des substituts nicotiques a été aussi transférée sur l'appel à projets commun.

L'enveloppe régionale s'élevait à 1 288 532 € dont :

745 482 € pour les actions locales de prévention suivant les thématiques nationales et programmes régionaux,

33 984 € pour la prise en charge des substituts nicotiques dans les CES,

68 840 € pour le transfert FNASS/FNPEIS,

440 226 € pour les actions de prévention de l'alcoolisme.

Après instruction des dossiers, l'enveloppe globale a été utilisée à hauteur de **782 508,63 €**.

S'agissant des thématiques

Comme par le passé les thématiques pour lesquelles les dossiers retenus sont les plus nombreux sont l'alcool, la nutrition (environ trente dossiers chacune) et la santé mentale (ancien PRS suicide et dépression), environ 22 .

ANNEXES



La santé dentaire en gériatrie

Dossier

L'état de santé et l'accès aux soins bucco-dentaires en établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)

L'absence d'accès aux soins bucco-dentaires des personnes âgées dépendantes peut être problématique et entraîner un mauvais état de santé bucco-dentaire, d'autant plus préoccupant qu'il peut avoir des répercussions sur l'état général : dénutrition et infection focale notamment.

L'enjeu médical est important dans la région Poitou-Charentes compte tenu du vieillissement progressif de la population.

Une étude a été menée en 2003 par les chirurgiens-dentistes conseils des services médicaux (régime général et MSA), dans le cadre du programme régional de l'Assurance Maladie conduit par l'URCAM de Poitou-Charentes.

Les objectifs de l'enquête

- Décrire l'état de santé bucco-dentaire de la population en Etablissements d'Hébergement pour des Personnes Agées Dépendantes (EHPAD de Poitou-Charentes conventionnés au 15 avril 2003),
- Evaluer les besoins en soins dentaires,
- Analyser l'accès aux soins bucco-dentaires,
- Susciter des mesures contribuant à améliorer la santé bucco-dentaire des personnes âgées en EHPAD.



Une étude en deux volets

- **Le volet "directeurs/personnel soignant"** : analyse des possibilités d'accès aux soins bucco-dentaires des résidents au moyen d'un questionnaire.
- **Le volet "bénéficiaires"** : évaluation des besoins odonto-stomatologiques des résidents et de leur ressenti bucco-dentaire, réalisée à partir de l'examen clinique par les chirurgiens-dentistes conseils auprès d'un échantillon de personnes âgées résidant en EHPAD.

Les résultats

• **Les EHPAD** : les résultats ont concerné 100 établissements de Poitou-Charentes accueillant au total 7486 résidents. Ces établissements étaient majoritairement implantés dans des communes de moins de 5000 habitants (73%) et se répartissaient de manière équivalente entre les secteurs public et privé.

- Prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire

Pour seulement 35% des directeurs, l'hygiène bucco-dentaire prodiguée aux résidents dans leur établissement était suffisante. En outre, aucun protocole d'hygiène bucco-dentaire n'existait dans 69% des établissements.

Très majoritairement (77%), les directeurs estimaient que le personnel soignant était insuffisamment formé à l'hygiène bucco-dentaire.

SOMMAIRE

Dossier :

La santé dentaire en gériatrie - P1 - 3

Interviews :

Dr Christine PRADERE

Gériatre au CHU de Poitiers (86) - P3

Dr Frédéric ODONNE

Chirurgien dentiste libéral
à Châtillon-sur-Thouet (79) - P4

- Accès aux soins bucco-dentaires des résidents

Les établissements n'avaient pas tous le même niveau de connaissance de leur responsabilité face à la santé bucco-dentaire des résidents. Ainsi, ils étaient 89 % à penser que la responsabilité morale des soins bucco-dentaires leur incombait. En revanche, 3 % des établissements ignoraient de qui elle relevait. Par contre sur le plan financier, 91 % des établissements se déclaraient non responsables.



Pour la grande majorité des établissements (81 %), la solution retenue consistait à faire accompagner les résidents, vers les structures de soins bucco-dentaires, par les familles ou du personnel extérieur à l'établissement.

Au cours de l'année précédant l'enquête, environ un tiers des directeurs avaient connu des problèmes pour répondre à la demande de soins bucco-dentaires et 7 % n'avaient pas connaissance de l'existence éventuelle d'une difficulté.

Seuls 11% des établissements proposaient des vacations de chirurgien-dentiste au sein de leur établissement. Parmi ceux-ci, 4 disposaient d'un équipement dentaire.

En revanche, un peu plus de la moitié des établissements (52%) avait instauré un protocole d'orientation extérieure pour les soins bucco-dentaires.

● Les Résidents

Les résultats ont concerné 390 résidents en EHPAD. Pour 8,2 % de ces résidents, l'interrogatoire et l'examen clinique par un chirurgien-dentiste conseil se sont avérés impossibles. Concernant les 358 résidents pour lesquels l'examen a été possible, il s'est avéré difficile ou incomplet pour 11,7 % d'entre eux. Seuls 1,5 % de ces résidents déclaraient avoir bénéficié d'une consultation dentaire à l'admission en EHPAD.

- Hygiène bucco-dentaire

Le brossage était déclaré effectué au moins une fois par jour pour 68,2% des résidents, au moins une fois par semaine pour 11,9%. Pour 20 % des résidents, aucun brossage n'était réalisé.

- Etat endobuccal

Au total, 46,7% des personnes examinées présentaient une édentation antérieure visible lors du sourire ou de la parole. La présence de blessures ou de pathologies des muqueuses a été observée chez 11% des résidents. Pour les sujets porteurs d'au moins une dent, environ la moitié présentaient de la plaque dentaire et/ou du tartre.

Des dépôts alimentaires ont été détectés chez 37,2% des personnes examinées. Il existait également une inflammation gingivale chez 33,7% d'entre eux.

31,5 % des résidents ne présentaient aucune unité fonctionnelle masticatrice (unité fonctionnelle : molaire ou prémolaire présentant au moins un contact fonctionnel en occlusion de convenance. Cet indicateur permet d'évaluer les possibilités masticatoires des résidents).

- Besoins en soins et prothèses dentaires

La nécessité d'extraction(s) dentaire(s) a été mise en évidence chez 46,4% des personnes examinées et d'un ou plusieurs soins conservateurs pour 36,7%.

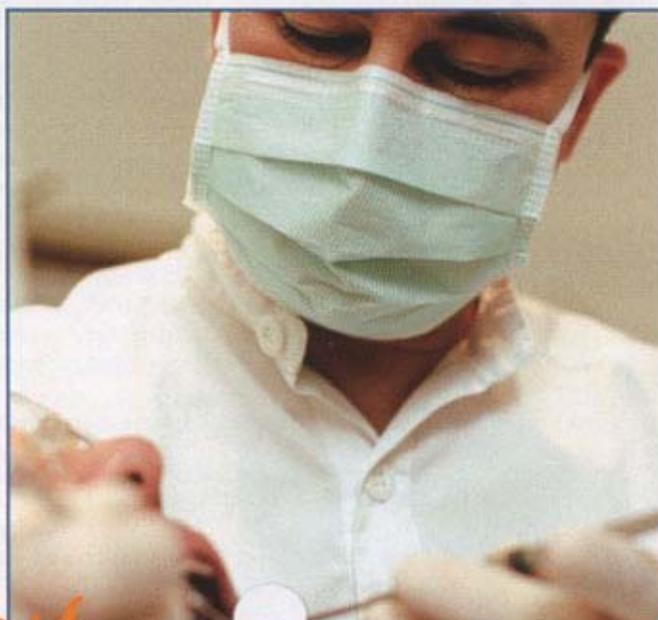
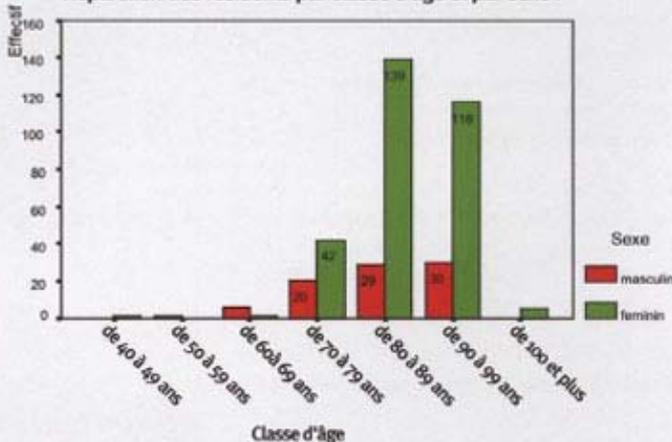
Le besoin en prothèse adjointe partielle a été évalué chez les résidents partiellement édentés (édentation partielle constatée ou prévisible). Ce besoin concernait 40,1% des résidents pour le maxillaire supérieur et 50,4% pour la mandibule.

Le besoin en prothèse adjointe totale a été évalué chez les résidents totalement édentés (édentation totale constatée ou prévisible). Pour le maxillaire supérieur, ce besoin touchait 35,7% des résidents et pour la mandibule 39 %.

Bilan récapitulatif

Au moins un besoin thérapeutique dentaire a été détecté pour 255 résidents sur 390 soit 65,4% (extractions, soins conservateurs, prothèses conjointes, adjointes totales et partielles).

Répartition des résidents par classe d'âge et par sexe :



Suggestions d'actions

Les chirurgiens-dentistes conseils enquêteurs ont, au moyen d'entretiens individuels avec les directeurs et des membres du personnel soignant (infirmières, aides-soignantes, auxiliaires de vie, médecins), recueilli des propositions visant à renforcer la santé bucco-dentaire des résidents.

Actions prioritaires dans les trois domaines d'intervention abordés :

● Prévention et hygiène bucco-dentaire

Suggestions	Directeurs	Personnel soignant
	%	%
Formation du personnel EHPAD	41	36,4
Instauration d'un protocole d'hygiène bucco-dentaire dans les EHPAD	29	35,6
Création d'hygiénistes dentaires	26	26,2
Autres	3	0,8
Ne sait pas	1	1

● Accès aux soins bucco-dentaires

Suggestions	Directeurs	Personnel soignant
	%	%
Diminution du coût résiduel des actes	51	47,7
Développement filières et réseaux	23	20
Limitation des déplacements	25	29,5
Autres	1	2,3
Ne sait pas	-	0,5

● Etat bucco-dentaire des résidents

Suggestions	Directeurs	Personnel soignant
	%	%
Bilan bucco-dentaire systématique à l'admission en EHPAD	67	63,3
Formation des médecins	15	14,9
Motivation des chirurgiens-dentistes	11	13,8
Autres	3	5,4
Ne sait pas	4	2,6

Dr Christine PRADERE Gériatre au CHU de POITIERS (86)

Interview



Dr Christine PRADERE, Gériatre au CHU de POITIERS

Quelles sont les spécificités des personnes âgées et/ou handicapées en matière d'état de santé bucco-dentaire ?

Tout d'abord, on note une part importante de mauvais état bucco-dentaire chez les plus âgés en raison d'absence de sensibilisation aux mesures préventives et du peu de motivation pour la réalisation de soins.

Ensuite, on rencontre une forte proportion de patients totalement édentés, non appareillés, ou qui l'ont été mais dont les prothèses ont été abandonnées sans être adaptées ou renouvelées. Nombre de patients présentent également des états bucco-dentaires très dégradés avec de multiples dents abîmées, noircies et cassées et n'ont jamais reçu de soins dentaires. Aussi, la gêne à la mastication d'une prothèse mal adaptée conduit souvent au retrait de la prothèse pour le repas et non à une demande d'ajustement.

