

# ENTENTE

*préalable*

**Numéro 58**  
**Juillet 2006**

## Sommaire

- Dossier Médical Partagé ou Personnel
- Santé dentaire : la prévention au coeur du système
- Somnifères ou tranquillisants : il est temps d'en parler
- Contrôle et lutte contre les abus et les fraudes
- Guide Pratique :
  - Affections de Longue Durée : pour une bonne utilisation du protocole de soins,
  - Durée du congé maternité pour les PAM
- Point Vitale
- Bon à savoir

Caisse Primaire d'Assurance Maladie  
3, Avenue Léon Blum  
25215 MONTBELIARD CEDEX  
Directeur de la Publication :  
Simone GREMAUX  
Chargée de Communication :  
Jacqueline CHENUT  
Tél. 03 81 99 12 22  
communication@cpam-montbeliard.cnams.fr  
Impression : CPAM - Montbéliard  
ISSN n° 1258-4789  
Dépôt légal : juillet 2006

## Dossier Médical Partagé ou Personnel ?

Dr Pascal Millet, Département d'Information Médicale du CHBM.  
Médecin auprès d'EMOSIST (Ensemble pour la MODernisation des Systèmes d'Information de Santé et le développement de la Télémédecine)

**O**n parle de DMP, Dossier Médical Personnel après avoir été Partagé, mais aussi Propriété du patient...  
**Il y a de quoi s'y perdre.**  
**Essayons d'y voir plus clair.....**

### Etat des lieux

Une étude de l'URML Franche-Comté a montré que près de 90% des médecins libéraux sont informatisés et que 60% possèdent un fichier patient informatisé (mais 53 % de ceux-ci utilisent encore un dossier papier).

Les structures privées ont pour certaines un dossier informatisé (Hôpital d'Héricourt, cliniques). Par contre les hôpitaux sont à l'heure actuelle peu informatisés en Franche Comté (exception le CHU, Dole et Vesoul). Toutefois un logiciel de SAU (Service Accueil Urgences - il s'agit du logiciel Resurgences pour le CHBM) sera opérationnel dans les jours qui viennent. De plus une démarche d'appel d'offres est en cours dans la quasi totalité des établissements de la région.



## Manque la dimension du partage

À l'exception des dossiers de réseau (Gentiane, Soins Palliatifs, Toxicomanie, Revhoc, hémophilie, PeriNat etc..) les données de ces fichiers ne sont pas partagées entre professionnels de santé. Pourtant c'est là un enjeu majeur.

C'est pourquoi le GCEMOSIST-FC (Groupement de Coopération Sanitaire), sur mission de l'ARH, met en place un Dossier Médical Partagé (DMP-FC) qui permettra aux applications des Professionnels de Santé d'échanger des informations médicales, avec l'autorisation du patient.

En attendant les passerelles avec les différents dossiers du commerce, un A.P.V.D. (Applicatif de Publication et de Visualisation) permettra à tout professionnel de santé, autorisé par le patient, de consulter le Dossier Médical Partagé.

Dans un premier temps le DMP sera mis en place dans trois domaines :

- les Réseaux de Santé,
- à partir des SAU (une passerelle vers le DMP est opérationnelle à partir des dossiers de SAU),
- de façon ponctuelle pour certains acteurs "privilegiés" et «volontaires».

Le principe du DMP sera de permettre l'échange entre applications commerciales diverses de Dossier Médical Informatisé, le DMP étant un "pivot" de transmission des données. En l'absence de ce DMP central, l'échange de données imposerait une passerelle de chaque application à chaque application, c'est à dire des centaines de passerelles.

### Et le patient ?

La loi du 4 Mars 2002 consacre le principe de la propriété par le patient

de son dossier médical.

### Qu'en est il exactement ?

La loi impose aux Professionnels de Santé de constituer pour chaque patient un Dossier Médical.

Ce dossier est placé sous la responsabilité du Professionnel de Santé (ou du Directeur d'Établissement), notamment pour son archivage. Il permet au PS de répondre aux contrôles et enquêtes (CNAMTS, justice, etc..). Le patient a sur ce dossier un droit de lecture et rectification (Loi du 4 mars 2002), selon des conditions opératoires précises. Un délai minimum de 48 heures est fixé par la Loi.

La rectification ne concerne que les données inexacts, incomplètes etc..et ne relève donc pas de la libre décision du patient. De plus le PS reste "propriétaire" de ses écrits. Ils s'agit donc plutôt d'une co-propriété Patient-PS que d'une propriété du patient.

À l'inverse, un dossier que le patient constituerait pour lui avec les documents médicaux que lui fourniraient les PS, incluant le Livret de Santé, dossier que le patient détient à son domicile, constituerait bien un Dossier Médical Personnel, propriété à part entière du patient.

C'est ce que se propose de faire le DMP national (Dossier Médical Personnel). Le patient signera un contrat avec un hébergeur de données médicales qui recevra les données dont le patient demandera communication au PS. Il pourra donner accès à ce DMP à tout PS de santé de son choix. Ce DMP sera donc un outil incontournable de coordination des soins.