Enfin, avec le vieillissement, une diminution de la sécrétion salivaire participe aux lésions bucco-dentaires. Cette diminution est accentuée par certains médicaments et l'insuffisance d'hydratation.

Les résultats et conclusions de cette étude vous semblent-ils correspondre aux situations que vous rencontrez dans votre service ?

Dans une unité d'hospitalisation gériatrique, la moyenne d'âge est élevée (85 ans environ) et nous retrouvons la même tendance que dans l'étude, sans doute accentuée par les problèmes de santé chroniques sous jacents. Ainsi, les patients n'ayant pas de problèmes bucco-dentaires sont exceptionnels. La réalisation de soins ou la confection de prothèse se heurtent souvent au refus du patient par démotivation et fatalisme.

Que pensez-vous de la formation du personnel en matière de santé bucco-dentaire ?

L'hygiène bucco-dentaire doit être enseignée dans les écoles de formation paramédicale et les objectifs de soins par patient doivent s'intéresser à ce domaine que le patient soit hospitalisé, en EHPAD ou à domicile.

L'arrivée de générations sensibilisées au respect de l'hygiène bucco-dentaire fera sans aucun doute évoluer la demande en ce sens.

Quelles sont les actions mises en place dans un service tel que le vôtre en matière de santé bucco-dentaire pour les personnes âgées ?

Le brossage des dents est normalement effectué une fois par jour le matin par le patient (s'il le peut) ou par un soignant. Les dentiers sont retirés le soir, nettoyés, trempés dans une solution effervescente de nettoyage pendant la nuit, rincés avant d'être remis le matin.

Nous essayons de veiller rigoureusement à l'état d'hydratation des patients et traitons les mycoses buccales qui sont fréquentes, source de douleur et de manque d'appétit. Des soins de bouche sont effectués avec des produits antiseptiques, des solutions bicarbonatées ou plus simplement avec une boisson gazeuse au cola qui a une remarquable efficacité et l'avantage d'être agréable au goût pour le patient.





Dr Frédéric ODONNE, Chirurgien dentiste libéral à Châtillon-sur-Thouet

Que pensez vous des résultats de cette enquête ?

Le bilan général montre un très gros besoin en matière d'hygiène bucco-dentaire. Etant moi-même praticien volontaire pour exercer une vacation dans un EHPAD, je vous confirme ce sentiment.

Je note une méconnaissance importante, non pas du problème, mais de la réalité médicale de la part des établissements et du personnel de ces établissements. Cependant, il me semble logique que les familles soient impliquées dans la prise en compte de la santé bucco-dentaire de leurs aînés.

Quelles sont les possibilités d'interventions pour un chirurgien-dentiste libéral en EHPAD ?

Elles sont de deux ordres :

● **Le conseil au personnel soignant** : par la motivation et la définition de protocoles d'hygiène adaptés (brossage des dents et nettoyage systématique des prothèses)

● **Les soins aux personnes âgées** : avec des examens systématiques à l'entrée et des contrôles, des soins selon les possibilités de la structure locale. Avec un peu d'équipement il est possible de faire quelques soins tels que des extractions simples et des adaptations de prothèses. Avec beaucoup d'équipement, tout est possible mais on sort du cadre libéral.

Comment pourrait-on améliorer les soins pour cette population (au cabinet, et en EHPAD) ?

Il faudrait systématiser la prévention et le dépistage comme nous avons essayé de le faire dans le cadre du Comité d'Hygiène et de Santé Bucco-dentaire (CHSBD) des Deux-Sèvres et avec lequel nous avons visité plusieurs établissements.

De plus, il faudrait entre autre mettre en place des visites régulières, porter une attention particulière à la motivation du personnel et établir des protocoles d'hygiène.

Enfin, il est nécessaire de continuer le système actuel de soins au cabinet dentaire car techniquement c'est le seul réaliste, sachant que les déplacements des résidents doivent être facilités par les EHPAD et en accord avec les familles.

De plus, je sais par expérience que les EHPAD qui possèdent un cabinet sont sous-équipés et que les embauches de personnel dentaire ne sont pas à l'ordre du jour.



Cahiers n°19
"Endocardite infectieuse et état bucco-dentaire"
Octobre 2002



Cahiers n°10
"Consultation à domicile : nouvelles modalités, nouveaux tarifs"
Décembre 2002



Cahiers n°11
"Les attentes des médecins généralistes"
Février 2003



Cahiers n°12
"Le bon usage des antibiotiques"
Juin 2003



Cahiers n°13
"Réseaux de santé"
Juillet 2003



Cahiers n°14
"La maladie d'Alzheimer"
Novembre 2003



Cahiers n°15
"Les accidents iatrogènes"
Mars 2004



Cahiers n°16
"Les médicaments gériatriques"
Octobre 2004



Cahiers n°17
"La pratique de la médecine générale"
Janvier 2005

Les numéros 1 à 17 sont disponibles sur simple demande au 05 49 49 10 90 ou consultables sur : www.urcam-poitou-charentes.fr

URCAM de Poitou-Charentes
Téléport 4, Futuropolis 4, BP 30188 - 86962 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL CEDEX

Groupe de travail régional :

● Mme le Dr COHEN,
Chef de projet, chirurgien dentiste conseil ELSM 16/17

● Mme le Pr. HENNEQUIN,
Expert scientifique, Professeur en odontologie à la faculté de Clermont-Ferrand

● Mme le Dr KIRCHNER-BIANCHI,
Chirurgien -dentiste conseil chef de service DRSM

● Mme le Dr HOURCADE,
Médecin conseil DRSM

● M. le Dr SUIRE-SAULNIER,
Chirurgien dentiste conseil ELSM 16

● M. le Dr RAUFFET,
Chirurgien dentiste conseil ELSM 79

● M. le Dr ROBERT,
Chirurgien dentiste conseil ARCMSA 79/86 et Président du Conseil de l'Ordre 79

● Mme le Dr VAILLENDET,
Médecin conseil ELSM 16

● M. le Dr BRUNET,
Orthodontiste à Cognac (16) et Président du CHSBD 16

● Mme GERVAIS,
MFP

● Mlle NOSSEREAU
Chargée de mission à l'URCAM

Contact : URCAM Poitou-Charentes - Tél. 05 49 49 10 90

Rapport de l'étude disponible sur le site de l'URCAM : www.urcam-poitou-charentes.fr

Edité par : URCAM de Poitou-Charentes
Téléport 4, Futuropolis 4, BP 30188 - 86962 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL CEDEX
Tél. 05 49 49 10 90 - Fax : 05 49 49 10 99

e-mail : urcam@urcam-poitou-charentes.fr www.urcam-poitou-charentes.fr

Réalisation : Aliénor Consultants : 05 49 62 69 00

Directeur de la publication : J-P. Robelet

Périodicité : trimestrielle

Imprimé par : Oudin Imprimeur - ZI République-Poitiers

ISSN : 1623-6920

Dépôt légal : à parution

Photos : URCAM - Aliénor.



Les anxiolytiques et les hypnotiques

Dossier

Des prescriptions très réglementées

La consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques en France est la plus élevée d'Europe.

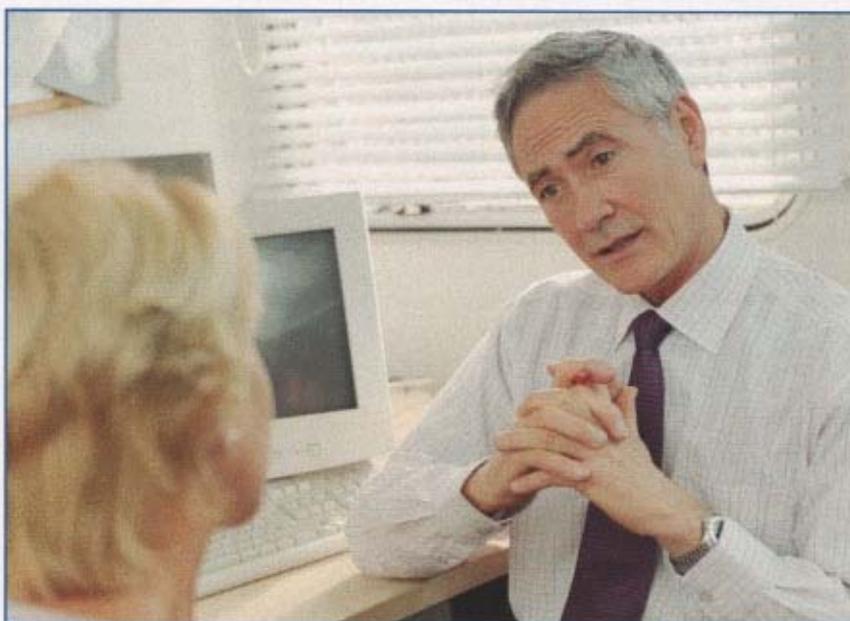
Ce n'est pas sans risque : dépendance, iatrogénie, troubles de la vigilance...

En 2004, le nombre de boîtes d'anxiolytiques et d'hypnotiques remboursées par l'Assurance Maladie a encore progressé.

Face à ce constat, la convention nationale signée en janvier dernier entre les représentants des médecins libéraux et l'URCAM a inscrit comme objectif annuel une réduction de 10 % des dépenses prévisibles liées aux traitements par anxiolytiques et hypnotiques. C'est pourquoi l'Assurance Maladie accompagne les médecins pour atteindre les objectifs fixés notamment sur ce thème.

Rappel des recommandations de bonnes pratiques concernant les hypnotiques et anxiolytiques

L'utilisation de ces molécules fait l'objet depuis de nombreuses années d'une attention particulière de la part des autorités sanitaires. Elle doit tenir compte des dispositions de l'arrêté du 07 octobre 1991 (dès l'instauration du traitement, le prescripteur doit en annoncer



clairement au patient la durée prévue et les modalités d'arrêt), des indications de l'AMM, des différentes recommandations (fiches de transparence, recommandations de la Haute Autorité en Santé et de l'AFSSAPS...).

Ainsi les quelques recommandations rappelées ici sont extraites de ces différents textes.

Avant la prescription

La prescription des hypnotiques et des anxiolytiques doit reposer sur une analyse soignée de la situation clinique, en cherchant à séparer ce qui relève des difficultés transitoires et des réactions à une pathologie somatique, de la pathologie psychiatrique confirmée.

En raison du danger potentiel lié à l'utilisation des benzodiazépines, le rapport bénéfice/risque de toute prescription doit être évalué avant le début du traitement et réévalué pour tout renouvellement d'ordonnance.

Prescription d'hypnotiques

Les troubles du sommeil ne doivent pas toujours conduire en première intention à la prise d'un médicament.

Des conseils d'hygiène du sommeil sont d'abord à proposer et à encourager. De plus, il est recommandé d'établir un bilan clinique de l'insomnie avant une éventuelle prescription.

SOMMAIRE

Dossier :

Les anxiolytiques et les hypnotiques - P1 - 2

Interviews :

Pr Jean-Louis SENON

Chef du service de psychiatrie et de psychologie médicale au CHU de Poitiers (86) - P3

Dr Patrick JOURDAIN

Médecin généraliste
à Aulnay de Saintonge (17) - P4

Prescription d'anxiolytiques

Toute anxiété n'est pas pathologique et ne relève pas forcément d'un traitement médicamenteux. Les symptômes psychiques, physiques et comportementaux de l'anxiété deviennent pathologiques lorsqu'ils atteignent un caractère invalidant qu'il appartient au médecin de reconnaître. Ils justifient alors d'un traitement spécifique.

La prescription d'un anxiolytique n'est pas anodine. Elle ne constitue pas le traitement de fond d'un trouble anxieux et une dépression doit être systématiquement recherchée. Ainsi, la prescription ne doit pas être isolée et doit s'accompagner d'un suivi par le médecin traitant.

Les doses

Il est recommandé de choisir initialement les posologies les plus faibles, de ne les augmenter qu'en cas de nécessité et à la condition d'une absence d'effets indésirables et enfin de ne pas dépasser les posologies maximales fixées par l'AMM.

La durée de traitement

Il est recommandé de prévoir d'emblée une durée de prescription courte (quelques jours à quelques semaines selon les cas), d'évaluer régulièrement le traitement : c'est à dire, son efficacité, la nécessité de le poursuivre, ses effets indésirables pouvant justifier une réduction de posologie, voire un arrêt.

La durée maximale de prescription des hypnotiques est fixée à quatre semaines ; celle des anxiolytiques à douze semaines. Certaines molécules font l'objet de mesures plus restrictives.

C'est notamment le cas du Flunitrazépam (Rohypnol® et ses génériques) et du triazolam (Halcion®) avec une durée maximale de prescription de 14 jours.

Mises en garde et précautions d'emploi

Les benzodiazépines peuvent entraîner des troubles du comportement associant, à des degrés divers, une altération de l'état de conscience à des troubles du comportement et de la mémoire. Outre les interrogations sur le maintien de l'efficacité initiale (tout particulièrement pour les hypnotiques) l'usage à long terme des benzodiazépines expose à un risque de dépendance qui se traduit lors de l'arrêt du traitement par des phénomènes de sevrage.

Chez la personne âgée

Les effets indésirables graves sont potentialisés :

- risques de dépendance ;
 - risques liés au sevrage ;
 - risques de confusions et de troubles mnésiques ;
 - risques de potentialisation des autres psychotropes ;
 - augmentation des risques de chutes ou d'accidents de la circulation.
- La nécessité de réduire les posologies pour les personnes âgées (1/2 dose) figure dans l'AMM des spécialités.

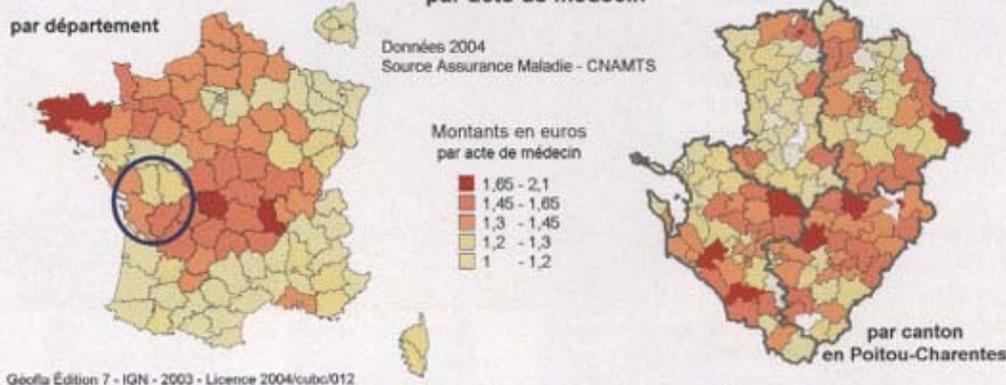
Chez l'enfant

La prescription ne peut être qu'exceptionnelle, ponctuelle et de courte durée.

Peu de spécialités ont une indication chez l'enfant.

Quelques données de prescriptions régionales

Montants prescrits d'hypnotiques et anxiolytiques par acte de médecin



Données 2004 Source CNAMTS	Les médecins généralistes			Les spécialités psychiatriques		
	Montants d'anxiolytiques et d'hypnotiques prescrits	Nombre d'actes effectués	Montant prescrit par acte standardisé	Montants d'anxiolytiques et d'hypnotiques prescrits	Nombre d'actes effectués	Montant prescrit par acte standardisé
Charente	2 097 6 25 €	1 462 9 08	1,45 €	96 631 €	60 637	1,87 €
Charente-Maritime	3 483 9 28 €	2 622 9 97	1,31 €	146 9 01 €	82 831	1,97 €
Deux-Sèvres	1 587 4 90 €	1 399 5 55	1,24 €	73 051 €	54 387	2,04 €
Vienne	2 116 1 93 €	1 821 5 48	1,27 €	105 6 02 €	68 382	1,79 €
Poitou-Charentes	9 285 236 €	7 305 508	1,31 €	422 188 €	246 737	1,91 €
France métro.	-	-	1,10 €	-	-	1,63 €

L'analyse nationale de la prescription de ces molécules par les médecins libéraux confirme que la région Poitou-Charentes est dans une situation où les prescriptions sont plus importantes que la moyenne nationale. Ainsi, si un médecin généraliste français prescrit en moyenne 1,10 euros de ces deux familles par acte, le picto-charentais en prescrit 1,31 euros soit 19 % de plus. Au sein de la région, la Charente et la Charente-Maritime sont les départements les plus consommateurs.

Au regard des prescriptions cantonales en Poitou-Charentes, on note que dans la Vienne et la Charente-Maritime la sur-prescription est plus nette dans des territoires très ruraux. Ainsi, dans la

région, les montants les plus importants par acte de médecin sur ces molécules sont prescrits dans les bassins de vie d'Aulnay, de Rouillac, de Ruffec et de La Trimouille.

Une analyse plus profonde des causes de ces disparités inter-cantonales est difficile. En effet, ces ratios reflètent avant tout l'activité des prescripteurs et leurs habitudes plus que la consommation des patients de ces zones. De plus, ce montant par acte est également influencé par de nombreux facteurs comme, par exemple, la substitution pharmaceutique car ces familles disposent de génériques.



Pr Jean-Louis SENON, Chef du service de psychiatrie et de psychologie médicale
au CHU de Poitiers

Comment expliquez-vous cette sur-consommation en France ?

Les facteurs de cette sur-prescription des tranquillisants et hypnotiques sont avant tout psychosociologiques : les patients français attendent beaucoup trop du médicament, objet magique permettant d'éloigner les peurs de la maladie, de mettre à distance tout ce qui peut aggraver et, pour ce qui concerne les psychotropes, de compenser la crainte de ne pas être à la hauteur ou suffisamment performant dans une vie quotidienne qui est vécue comme très stressante. Ces représentations de la valeur magique du médicament sont très ancrées dans notre société et surdéterminent le rôle du médecin et l'attente du malade : dans notre pays, 95% des consultations de généraliste se concluent par une prescription et 50% de celles-ci sont motivées par des plaintes à composante psycho-somato-sociale. Dans leur demande de prescription, les patients sont en quête de bien-être, et cherchent une béquille pour éprouver un peu plus de bonheur. La facilité de la prescription, comme la rapidité d'action et la sécurité d'emploi des benzodiazépines ont renforcé cette tendance, même si aucune nouvelle molécule n'a été mise sur le marché depuis près de dix ans.

Cette sur-prescription est aussi liée à une dépendance aux tranquillisants et hypnotiques qui fait que certains de nos patients âgés prennent des benzodiazépines de façon régulière depuis plus de 20 ans, ce qui est un véritable problème de santé publique.

Quels sont à votre avis les moyens à employer pour que cette consommation diminue ?

Quelles autres alternatives sont offertes aux praticiens ?

Une diminution de la consommation des hypnotiques et tranquillisants passe par une revalorisation du travail relationnel et psychothérapeutique du médecin, en particulier du généraliste. Face à une souffrance psychologique, l'écoute du médecin et le soutien psychologique qu'il peut proposer à son patient dans une période d'épreuve de vie doivent être revalorisés, avant même que l'hypothèse d'une prescription médicamenteuse ne soit faite.

De la même façon, une analyse clinique précise de la pathologie du patient doit être réalisée. Elle vise à diagnostiquer et à traiter spécifiquement un trouble panique qui relève d'un traitement antidépresseur, et surtout un état dépressif confirmé qui n'est jamais amélioré par une benzodiazépine (dans 25% des cas un tranquillisant est prescrit pour traiter une dépression, de même que dans 20% des cas pour un hypnotique !).

Quand une prescription s'impose au terme de cette analyse clinique attentive quelques principes simples permettent d'éviter le piège de sur-prescriptions :

■ Toutes les benzodiazépines (tranquillisantes et hypnotiques) ont à des degrés divers les mêmes propriétés : elles sont anxiolytiques et tranquillisantes, hypnotiques, anticonvulsivantes, myorelaxantes, amnésiantes et orexigènes.

■ Les benzodiazépines de première génération ont un métabolisme commun : elles convergent presque toutes vers le desmethyl-diazepam qui se transforme en oxazepam.

■ Ces deux constatations permettent donc de penser que rien ne justifie une association de benzodiazépines tranquillisantes et que tout devrait être fait pour éviter, dans une prescription plus durable, l'association d'un tranquillisant et d'un hypnotique : à posologie adaptée le soir, le tranquillisant a une action favorable sur l'insomnie.

Dans le cas d'une première prescription de tranquillisant ou d'hypnotique, les recommandations de l'arrêté du 17 octobre 1991 sont un bon guide de prescription. Elles doivent être expliquées au patient, même si elles sont parfois difficiles à respecter. Il est ainsi plus facile d'expliquer au patient insomniaque que l'hypnotique prescrit (dans le seul cas d'une insomnie occasionnelle) le sera pour une semaine, éventuellement renouvelé jusqu'à trois fois après évaluation clinique hebdomadaire (soit une durée maximum de prescription de 4 semaines). De la même façon devant un tableau anxieux la prescription sera d'emblée annoncée comme réalisée pour une durée maximum d'un mois sans être renouvelée plus de trois fois (durée maximum de prescription de quatre mois).

Le problème est d'une autre difficulté pour les patients devenus dépendants d'hypnotiques ou de tranquillisants depuis des années. Dans ces cas, et ce d'autant que la prescription est ancienne et associée, impliquant des produits à demi-vie courte, le sevrage doit être réalisé très progressivement sur une période de plusieurs mois en limitant tout d'abord les associations pour se centrer sur un seul produit, puis en diminuant très progressivement celui-ci sur une longue période. Une prise en charge psychothérapeutique est indispensable : écoute et soutien, relaxation, TCC... L'attention et l'expertise du médecin sont indispensables pour la réussite d'un sevrage souvent difficile. Un relais avec un antidépresseur sédatif à faible dose ou avec un neuroleptique sédatif est souvent utile en tenant compte de l'âge.

Quels sont les risques avec ces molécules ?

Les risques des médicaments hypnotiques et tranquillisants sont avant tout représentés par la dépendance qu'ils induisent. Il n'est pas acceptable que la communauté médicale soit à l'origine d'une telle sur-prescription dans un pays comme le notre. Cette dépendance est à l'origine de bien des problèmes en administration chronique du fait des propriétés thérapeutiques associées à l'activité tranquillisante ou hypnotique : troubles de la mémoire, cognitifs et comportementaux du fait de l'action amnésiante, chutes et fractures chez le sujet âgé liée à l'activité myorelaxante et à la précocité du pic plasmatique, crises comitiales au sevrage du fait de l'action anticonvulsivante... Cette sur-consommation concerne tous les prescripteurs.