Philippe Gaumes

### DMP contre DMP ?

Le Dossier Médical Partagé (et notamment sa version franc-comtoise) est-il opposé, voire incompatible avec le Dossier Médical Personnel ?

Certainement non ! On ne peut pas encore connaître tous les détails de la mise en place du DMP National (le GIP DMP s'y emploie), mais il est certain que si le DMP-FC répond aux besoins d'échange de données médicales complexes entre Professionnels de Santé, on peut facilement imaginer qu'une partie de ces données (les données de synthèse a priori) pourra être adressée vers le DM Personnel, à la demande du patient, sans double saisie et de façon immédiate.

D'ores et déjà, il est prévu qu'un APVD Patient permette à ce dernier un accès aux données médicales du DMP-FC, ainsi que la gestion des droits d'accès aux professionnels de santé.

### La Franche-Comté en pointe

Sans faire de triomphalisme, la région Franche Comté, selon sa tradition ancienne de travail collaboratif (fruitières, etc..), a su mobiliser les acteurs de santé dans une démarche partenariale modèle autour du Dossier Médical.

Cette démarche a reçu un trophée du Monde Informatique. A nous de la transformer en outil majeur au service de la prise en charge de nos patients. ■

# Santé dentaire : la prévention au coeur du système

Dr Marc GRIENEISEN Chirurgien-dentiste.

**D**ans le cadre de la nouvelle convention dentaire, les Chirurgiens Dentistes et l'Assurance Maladie estiment nécessaire de promouvoir la prévention et le dépistage des affections bucco-dentaires pour lutter contre le caractère tardif du recours aux soins.

Afin de poursuivre une politique préventive active et nécessaire pour les plus jeunes, les signataires du protocole (1) envisagent d'améliorer le dispositif actuel.



Philippe Caumes

Les parties décident de mettre en place et de développer des actions incitatives de prévention vers les cibles prioritaires correspondant aux âges les plus vulnérables au risque carieux que sont les 6, 9, 12, 15 et 18 ans avec un

examen bucco-dentaire **obligatoire** pour les enfants de 6 et 12 ans. Les Caisses locales devront s'engager à assurer le suivi pour chaque jeune, l'examen



Philippe Caumes

étant, comme actuellement le BBD (Bilan Bucco-Dentaire), pris en charge directement par la Caisse et les soins nécessaires remboursés à 100%.

Parallèlement à ces actions, un examen spécifique de prévention sera mis en place pour la femme enceinte.

A noter que d'autres actions seront à définir ultérieurement en direction :

- des adultes de 45 à 55 ans pour la prévention de la maladie parodontale,
- des handicapés,
- des personnes âgées résidant en maisons de retraite.

Il est prévu d'installer un matériel dentaire portable dans chaque établissement.

Ces dispositifs complètent le système actuel où, en dehors du BBD, la panoplie «prévention» est déjà importante, à savoir :

- ➔ le **scellement des sillons** pris en charge à 70% jusqu'à 14 ans,
- ➔ les **actions d'incitation à la visite chez le dentiste menées dans les écoles** qui ont un réel impact sur la fréquentation des cabinets dentaires.
- ➔ le **test salivaire** au cabinet où l'on détermine la quantité et la qualité de la salive : celle-ci est intimement liée au risque carieux.
- ➔ la **microdentisterie** : elle s'applique en première intention au niveau des risques carieux faibles et moyens. On peut préserver le maximum de tissu grâce à des techniques opératoires sophistiquées.
- ➔ des **actions en faveur de la prévention tabagique** où le chirurgien dentiste se trouve en première ligne.

Cette liste n'est pas exhaustive et sera encore en pleine évolution dans le futur. ■

## Le programme d'accompagnement de l'Assurance Maladie

Pour promouvoir le bilan bucco dentaire dès 6 ans, l'Assurance Maladie déploiera à partir de septembre 2006 un important programme de communication : **courriers spécialisés** adaptés à chaque âge, suivis de relances téléphoniques le cas échéant,

**campagnes média télévision et radio,**

**collaboration avec les acteurs sanitaires et sociaux** dans les zones défavorisées...

Cette campagne de sensibilisation a pour objet de faire de cet examen un réflexe santé à des âges clés qui nécessitent une attention toute particulière et de rappeler l'importance de consulter un chirurgien dentiste dès le plus jeune âge et de façon régulière.

(1) protocole d'accord signé le 16/03/2006 entre l'UNCAM et les organisations syndicales signataires de la convention nationale des chirurgiens dentistes.

# Somnifères et tranquillisants, il est temps d'en parler !

**P**arce qu'il n'y a pas de jour sans qu'un anxiolytique ou un hypnotique ne soit prescrit et parce que malgré ces traitements, certains patients souffrent toujours, une campagne d'information a débuté courant mai auprès des médecins généralistes francs-comtois et du grand public.