Dr Patrick JOURDAIN, médecin généraliste
à AULNAY de SAINTONGE

Comment interprétez vous les chiffres donnés dans cette étude ?

L'interprétation des chiffres est difficile, on observe dans la pratique deux populations distinctes utilisant hypnotiques et anxiolytiques :

■ une population âgée, avec des patients souvent "accro" à leur traitement, (la plupart du temps des hypnotiques) et chez qui la dépendance pharmacologique et psychique est très forte. Le sevrage est problématique malgré les effets indésirables amnésiants de ces molécules dont les patients sont d'ailleurs très conscients.

■ une population plus jeune, active, stressée par le mode de vie moderne, le travail (pénibilité, pression de la hiérarchie, harcèlement moral latent ...), les tracassés administratifs et financiers (artisans et agriculteurs surtout). Ces patients ont besoin d'un coup de pouce chimique pour passer des moments délicats de leur vie. Ils sont conscients du caractère bref du traitement et de la dépendance qu'il peut entraîner dans le cas contraire. On peut penser aussi que les médecins ruraux, à forte activité, ont une

réponse médicamenteuse plus facile et rapide par manque de temps pour dialoguer et désamorcer les situations anxiogènes. Les délais d'attente pour obtenir des rendez-vous avec les spécialistes jouent aussi en leur défaveur.

Comment faites-vous pour éviter certaines de ces prescriptions ?

Le dialogue et l'explication sont les points clé des nouvelles prescriptions auprès de nos patients.

Le "problème" est en fait l'efficacité de ces molécules qui est à double tranchant car elle entretient une demande très forte des patients auxquels il faut savoir résister et expliquer qu'elles ne sont pas si anodines que ça.

En pratique, on peut avoir recours à la phytothérapie (et à l'homéopathie pour ceux qui la pratiquent) pour traiter les anxiétés légères à modérées.

Certains antidépresseurs ont aussi une bonne efficacité anxiolytique mais ils sont réservés à d'authentiques Troubles Anxieux Généralisés (TAG) bien documentés.

Ces molécules sont certes délicates à manipuler mais leur relative bonne tolérance et leur redoutable efficacité en font des outils de choix en médecine générale : le mode de vie moderne est devenu indéniablement très anxiogène. Les "vieux" praticiens nous disent d'ailleurs qu'ils n'avaient pas toutes ces molécules mais qu'ils en avaient aussi beaucoup moins besoin dans leur exercice quotidien.



Cahiers n°8
"Le FAQSV"
Juin 2002



Cahiers n°9
"Endocardite infectieuse"
Octobre 2002



Cahiers n°10
"La visite à domicile"
Décembre 2002



Cahiers n°11
"La Formation Médicale
Continue"
Février 2003



Cahiers n°12
"Le bon usage des
antibiotiques"
Juin 2003



Cahiers n°13
"Réseaux de santé"
Juillet 2003



Cahiers n°14
"La maladie d'Alzheimer"
Novembre 2003



Cahiers n°15
"Les addictions"
Mars 2004



Cahiers n°16
"Les médicaments génériques"
Octobre 2004



Cahiers n°17
"La pratique de la médecine
généraliste"
Décembre 2004



Cahiers n°18
"La santé dentaire
originale"
Mars 2005

Comité de rédaction :

● Julien BOUCHEREAU,
Chargé de mission GDR,
Union Régionale des Caisses
d'Assurance Maladie, Poitiers

● Laurent FLAMENT
Statisticien, Union Régionale
des Caisses d'Assurance Maladie,
Poitiers

● Dr Jean-Claude LAFON,
Médecin Conseil Chef,
Direction Régionale des Services
Médicaux, Limoges

Contact :
URCAM Poitou-Charentes
Tél. 05 49 49 10 90

Les numéros 1 à 18 sont disponibles sur simple demande ou 05 49 49 10 90
ou consultables sur : www.urcam-poitou-charentes.fr

URCAM de Poitou-Charentes
Téléport 4, Futuropolis 4, BP 30188 - 86962 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL CEDEX

Édité par : URCAM de Poitou-Charentes
Téléport 4, Futuropolis 4, BP 30188
86962 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL CEDEX
Tél. 05 49 49 10 90 - Fax : 05 49 49 10 99
e-mail : urcam@urcam-poitou-charentes.fr
www.urcam-poitou-charentes.fr

Réalisation : Allénor Consultants : 05 49 62 69 00
Directeur de la publication : J-P. Robelet
Périodicité : trimestrielle
Imprimé par : Oudin Imprimeur - ZI République-Poitiers
ISSN : 1623-6920
Dépôt légal : à parution
Photos : URCAM - Allénor.

HEPATITE C : vers une amélioration du dépistage et de la prise en charge

Dossier

La prévalence des adultes ayant des anticorps anti-VHC a été évaluée en France entre 1,1 et 1,2%. Quatre-vingts pour cent de ces sujets étant virémiques, il a été estimé que 400 000 à 500 000 personnes avaient une infection chronique par le VHC en France¹. Cependant, 30 à 40% de ces personnes ignoraient leur statut sérologique².

L'hépatite C est une maladie dont l'évolution est variable. En général, celle-ci progresse lentement sur plusieurs dizaines d'années.

Les chances de guérison spontanées sont faibles puisque l'infection évolue fréquemment vers une infection chronique dont le risque principal est le développement d'une cirrhose et d'un hépatocarcinome.

Depuis la découverte du virus de l'hépatite C (VHC) en 1989, l'efficacité des traitements a considérablement progressé et la prise en charge est souvent simplifiée. Cela justifie donc pleinement le dépistage des personnes à risque.

Enquête épidémiologique sur la prise en charge et la qualité des soins de l'infection par le virus de l'hépatite C dans la région Poitou-Charentes.

Une enquête transversale a été menée de février à mai 2003 dans la région, afin d'évaluer le dépistage et la prise en charge de l'hépatite C. Cette enquête, pilotée par le Docteur VERNEAU, a été financée par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV)³ géré par l'URCAM.

L'objectif de cette enquête était de définir l'état de prise en charge de l'hépatite C :

- en identifiant tous les nouveaux cas dans la région sur une période de 4 mois,
- en intégrant tous les caractères épidémiologiques et les données médicales de la prise en charge,
- en analysant le vécu du malade, de sa maladie et de son appréciation de la qualité des soins.

85 des 90 laboratoires d'analyses biologiques privés et publics de la région ont transmis anonymement les résultats des sérologies VHC. Puis un questionnaire épidémiologique et un autre de suivi (6 mois après) ont été adressés aux médecins prescripteurs des tests positifs.

Cette enquête a permis de montrer que le dépistage a nettement augmenté par rapport à l'enquête identique de 1997. En effet, on note une diminution du nombre de sérologies positives et des nouveaux cas dépistés (62 760 sérologies sur 4 mois, dont 307 positives et 96 nouveaux cas). Le taux de détection estimé est passé de 43 à 26 cas pour 100 000 habitants de 1997 à 2003.

Un tiers des sérologies positives n'est pas conforme aux recommandations (positivité antérieurement connue). Enfin, un tiers des personnes dépistées a été perdu de vue par le prescripteur du test.

Ainsi, si le dépistage est effectif dans la région Poitou-Charentes, la prise en charge devrait pouvoir être améliorée.

¹ Conférence de Consensus. Traitement de l'hépatite C. Paris, 27 et 28 février 2002.
² Ministère de l'emploi et de la solidarité : Programme National Hépatites Virales C et B, 2002-2005.

³Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) :

Instauré par la loi de financement de la Sécurité Sociale en 1999, ce fonds participe à l'amélioration de la qualité des soins dispensés en ville. Il contribue notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation. Les aides financières du fonds sont attribuées, sous forme de subventions, à un professionnel de santé exerçant en ville à titre libéral ou à un regroupement de ces professionnels quelque soit sa forme juridique, ou à un centre de santé. Le fonds peut financer des dépenses d'équipement, de fonctionnement, d'étude et de recherche.

SOMMAIRE

Dossier :
Hépatite C : vers une amélioration
du dépistage et de la prise
en charge P 1, 2, 3

Interviews :
Dr Joseph RIMLINGER
Médecin généraliste à Rochefort (17) P 3

Pr Christine SILVAIN
Gastroentérologue
au CHU de Poitiers (86) P 4

Dépistage et population à risque d'hépatite C

Il convient de rappeler que la transmission de la maladie s'effectue uniquement par contact avec le sang d'un sujet infecté.

Selon l'ANAES⁴, le dépistage doit concerner les populations à risque de contamination :

- les usagers ou anciens usagers de drogues par voie intraveineuse (toxicomanie IV) ou intra nasale (même à titre expérimental et bref)
- les personnes transfusées avant 1988. La transfusion n'étant pas toujours connue, il convient également de dépister le VHC chez les sujets ayant pu être transfusés à la suite de traitements médicaux ou chirurgicaux graves (chirurgie lourde, séjour en réanimation...)
- les enfants nés de mère séropositive pour le VHC
- les patients hémodialysés
- les sujets découverts séropositifs pour le VIH
- les sujets incarcérés ou ayant été incarcérés
- les sujets ayant eu un tatouage ou un piercing ou de la mésothérapie ou acupuncture sans utilisation d'aiguilles à usage unique
- les membres de l'entourage familial des patients contaminés
- les sujets originaires ou ayant reçu des soins dans des pays réputés à forte prévalence du VHC.

Les professionnels de santé doivent également être dépistés en cas d'accident d'exposition au sang conformément aux recommandations de la Direction Générale de la Santé.

Dépistage : une recherche d'anti-corps anti-VHC

En cas de sérologie VHC positive dans deux prélèvements consécutifs distincts par deux techniques différentes, il faut rechercher l'ARN du VHC dans le sérum.

L'absence de détection qualitative de l'ARN du VHC (20 à 25% des cas) montre que l'infection est guérie et si les transaminases sont normales, les investigations peuvent être arrêtées.

Par contre, la détection de l'ARN du VHC (75 à 80% des cas) signe une infection chronique C. Un bilan clinique, biologique (transaminases, génotype viral, charge virale, recherche de co-infection par le virus de l'hépatite B ou le VIH...) et anatomo-pathologique doit être réalisé avant de définir une stratégie thérapeutique.

La détermination du génotype viral est indispensable. Le génotype conditionne les indications du traitement, les modalités du bilan pré-thérapeutique et la stratégie thérapeutique elle-même. En effet, en cas de virus de génotype 2 ou 3, les traitements actuels sont plus efficaces et leur durée plus brève.

La ponction biopsie hépatique (PBH) permet d'établir le bilan lésionnel. L'activité nécrotico-inflammatoire, cotée de A0 à A4, et le degré de fibrose, coté de F0 à F4, constituent les deux paramètres du score METAVIR. Les indications du traitement reposent sur cette évaluation des lésions histologiques hépatiques. La présence d'une hépatite chronique avec un score METAVIR F2 ou F3, une cirrhose non décompensée (score METAVIR F4) sont des indications reconnues du traitement. Pour les patients atteints d'hépatite chronique minime (score METAVIR F0 ou F1) ou d'hépatite chronique associée à des transaminases normales, une simple surveillance sans traitement est recommandée.

Les indications du traitement doivent être modulées par la prise en compte de facteurs individuels (altération de la qualité de vie, âge, co-morbidités, manifestations extra hépatiques) et virologiques.

La Conférence de Consensus de février 2002 précise que la PBH peut ne pas être réalisée si la décision de traiter a été prise et ne dépend pas du résultat histologique (génotype 2 ou 3 en l'absence de co-morbidité, femme ayant un projet de grossesse, cryoglobulinémie symptomatique, cas particulier des co-infections VHC-VIH...).

Des marqueurs non invasifs de la fibrose et de l'activité nécrotico-inflammatoire hépatique permettent d'avoir une estimation de la fibrose et de l'activité nécrotico-inflammatoire. Le Fibrotest a été mis au point à partir du dosage sanguin de l'apolipoprotéine A1, l'alpha 2 macroglobuline, l'haptoglobine, la bilirubine, l'alanine aminotransférase et de la glutamyl transpeptidase).

Traitement

Le traitement de référence associe actuellement (en l'absence de contre-indication) un interféron pegylé administré par injection sous cutanée une fois par semaine, et de la ribavirine par voie orale 2 fois par jour.

L'existence de nombreux effets secondaires justifie la constitution d'une véritable équipe autour du malade : infirmière pour les injections, médecin généraliste, hépatologue voire psychologue et/ou psychiatre. La complémentarité entre le médecin généraliste et le spécialiste est capitale.

L'état grippal, l'asthénie, l'irritabilité, la perte de poids sont fréquents. Il est capital de dépister précocement des troubles de l'humeur sévères ou un état dépressif, des modifications cardiovasculaires ou thyroïdiennes. De tels effets secondaires ou des anomalies de la formule sanguine peuvent amener à modifier le traitement.

Quel que soit le génotype, la réponse virologique (disparition de l'ARN viral) doit être évaluée à la fin du traitement et six mois après son arrêt. L'absence d'ARN viral détectable 6 mois après l'arrêt du traitement caractérise la réponse virologique prolongée (RVP).

Cela correspond, dans la très grande majorité des cas, à une guérison définitive. Une recherche de l'ARN viral peut être proposée 12 à 24 mois après la fin du traitement, afin de dépister les exceptionnelles rechutes tardives.

4 Dépistage de l'hépatite C. Populations à dépister et modalités de dépistage. Recommandations du comité d'experts réuni par l'ANAES. Paris : Anaes, 2002. Disponible sur www.anaes.fr.



Suivi des porteurs du VHC

Le suivi des porteurs du VHC, qu'ils soient non-répondeurs, rechuteurs à un traitement, ou non traités, doit être régulier. Dans le passé, la faible efficacité du traitement et l'absence d'évolutivité de l'hépatite C chez certains, incitaient à une abstention thérapeutique souvent assimilée par les malades à l'absence de nécessité d'une surveillance.

Le suivi des patients, pour lesquels l'indication du traitement n'a pas été retenue ou ceux qui l'ont refusée, a pour objectif d'assurer un soutien du patient et d'apprécier l'évolution de l'infection par le VHC. Il est capital d'évaluer au moins annuellement le taux de transaminases et d'avoir un avis spécialisé récent.

L'amélioration de l'efficacité des traitements justifie de rediscuter souvent les indications thérapeutiques. L'hépatite C non traitée risque d'évoluer vers une cirrhose (1 cas sur 5). Dans ce cas, le risque d'hépatocarcinome est de 30% (3 à 5% par an).

Vaccination

Il n'y a pas d'espoir quant à la réalisation proche d'un vaccin contre le VHC.

En revanche, il faut rappeler qu'il existe toujours un vaccin contre le virus de l'hépatite B (VHB) pour laquelle de nouveaux cas apparaissent.

Une audition publique d'experts avait été organisée le 9 novembre 2004 par l'AFSSAPS, l'ANAES et l'INSERM, à la demande du Ministre de la santé, sur le thème VHB et sclérose en plaques.

Les recommandations émises ne diffèrent pas sensiblement des conclusions de la conférence de consensus de 2003 :

- Vaccination universelle des nourrissons
- Rattrapage de la vaccination chez les enfants et pré-adolescents
- Vaccination en cas de risque élevé d'exposition au VHB :
 - Nouveaux-nés de femmes séropositives VHB : sérovaccination systématique.
 - Professionnels de santé : nécessité d'être immunisés
 - Situation ou comportement à risque :
 - usagers de drogue par voie parentérale,
 - personne en contact avec un porteur de l'AgHBs,
 - hémodialysés chroniques,
 - patients de structures accueillant des handicapés mentaux,
 - personnes à partenaires sexuels multiples,
 - voyageurs de pays à forte endémie (Afrique, Asie).

Dr Joseph RIMLINGER, Médecin généraliste à ROCHEFORT (17)

Interview



Dr Joseph RIMLINGER,
Médecin généraliste à ROCHEFORT (17)

Comment le médecin généraliste peut-il contribuer à améliorer la prise en charge des patients dépistés ?

Pour améliorer la prise en charge des patients dépistés pour l'hépatite C, le médecin généraliste peut avoir un rôle important. Souvent en première ligne pour l'indication du dépistage (car il connaît les facteurs de risque de ses patients), il est également le premier interlocuteur devant la découverte d'un résultat positif.

Il est donc amené à expliquer la pathologie, avec sa fréquence d'évolution chronique, la nécessité d'un suivi et les possibilités thérapeutiques, fournissant ainsi au patient les meilleures modalités de traitement.

Dans le cadre d'une surveillance, en l'absence de traitement, il peut maintenir la motivation du patient à poursuivre ses contrôles, afin de ne pas assimiler l'absence de traitement et la non-nécessité de suivi. Dans le cadre d'un traitement, le médecin généraliste est apte à expliquer les objectifs, afin d'obtenir une adhésion au traitement ; il peut expliquer et surveiller l'apparition d'effets secondaires, afin de les traiter ou les faire prendre en charge.

Enfin, il peut avoir un rôle de coordination avec l'ensemble de l'équipe soignante (hépatologue, biologiste, psychiatre, ...).

Quelle est votre perception de l'hépatite C a-t-elle évoluée au cours de ces dernières années ?

L'augmentation du nombre de patients présentant une hépatite C, les modalités de suivi et la majoration de l'efficacité du traitement ont changé notre perception de cette pathologie ces dernières années.

D'une pathologie de groupe à risque aux complications fréquentes et aux thérapeutiques limitées, nous sommes passés à une maladie chronique dans un grand nombre de cas qui avec un suivi régulier et les éventuels traitements, semble pouvoir donner à un taux de guérison important.

Cette conjugaison de facteurs a favorisé le repérage des différents risques de contamination, ce qui nous permet de proposer à nos patients un dépistage plus fréquent, et en cas de positivité d'essayer d'obtenir d'eux une motivation optimale pour le suivi et le traitement.



Pr Christine SILVAIN,
Gastroentérologue au CHU de POITIERS (86)

**Peut-on parler de guérison
si le virus de l'hépatite C est éradiqué ?**

Il faut d'abord distinguer 2 types de situations : la disparition spontanée du virus grâce aux défenses immunitaires et la seconde dépendant du traitement médicamenteux. La première est la disparition spontanée du virus de l'hépatite C (VHC) après primo-infection et donc hépatite virale aiguë quelle soit ou non symptomatique. Dans cette situation, la guérison est d'environ 15%. En l'absence de co-morbidité et donc d'atteinte hépatique pré-existante, on peut bien parler de guérison.

Dans la deuxième situation, soit on se trouve aussi dans une situation d'hépatite aiguë et on traite. La chance d'éradication virale avec réponse virale prolongée, c'est-à-dire absence de VHC dans le sérum et activité des transaminases normales avec un traitement par interféron standard ou interféron pégylé, est alors de 70 à 90%.

Comme dans la situation précédente, en l'absence de co-morbidité et en l'absence d'hépatite pré-existante, on peut parler de guérison.

Enfin, dans 85%, il n'y a pas d'éradication spontanée du VHC, on a alors une hépatite chronique qui risque d'évoluer vers la cirrhose puis vers le carcinome hépatocellulaire. Le traitement actuel permet une réponse virale prolongée dans près de 80% des cas des malades infectés par les génotypes 2 ou 3, et près de 50% de ceux infectés par les autres génotypes (4, 5 ou 6). Il s'agit cependant de l'éradication du VHC et pas forcément de la guérison des lésions hépatiques qui existaient avant le début du traitement.

Il faut donc toujours retenir que la réponse virale prolongée n'est pas la guérison et qu'une surveillance adaptée du malade est nécessaire après le traitement. Les outils et la fréquence de cette surveillance sont encore à définir : tests sanguins de fibrose? mesure de l'élasticité du foie par Fibroscan? une association des 2? la question reste posée.

**Qu'attendez-vous du médecin
généraliste pour le dépistage de l'hépatite C ?**

Le médecin généraliste est le maillon essentiel du dépistage. C'est lui qui connaît le mieux les antécédents du malade et donc les facteurs de risque de contamination du VHC. En France, dans environ 20% des cas, le mécanisme de la transmission du VHC reste inconnu.

En dehors de ces cas, l'identification des malades à risque paraît plutôt simple. Il faut cependant que les sujets potentiellement contaminés viennent consulter le médecin généraliste, ce qui n'est pas toujours le cas des usagers de drogues intra-veineuses. En plus de sa position centrale dans le dépistage, le médecin généraliste sera le maillon principal du parcours de santé du malade infecté par le VHC, pour confirmer l'infection, le génotype et la prise en charge qui sera alors concertée avec le spécialiste.

**Pensez-vous que le dépistage
de l'hépatite C a évolué ces dernières années ?**

On compte 5000 nouveaux cas par an d'hépatite C dont plus de 70% d'usagers de drogues. Les outils de dépistage sont-ils bien adaptés à cette population ayant un pauvre capital veineux ? L'utilisation de salivettes, petits bâtonnets permettant de recueillir la salive pour une recherche d'ARN du VHC, semble prometteuse.

Faut-il inventer d'autres approches comme cela commence à être fait dans certains Certificats de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT), en utilisant des méthodes indirectes de mise en évidence de la fibrose comme le Fibroscan ? Ces nouvelles approches ont l'avantage d'évoquer avec le patient les autres facteurs de risques associés comme l'alcool, le tabac, le cannabis : tous nocifs pour le foie. L'étude faite par le réseau hépatite C Poitou-Charentes montre bien qu'il faut inventer une façon d'amener ces malades au dépistage car nous avons des outils efficaces et des traitements qui permettent d'envisager une réduction significative de la morbidité et de la mortalité.

La connaissance par les sujets infectés de leur statut sérologique pourrait permettre de limiter les comportements à risque de transmission du VHC et donc de diminuer la prévalence de l'infection VHC. Le réseau hépatite C Poitou-Charentes a élaboré et édité une bande dessinée, destinée surtout à sensibiliser les adolescents, et a permis de faire une campagne d'information auprès de ces jeunes. Toutes ces formes d'informations sont nécessaires pour que la majeure partie des sujets à risque soit dépistée. Ceci permet une meilleure prise en charge des patients infectés et à terme leur guérison, fortement dépendante d'une prise en charge précoce.

Comité de rédaction :

● M. le Dr VERNEAU,
Président du réseau Hépatite C Poitou-Charentes
et gastroentérologue à Poitiers.
Contact du réseau Hépatite C Poitou-Charentes :
05 49 44 44 02 ou rhcp@chu-poitiers.fr

● Mme le Dr Sylvie HOURCADE, Médecin-Conseil Chef DRSM
Limousin Poitou-Charentes,
Coauteur de l'article : Hourcade S, Burbaud F, Loustaud-Ratti V.
"Prise en charge des patients traités par antiviraux pour hépa-
tite C en région Limousin" Revue Médicale de l'Assurance
Maladie, Volume 36 N° 3, Juillet-septembre 2005.

● M. Julien BOUCHEREAU, Chargé de mission GDR, URCAM
Contact : URCAM Poitou-Charentes - Tél. 05 49 49 10 90

Édité par : URCAM de Poitou-Charentes
Téléport 4, Futuropolis 4, BP 30188
86962 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL CEDEX
Tél. 05 49 49 10 90 - Fax : 05 49 49 10 99
e-mail : urcam@urcam-poitou-charentes.fr
www.urcam-poitou-charentes.fr

Réalisation : Aliénor Consultants : 05 49 62 69 00
Directeur de la publication : J-P. Robelet
Périodicité : trimestrielle
Imprimé par : Oudin Imprimeur
ZI République-Poitiers
ISSN : 1623-6920
Dépôt légal : à parution
Photos : URCAM - Aliénor.

Les numéros 1 à 19 sont disponibles sur simple
demande au 05 49 49 10 90
ou consultables sur :
www.urcam-poitou-charentes.fr

URCAM de Poitou-Charentes
Téléport 4, Futuropolis 4, BP 30188
86962 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL CEDEX





N° 21 - décembre 2005



Les Réseaux de santé : Dotation Régionale de Développement des Réseaux de Santé

Dossier

Instaurée depuis 2003 en Poitou-Charentes, la Dotation Régionale de Développement des Réseaux de santé (DRDR) a financé jusqu'à ce jour 22 réseaux en laissant une réelle liberté aux promoteurs, en tenant compte des crédits disponibles, des projets déjà financés sur d'autres fonds (FAQSV*, crédits Etat, etc.), de la thématique, de l'implantation, de l'organisation et du fonctionnement de leurs réseaux.

Cependant, afin d'obtenir une réelle cohérence des réseaux au niveau régional, une seconde phase, après celle d'impulsion, doit être mise en place en privilégiant des thématiques non encore investies jusque là.



Définition d'un réseau

Depuis 2002, les réseaux de santé répondent à une définition unique. Ils ont pour "objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires...".

Quelle que soit la thématique retenue, le réseau propose une prise en charge adaptée aux besoins des patients, tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que du soin. Il doit apporter une plus-value au regard de l'organisation de l'offre de soins existante, et respecter un équilibre entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire. Les réseaux sont financés, depuis 2002, par la Dotation Nationale de Développement des Réseaux de santé (DNDR) déclinée en dotations régionales cogérées par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM). Celles-ci définissent conjointement une politique de financement des réseaux, en respectant un équilibre régional et les besoins existants.

SOMMAIRE

Dossier :

Les Réseaux de santé P 1, 2 et 3

Interviews :

Dr BATEJAT, RVH de Charente-Maritime (17), Soins Palliatifs à Domicile P3

Dr BURES, Réseau S.O.S. Douleur à Domicile, Charente (16) P4

Appel à projet 2006 P4

Résultats de l'évaluation des Cahiers de la Santé P4

Axes prioritaires 2006

Les axes prioritaires de la politique de développement des réseaux retenus pour l'année 2006 en Poitou-Charentes sont les suivants :

■ Améliorer l'efficacité des réseaux de santé déjà existants

Pour les réseaux déjà financés sur la dotation depuis une ou deux années, il s'agit d'accompagner les réseaux existants dans leur fonctionnement et dans l'atteinte de leurs objectifs initiaux.

Les premières évaluations vont être lancées en partenariat avec les promoteurs. Parmi les réseaux, certains sont financés depuis plus de deux ans et entrent dans leur troisième année. Les objectifs de l'évaluation sont, d'une part, de mesurer leurs résultats par rapport à leurs objectifs initiaux et de vérifier l'efficacité des réseaux et, d'autre part, de mesurer leur aptitude à évoluer. Les évaluations doivent être menées par un prestataire extérieur et s'appuyer éventuellement sur le guide d'évaluation des réseaux de santé édité par l'ANAES.

*FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.



Il faut envisager les extensions de certains réseaux au regard des résultats réalisés. Lorsque le fonctionnement et la couverture territoriale seront clairement établis, l'objectif de ces réseaux est d'étendre leur fonctionnement à un autre territoire pour lequel le besoin est validé.

■ Améliorer le fonctionnement des "réseaux" nouvellement mis en place

Parallèlement à cette phase de maturité, il convient d'améliorer la montée en charge de certains réseaux suite à la première année de fonctionnement. L'objectif est d'asseoir leur fonctionnement pour arriver à une réponse optimale. Pour cela, il s'agit d'optimiser la coordination entre les professionnels de santé libéraux et les hospitaliers, et d'améliorer la prise en charge et le suivi des patients. Le principe d'une mutualisation entre les réseaux existants et financés sur la dotation doit être retenu dans la mesure du possible. La dotation étant régionale, il est également opportun de respecter une certaine équité entre les départements, et de compléter la couverture régionale en fonction des besoins et des demandes. En effet, la liste des réseaux permet de constater, par exemple, que le nombre de réseaux gérontologiques financés n'est pas homogène par département.



Réseaux de Santé Financés en Poitou-Charentes depuis 2003 :

Nom du réseau	Promoteur	Thème du réseau	Dépt/ Région
Réseau Périnatalité Nord Charente	CH d'Angoulême	Périnatalité	16
Réseau Santé Social Nord Charente	Réseau Santé Social Nord Charente	Social	16
Réseau SOS Douleur	SOS douleur à domicile	Douleur	16
Cardiosaintonge	Association cardiosaintonge	Insuffisance cardiaque	17
Réseau Santé Troubles du langage	Association ADEIME	Troubles du langage	17
Réseau Ville Hôpital Charente Maritime Soins Palliatifs à domicile (RVH 17 SPAD)	Association RVH17	Soins palliatifs	17
Réseau Ville Hôpital Charente Maritime 17 - SIDA	Association RVH17	SIDA	17
Réseau gérontologique Haut de Saintonge	Réseau gérontologique Haut de Saintonge	Gérontologie	17
Réseau IVHOIR	Association IVHOIR	Gérontologie	17
Réseau RELANSE	Association RELANSE	Prise en charge globale	17
Réseau Atlantique Diabète	Association ACREDIA	Diabète	17
Réseau gérontologique Pays de Gâtine	Association Réseau gérontologique Pays de Gâtine	Gérontologie	79
Réseau Pays Mellois et Haut Val de Sèvre	Hôpital Saint Malxent	Gérontologie	79
RADIC (Réseau d'Aide à Domicile pour les Insuffisants cardiaques)	CHU Poitiers	Insuffisance cardiaque	86
Réseau Val de Vonne	Association Val de Vonne	Gérontologie	86
Réseau Gérontologie Ville Hôpital de Poitiers	CCAS, CHU, CHL, Association santé libéraux	Gérontologie	86
Réseau Ville Hôpital 86 - SIDA	Réseau Ville Hôpital VIH/VHC 86	SIDA	86
Suivi alterné post thérapeutique de patients atteints d'un cancer	UCPO 86	Cancérologie	86
Réseau gérontologique Vallée du Clain	Association Vallée du Clain	Gérontologie	86
Réseau gérontologique du Pays Montmorillonnais	Association réseau gérontologie du pays montmorillonnais	Gérontologie	86
Réseau Régional Périnatal	Réseau périnatalité Poitou-Charentes	Périnatalité	Région
Dispositif d'annonce du plan Cancer	CHU Poitiers	Plan cancer	Région

■ Impulser de nouveaux réseaux

Enfin, la DRDR a pour priorité de soutenir des réseaux innovants sur des thématiques reconnues au niveau national (priorités nationales de santé publique, etc.) et au niveau régional (Programme Régional de Santé Publique (PRSP), Programme Régional Commun (PRC), etc.).

Le Comité Régional des Réseaux a validé en octobre 2005 les priorités régionales pour l'attribution de financements.

Seront ainsi particulièrement privilégiés les projets de réseaux sur les thématiques suivantes :

- les maladies chroniques et/ou respiratoires,
- les enfants et adolescents dans le cadre de la lettre circulaire ministérielle relative à la création de maisons des adolescents,
- les conduites à risques (alcool, tabac, etc.),
- la prise en charge des populations précaires,
- la prise en charge de l'obésité en lien avec le Programme National Nutrition Santé,
- le soutien des soins à domicile.

A partir de ces priorités régionales, un cahier des charges pour chaque thématique va être défini. L'objectif est d'harmoniser le niveau et les prestations des différents réseaux et d'avoir des repères, tout en conservant naturellement une latitude pour que les promoteurs développent des projets en fonction des besoins et du contexte.



Dr BATEJAT, Réseau Ville Hôpital de Charente-Maritime, Soins Palliatifs à Domicile (RVH 17 SPAD)

Interview



Dr BATEJAT – Réseau Ville Hôpital de Charente-Maritime, Soins Palliatifs à Domicile (RVH 17 SPAD)

Quel(s) aspect(s) retenez-vous de votre expérience de travail en réseau ?

L'aspect fondamental c'est la possibilité de pouvoir se coordonner avec les autres partenaires du soin, choisis par le patient. Je pense en particulier à l'infirmier(e) et au kinésithérapeute, qui sont, autant que les médecins généralistes, en première ligne ; mais je citerais également les médecins spécialisés, les services sociaux, les pharmaciens tous aussi indispensables. *L'amélioration de la qualité des soins dépend de cette possibilité de coordination, à savoir : pouvoir travailler ensemble sur un dossier de patient, se réunir ensemble avec et chez le patient, prendre des avis spécialisés, se donner des objectifs thérapeutiques communs, et évaluer ensemble l'efficacité de la prise en charge.*

Bien évidemment ceci ne nous est pas "naturel". Quand je parle de nous, je parle des soignants libéraux. Pour faire vivre le réseau de proximité autour du patient, il faut une bonne dose de volontariat de tous les acteurs, mais aussi des aides extérieures pour :

- Pouvoir se former à ce travail en partenariat, formation pluridisciplinaire qui permet d'améliorer la pratique professionnelle de chacun,
- Améliorer la prise en charge sociale en général, c'est-à-dire autant les possibilités de dérogations (honoraires, remboursements de prestation, de matériel,...) que les possibilités d'aides sociales (allocations en urgence, aides financières, adaptation éventuelle d'un logement, d'un poste de travail,...).

Il a donc été nécessaire de mettre en place des structures (souvent associatives) pour gérer l'ensemble (aide au réseau de proximité, formation pluridisciplinaire, négociation avec les institutions...), avec

le personnel et les moyens correspondant, le financement étant apporté par la DRDR.

Quel ressenti avez-vous depuis la mise en place du réseau de la part des familles ? De la part des professionnels de santé ?

Pour le patient et pour ses proches, qui portaient souvent seuls la charge d'assurer une vie quotidienne aussi satisfaisante que possible face à des pathologies lourdes, le réseau apporte un accompagnement leur permettant de se libérer de certaines tâches :

- Trouver des solutions financières, une partie non négligeable des soins n'étant pas pris en charge par les prestations de droit commun.
- Echanger avec une équipe soudée, qui est cohérente dans ses propos.
- Mais aussi éventuellement pouvoir bénéficier à domicile de l'aide de psychologues pris en charge financièrement par le réseau (c'est le cas du RVH 17 sections soins palliatif et sida-hépatites).

Pour les partenaires, les bénéficiaires sont du même ordre.

Le réseau fonctionne comme un guichet unique pour chercher au cas par cas les solutions aux problèmes médicaux, psychologiques ou sociaux qui vont apparaître. Là encore le soutien d'un psychologue pour soulager la souffrance des soignants (le "burn-out") est un bénéfice essentiel, que je qualifie par expérience d'indispensable pour l'avenir.

Autre avantage, la possibilité d'échanger entre professionnels sur ses pratiques, demande qui existe depuis longtemps chez les soignants. Mais, bien évidemment, la charge administrative propre au réseau ne devra pas devenir trop pénible pour les soignants, au risque d'annuler les autres bénéfices.

Caractéristiques du réseau :

Le réseau est promu par l'association "Réseau Ville Hôpital de Charente-Maritime". L'objectif est la prise en charge globale de patients en fin de vie à domicile en Charente-Maritime.

Adresse :
RVH 17 SP, 11-13 rue de la casse aux prêtres - Bat B - 17 300 ROCHEFORT
Tél. 05 46 31 16 09 - Mail : rvh-17.sp@wanadoo.fr



Dr BURES,
Réseau SOS Douleur à Domicile

Comment est née l'idée d'un tel réseau ?

Le réseau SOS Douleur à Domicile est né du constat de malades parfaitement calmés dans nos établissements de soins, mais que l'on ne peut soulager à domicile, alors que nous avons des moyens d'analgésie remarquablement efficaces. Nous avons décidé d'organiser une prise en charge de la douleur à domicile en Charente. En effet, comment expliquer au malade, qu'une fois à la maison, il ne pourra bénéficier d'un traitement aussi efficace qu'à l'hôpital ? D'un autre côté, comment justifier économiquement des durées de séjours de plusieurs semaines pour les seuls problèmes d'analgésie ou de pansements ?

Nous avons débuté, il y a 4 ans, avec un petit groupe d'infirmières libérales de Charente, la prise en charge de malades artéritiques présentant des douleurs chroniques rebelles des membres inférieurs. Nous avons appliqué à la douleur des techniques d'anesthésie locorégionale déjà utilisées pour l'anesthésie dans les blocs opératoires. C'est ainsi qu'a démarré SOS Douleur à Domicile.

Quelles évolutions envisagez-vous pour ce projet ?

Ce réseau est à la disposition de tous. Il est bien implanté en Charente. Nous continuerons nos opérations d'information vers les infirmières libérales et les médecins généralistes.

Plus de 50% des infirmières libérales de notre département sont formées à la prise en charge de ces techniques à domicile. Ce réseau doit s'exporter, nous devons communiquer avec les autres. La création d'un site Internet permettra de nous faire connaître en dehors de la Charente. Une expérience est déjà engagée à Dijon soutenue par l'URCAM et l'ARH, financée par la DRDR.

Nous devons diminuer le coût du réseau. Près de 60% du budget est consacré à la rémunération des professionnels de santé, pour des actes hors nomenclature. Nous allons donc oeuvrer auprès des responsables politiques et organismes concernés, afin que ces actes apparaissent dans la nomenclature générale des actes infirmiers.

Nous nous sommes engagés à soutenir les projets qui permettront de prendre en charge à domicile les personnes âgées et les malades nécessitant des soins palliatifs. Il faut éviter la multiplication des réseaux et regrouper les initiatives, pour créer un seul réseau, avec des pôles d'intérêts et des compétences multiples mais complémentaires.

Enfin, la diminution constante des durées de séjour et la place prépondérante de l'hospitalisation ambulatoire, laissent prévoir un rôle de plus en plus important des acteurs du domicile comme relais à l'hospitalisation classique. C'est aussi à cela que SOS Douleur Domicile se prépare.

Caractéristiques du réseau :

Promu par l'association SOS Douleur à domicile, le réseau a pour objectif l'amélioration de la qualité de vie des patients douloureux en facilitant leur prise en charge à domicile.

Adresse :

34 rue du Père DEVAL - 16000 ANGOULEME
Tél. 05 45 20 35 95 - Mail : sos.douleur.domicile@wanadoo.fr

Appel à projets pour 2006

Tous les dossiers concernant le financement d'un projet de réseau de santé sont à adresser :

• Par messagerie électronique à : dflescq@urcam-poitou-charentes.fr

• Par courrier à :

URCAM Poitou-Charentes
Secrétariat Technique Commun des Réseaux de santé
Téléport 4 - Futuropolis 4 - Avenue Thomas Edison - BP 30188
86 962 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL CEDEX

Les dossiers devront être déposés avant le 1^{er} février 2006 ou le 1^{er} juin 2006.

Édité par : URCAM de Poitou-Charentes
Téléport 4, Futuropolis 4, BP 30188
86962 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL CEDEX
Tél. 05 49 49 10 90 - Fax : 05 49 49 10 99
e-mail : urcam@urcam-poitou-charentes.fr
www.urcam-poitou-charentes.fr

Réalisation :

Aliénor Consultants : 05 49 62 69 00
Directeur de la publication : J.-P. Robelet
Périodicité : trimestrielle
Imprimé par : Oudin Imprimeur
ZI République-Poitiers
ISSN : 1623-6920
Dépôt légal : à parution
Photos : URCAM - Aliénor.

**Nous vous avons interrogés...
Résultats de l'évaluation des Cahiers de la Santé**

Vous les connaissez bien... Les Cahiers de la Santé existent maintenant depuis quelques années ! Dans l'optique d'évaluer et de perfectionner ce support, l'URCAM vous a transmis en juillet un questionnaire auquel vous avez été nombreux à répondre, et nous vous en remercions. Avec beaucoup d'intérêt nous avons traité vos réponses, en voici ci-dessous un aperçu.

- La lecture des Cahiers est systématique (71%)
- Ce journal est agréable à lire (95%)
- Sa forme générale est plaisante (92%)
- Son contenu rédactionnel est satisfaisant (92%)
- Son format de 4 pages est adapté (66%)

- Sa fréquence de diffusion est suffisante (89%)
- Pour vous les Cahiers forment un ensemble trop dense

Nous vous avons écoutés, c'est pourquoi, à l'avenir, vos Cahiers :

- seront plus aérés,
- comprendront davantage de schémas et de visuels,
- intégreront plus de résumés courts et pratiques.

**Encore merci pour vos encouragements et à bientôt !
Le comité de rédaction**

Les numéros 1 à 20 sont disponibles sur simple demande au 05 49 49 10 90 ou consultables sur : www.urcam-poitou-charentes.fr

URCAM de Poitou-Charentes
Téléport 4, Futuropolis 4,
BP 30188
86962 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL CEDEX



Urcam Poitou-Charentes

Guide pratique des principaux actes et prescriptions chez la femme enceinte



Décembre 2005



Guide pratique

Guide pratique des principaux actes et prescriptions chez la femme enceinte

Au cours de la grossesse, il existe un risque accru de pathologies bucco-dentaires. La prévention, les soins et la prise en charge de certaines pathologies stomatologiques sont indispensables.

Cependant, dans les actes de pratique courante, certaines contre-indications thérapeutiques doivent être prises en compte.

Il convient de mesurer systématiquement le bénéfice par rapport aux risques encourus.

Sommaire

Actes bucco-dentaires

-  4 Utilisation de l'amalgame dentaire
-  4 Anesthésie dentaire
-  4 Radiographies
-  5 Soins parodontaux

Prescriptions pharmaceutiques*

-  6 Antalgiques
-  9 Antibiotiques
-  11 Antifongiques
-  12 Anti-inflammatoires
-  13 Bains de bouche
-  13 Fluor



**Seules, sont listées dans ce document, des spécialités ayant une Autorisation de Mise sur le Marché pour des indications dentaires à la date du 26/10/05.*

Utilisation de l'amalgame dentaire



Selon les recommandations de l'AFSSAPS d'octobre 2005 [1] :

"La pose et plus encore, la dépose des amalgames augmentent sensiblement la libération de mercure.

Par précaution, ces actes doivent être évités, sauf indication particulière, chez la femme enceinte, en raison d'une plus grande sensibilité du fœtus, ou allaitante.

Chez la mère portant des amalgames, l'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué."

Anesthésie dentaire

L'articaine est la molécule de choix pour l'anesthésie locale chez la femme enceinte [2].

Il n'existe pas de consensus concernant l'adjonction de vasoconstricteurs pendant la grossesse [3, 4].

Certains auteurs recommandent d'utiliser des produits non adrénalinés, surtout lors du 1er trimestre afin d'éviter des vasoconstrictions qui pourraient être responsables de contractions utérines et d'avortements [3].

Radiographies

Selon les recommandations de l'ANAES d'avril 1996 [5] :

"Dans la mesure où un examen radiographique est justifié, il n'y a pas de raison de le reporter chez une femme enceinte, cependant dans certains cas, il pourra être arbitrairement reporté pour des raisons psychologiques".

L'utilisation d'un tablier de plomb relève plus d'une précaution médico-légale que médicale [3].

Soins parodontaux

Selon les recommandations de l'ANAES de mai 2002 [6] :

"Un examen clinique systématique est conseillé, à la recherche de signes de maladie parodontale, dès le début de la grossesse et un examen dans les 6 mois qui suivent celle-ci.

La découverte d'une parodontite nécessite sa prise en charge et une surveillance obstétricale accrue car la maladie parodontale semble significativement associée à un risque de prématurité et de petit poids de naissance."

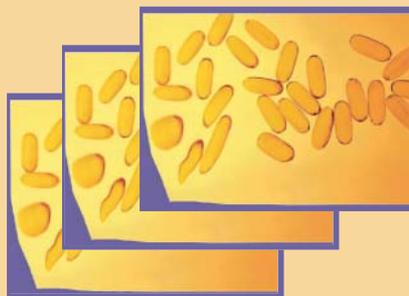
Le traitement des gingivites gravidiques ne diffère pas de celui des gingivites banales. Il repose sur une amélioration de l'hygiène buccale (brossage et fil dentaire) et alimentaire, associée au détartrage. Une antibiothérapie n'est pas indiquée dans les gingivites car elles sont complètement réversibles après suppression mécanique de la plaque dentaire [3].

L'épulis gravidique survient essentiellement au cours des deux derniers trimestres de la grossesse.

Généralement, la tumeur est laissée en place et sa régression est contrôlée après l'accouchement.

Dans certains cas (lésion précoce, dans un secteur visible ou saignant facilement), l'excision chirurgicale, la photocoagulation au laser CO₂ ou la cryothérapie peuvent être envisagées.

L'exérèse chirurgicale en post-partum est parfois nécessaire sur des lésions résiduelles [3].



Antalgiques



Lorsqu'un antalgique est nécessaire, le paracétamol est à privilégier tout au long de la grossesse [3].

CLASSE MÉDICAMENTEUSE	DÉNOMINATION COMMUNE	SPECIALITÉS		Prescription chez la femme enceinte		
		AFSSAPS*	NOM COMMERCIAL	1 ^{er} trim.	2 ^e ^{me} trim.	3 ^e ^{me} trim.
NON OPIACÉS	Acide acétylsalicylique		ASPEGIC®	Orange	Rose	Vert
			ASPIRINE PH 8®			
			ASPIRINE UPSA®			
			CATALGINE®			
			CLARAGINE®			
	Paracétamol		CLARADOL®	Vert	Vert	Vert
			DAFALGAN®			
			DOLIPRANE®			
			DOLKO®			
			EFFERALGAN®			
			EXPANDOX®			
			GELUPRANE®			
			PARALYOC®			
	Paracétamol + Caféine		EXIDOL®	Vert	Vert	Vert
			CLARADOL CAFEINE®			
Floctafénine		IDARAC®	Orange	Orange	Orange	

Antalgiques (suite)

CLASSE MÉDICAMENTEUSE	DÉNOMINATION COMMUNE	SPECIALITÉS		Prescription chez la femme enceinte			
		AFSSAPS*	NOM COMMERCIAL	1 ^{er} trim.	2 ^{ème} trim.	3 ^{ème} trim.	
OPIACÉS FAIBLES	Acide acétylsalicylique + Codéine		ASPEGIC CODEINE®	Orange	Rose	Rose	
	Paracétamol + Codéine		ALGISEDAL®	Vert	Vert	Orange	
			CLARADOL CODEINE®				
			CODOLIPRANE®				
			DAFALGAN CODEINE®				
			EFFERALGAN CODEINE®				
			KLIPAL CODEINE®				
			LINDILANE®				
	Paracétamol + Codéine + Métamizole		SALGYDAL à la Noramidopyrine®	Rose	Rose	Rose	
	Paracétamol + Dextropropoxyphène		R	DI ANTALVIC®	Vert	Vert	Orange
			G	DI ALGIREX®			
			G	DIOALGO®			
			G	DI DOLKO®			
			G	Et autres génériques			
	Paracétamol + Dextropropoxyphène + Caféine		R	PROPOFAN®	Vert	Vert	Orange
		G	Et autres génériques				

- Peut être prescrit si nécessaire pendant la grossesse
- Attention : risque potentiel ou contre-indication relative
- Formellement contre-indiqué lors de la grossesse

*AFSSAPS :
R : Référence
G : Générique



Antalgiques (suite)

CLASSE MÉDICAMENTEUSE	DÉNOMINATION COMMUNE	SPECIALITÉS		Prescription chez la femme enceinte		
		AFSSAPS*	NOM COMMERCIAL	1 ^{er} trim.	2 ^{ème} trim.	3 ^{ème} trim.
OPIOÏDES	Tramadol chlorhydrate	R	CONTRAMAL®	■	■	■
		R	TOPALGIC®			
		G	BIODALGIC®			
		G	TRASEDAL®			
		G	ZAMUDOL®			
		G	OROZAMUDOL®			
		G	ZUMALGIC®			
		G	Et autres génériques			
		G	MONOCRINO LP®			
	Paracétamol + Tramadol		INPRIM®	■	■	■
	Paracétamol + Opium + Caféine		ZALDIAR®			
		LAMALINE®				

■ Peut être prescrit si nécessaire pendant la grossesse

■ Attention : risque potentiel ou contre-indication relative

■ Formellement contre-indiqué lors de la grossesse

*AFSSAPS :

R : Référence

G : Générique

Antibiotiques

Selon les recommandations de l'AFSSAPS de juillet 2001 [7] :
 "Si une prescription antibiotique est justifiée au cours de la grossesse, on prescrira d'abord l'amoxicilline, puis les macrolides, le métronidazole et enfin l'association amoxicilline - acide clavulanique, et ceci à tous les stades de la grossesse".

CLASSES MÉDICAMENTEUSES	DÉNOMINATION COMMUNE	SPECIALITÉS		Prescription chez la femme enceinte		
		AFSSAPS*	NOM COMMERCIAL	1 ^{er} trím.	2 ^{ème} trím.	3 ^{ème} trím.
PENICILLINES® <i>EN L'ABSENCE D'ALLERGIE</i>	Amoxicilline	R	CLAMOXYL®			
		R	HICONCIL®			
		G	A GRAM®			
		G	AMODEX®			
		G	FLEMOXINE®			
		G	GRAMDIL®			
		G	BRISTAMOX®			
		G	Et autres génériques			
	Amoxicilline + Acide clavulanique	R	AUGMENTIN®			
		R	CIBLOR®			
	Ampicilline	G	Et génériques			
Bacampicilline		TOTAPEN®				
Cloxacilline		PENGLLOBE®				
Oxacilline		ORBENINE®				
Pivampicilline		BRISTOPEN®				
MACROLIDES	Erythromycine	R	PROAMPI®			
		G	ERYTHROCINE®			
		G	ERY®			
		G	ERYTHROGRAM®			
		G	Et autres génériques			
	Josamycine		ABBOTICINE®			
	Spiramycine		EGERY®			
	Spiramycine		JOSACINE®			
	Spiramycine + Métronidazole	R	ROVAMYCINE®			
		G	Et génériques			
	Azithromycine	R	BIRODOGYL®			
R		RODOGYL®				
Midécamycine	G	MISSILOR®				
	G	Et autres génériques				
		ZITHROMAX®				
		MOSIL®				

*L'AFSSAPS a diffusé en octobre 2005 un "Livret médicaments et grossesse" où les pénicillines sont mentionnées en cours d'évaluation [8].



Antibiotiques (suite)

CLASSES MEDICAMENTEUSES	DENOMINATION COMMUNE	SPECIALITES		Prescription chez la femme enceinte		
		AFSSAPS*	NOM COMMERCIAL	1 ^{er} trim.	2 ^{ème} trim.	3 ^{ème} trim.
MACROLIDES APPARENTES	Pristinamycine		PYOSTACINE®			
LINCOSAMIDES	Clindamycine		DALACINE®			
	Lincomycine		LINCOGINE®			

Antifongiques

Les mycoses buccales sont traitées en première intention par des antifongiques utilisés par voie topique: amphotéricine B (Fungizone®), nystatine (Mycostatine®), miconazole (Daktarin®). Ces produits ne sont pas absorbés par la muqueuse digestive et sont sans risque pour le fœtus.

Les antifongiques à action systémique, fluconazole (Triflucan®) et kétoconazole (Nizoral®) sont contre-indiqués [3].

CLASSE MÉDICAMENTEUSE	DÉNOMINATION COMMUNE	SPECIALITÉS		Prescription chez la femme enceinte		
		AFSSAPS*	NOM COMMERCIAL	1 ^{er} trim.	2 ^{ème} trim.	3 ^{ème} trim.
ANTIFONGIQUES BUCCAUX	Nystatine		MYCOSTATINE®			
	Amphotéricine B		FUNGIZONE®			
	Miconazole		DAKTARIN®			

- Peut être prescrit si nécessaire pendant la grossesse
- Attention : risque potentiel ou contre-indication relative
- Formellement contre-indiqué lors de la grossesse

*AFSSAPS :
R : Référence
G : Générique

Anti-inflammatoires

Selon les recommandations de l'AFSSAPS de 2003 [9] :
 "La prescription d'AINS est contre-indiquée à partir du début du 6ème mois de la grossesse (24 semaines d'aménorrhée révolues) même en prise ponctuelle".

CLASSE MÉDICAMENTEUSE	DÉNOMINATION COMMUNE	SPECIALITES		Prescription chez la femme enceinte		
		AFSSAPS	NOM COMMERCIAL	1 ^{er} trim.	2 ^{ème} trim.	3 ^{ème} trim.
AINS	Acide niflumique		NIFLURIL®			
	Acide tiaprofénique	R	SURGAM®			
		G	FLANID®			
		G	Et autres génériques			
	Ibuprofène	R	ADVIL®			
		R	NUREFLEX®			
		G	ANTARENE®			
		G	EXPANFEN®			
		G	SOLUFEN®			
		G	Et autres génériques			
			BRUFEN®			
			SPIFEN®			
	Naproxène		ALEVE®			
		R	APRANAX®			
		R	NAPROSYNE®			
G		NAPROXENE®				
G		Et autres génériques				
Acide méfénamique		PONSTYL®				
Kétoprofène		TOPREC®				

Bains de bouche

Ils sont à prescrire avec prudence compte-tenu de la présence de dérivés alcooliques, salicylés, terpéniques, etc..

Fluor

Selon les recommandations de l'AFSSAPS du 31 juillet 2002 [10] :
"Un certain nombre d'études épidémiologiques ont été entreprises afin d'évaluer l'efficacité d'une fluoration prénatale. Mais à l'heure actuelle, aucune étude n'a montré une efficacité statistiquement significative de la prévention de la carie sur les dents de lait avec une supplémentation pré et post-natale, comparée à une supplémentation post-natale seule".



	Peut être prescrit si nécessaire pendant la grossesse
	Attention : risque potentiel ou contre-indication relative
	Formellement contre-indiqué lors de la grossesse

*AFSSAPS :
R : Référence
G : Générique

Références

1. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). *Le mercure des amalgames dentaires. Etat des lieux et recommandations*. Rapport. Octobre 2005. (Disponible sur www.afssaps.sante.fr.)
2. Cathelin M. *Anesthésiques locaux*. Encycl Méd Chir. (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Stomatologie/Odontologie, 22-012-H-10, 2003, 12 p.
3. Agbo-Godeau S. *Stomatologie et grossesse*. Encycl Méd Chir. (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Stomatologie, 22-050-F-10, Gynécologie/Obstétrique, 5-045-A-10, 2002, 4 p.
4. Société francophone de médecine buccale et de chirurgie buccale. *Emploi des vasoconstricteurs en odontostomatologie*. Recommandations. Chir Dent Fr. 2004;1151:236-48.
5. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). *Recommandations et références dentaires*. Paris : Anaes ; 1996. (Disponible sur www.anaes.fr.)
6. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes). *Parodontopathies : diagnostic et traitements*. Paris : Anaes ; mai 2002 (Disponible sur www.anaes.fr.)
7. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). *Prescription des antibiotiques en odontologie et stomatologie*. Recommandations. Juillet 2001. (Disponible sur www.afssaps.sante.fr.)
8. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). *Livret Médicaments et grossesse Infectiologie*. Version n° 1 : Octobre 2005. (Disponible sur www.afssaps.sante.fr.)
9. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). *Rappel sur la contre-indication de tous les AINS à partir du début du 6ème mois de la grossesse*. Lettres aux prescripteurs. 12 décembre 2003. (Disponible sur www.afssaps.sante.fr.)
10. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). *Mise au point sur le fluor et la prévention de la carie dentaire*. Recommandations. 31 juillet 2002. (Disponible sur www.afssaps.sante.fr.)

Remerciements

Ce document a été élaboré par le groupe de travail suivant :

Dr LARRE (ELSM 86) - chef de projet,
Dr GALENNE (ELSM 86), Dr MONDOULET (ELSM 86),
Dr KIRCHNER-BIANCHI, Dr HOURCADE (DRSM),
Dr SUIRE-SAULNIER (ELSM 16), Mme SEGUIN (MFP),
Dr LEDEVIN (Praticien libéral), Mme ABERIDE (URCAM),
Mlle ARENALES (URCAM), M. BOUCHEREAU (URCAM).

Il a été validé par le Docteur Fricain, chirurgien dentiste hospitalier au CHU de Bordeaux et Maître de Conférences.
Le volet pharmaceutique a été validé par le Dr Amaniou, praticien attaché, et le Pr Merle, Responsable du Centre Régional de Pharmacovigilance du CHU de Limoges.
Nous les en remercions.

Contacts



URCAM de Poitou-Charentes
Téléport 4 - Futuropolis 4 , Avenue Thomas Edison
BP 30188
86962 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL CEDEX
tél 05 49 49 10 90 - fax 05 49 49 10 99
e-mail : urcam@urcam-poitou-charentes.fr



URCAM de Poitou-Charentes
Téléport 4 - Futuropolis 4 , Avenue Thomas Edison
BP 30188
86962 FUTUROSCOPE CHASSENEUIL CEDEX
tél 05 49 49 10 90 - fax 05 49 49 10 99
e-mail : urcam@urcam-poitou-charentes.fr