L'objectif est de créer un climat favorable aux changements pour faire évoluer les comportements par rapport à la consommation d'anxiolytiques et d'hypnotiques dans notre région. C'est tout l'enjeu de cette campagne d'information qui s'étendra jusqu'à septembre 2006.



## Le contexte conventionnel

Début 2005, des accords ont été signés entre les médecins et l'Assurance Maladie. Ils visaient à engager une nouvelle dynamique autour de plusieurs thèmes touchant à la santé et à l'organisation de l'offre de soins. Parmi ces thèmes, la prescription d'anxiolytiques et d'hypnotiques est une préoccupation majeure. Les Français et les Francs-comtois sont parmi les plus gros consommateurs de ces molécules en Europe.

Face à cette situation, il était donc urgent de sensibiliser les médecins et les patients à une prise en charge de l'anxiété et de l'insomnie qui ne passe pas uniquement par le médicament.

## Des actions diversifiées

Des outils sur l'anxiété et l'insomnie sont mis à disposition des médecins sous forme d'un ordonnancier qui comprend :

- Un **outil synthétique d'aide au diagnostic et des propositions thérapeutiques** intégrant des alternatives aux traitements pharmacologiques. La classification des principaux troubles anxieux et les symptômes associés sont rappelés en préambule,
- Des **fiches d'informations et de conseils** pour les patients. Elles peuvent être personnalisées par le praticien.

Ces outils ont pour but d'ouvrir le dialogue avec le patient et d'envisager avec eux des alternatives à une prise en charge uniquement médicamenteuse.



Ces supports sont remis par les Délégués de l'assurance maladie lors de leurs visites auprès des praticiens intéressés.

Des soirées de formation et d'information sur l'insomnie

sont organisées dans différents départements.

## Des initiatives auprès du grand public

Des **spots télé diffusés fin juin**, des **affichettes dans les cabinets médicaux** et les **halls d'accueil** des lieux publics, un **affichage** dans quelques villes franc-comtoises, des **articles dans la presse locale et le journal des assurés « AM Services »** ont permis de créer un climat propice aux évolutions des habitudes de prise en charge de ces troubles.

Le but n'est pas de "diaboliser" ni de culpabiliser les patients qui tirent un bénéfice de ces médicaments, mais de faire prendre conscience à la population que la prise de ces traitements n'est pas un acte banal et qu'elle n'est pas toujours sans conséquences : troubles du comportement, de la mémoire, somnolence, risque de chutes et d'accidents de la circulation, dépendance... ■

**Contact : Urcam de Franche-Comté**  
**Tél. : 03 81 40 12 63**

# Contrôle et lutte contre les abus et les fraudes

**L**e programme de contrôle 2006 prolonge les actions menées en 2005 et les complète par de nouveaux thèmes. Parallèlement, la sensibilisation des assurés et l'accompagnement des professionnels de santé se poursuit pour faire évoluer les comportements et favoriser le respect des bonnes pratiques.

## Les thèmes prioritaires de contrôle en 2006

Les thèmes se répartissent en deux catégories : les **fautes et abus d'une part**, et les **fraudes et pratiques dangereuses** d'autre part. Les actions sont menées conjointement pour les soins de ville et dans le secteur hospitalier.

La prévention des abus et des fraudes comprend également la poursuite des contrôles ciblés avant paiement déjà mis en place (anomalies de la carte Vitale, demande de CMU Complémentaire, anomalie sur bulletin de salaire pour les arrêts de travail par exemple).

## LUTTE CONTRE LES ABUS ET LES FRAUDES

### ❖ SOINS DE VILLE

#### **Les prescriptions abusives d'indemnités journalières**

Poursuivant l'action entreprise en 2005, l'Assurance Maladie engage une deuxième opération de ciblage, puis de contrôle des professionnels les plus excessifs en matière de prescriptions d'indemnités journalières.

#### **Le respect des règles d'utilisation de l'ordonnancier bizonne**

L'Assurance Maladie pourra désormais récupérer auprès des

assurés comme des pharmaciens des sommes qui auraient été remboursées à tort à 100 % dès lors que des abus seront clairement identifiés.

Par ailleurs, des actions contentieuses sont susceptibles d'être engagées à l'encontre des prescripteurs qui, de manière répétée, n'auraient pas respecté les règles de l'ordonnancier bizonne. La Caisse effectue un contrôle sélectif automatisé sur les assurés disposant d'un nouveau protocole de soins pour leur ALD.

### ❖ SECTEUR HOSPITALIER

#### **Respect des règles de prise en charge à 100 %**

Les actions menées dans le secteur des soins de ville seront étendues au secteur hospitalier pour ses prescriptions externes.

#### **Contrôle externe des établissements sous T2A (Tarification A l'Activité)**

L'assurance Maladie vérifiera notamment les anomalies de facturations des établissements de santé.

#### **Respect des règles de prescriptions des transports en ambulance, VSL et taxi**

Le mode de transport doit être adapté à l'état de santé du malade. Le respect de cette règle sera vérifié.



Philippe Caumes

## LUTTE CONTRE LES FRAUDES ET PRATIQUES DANGEREUSES

### ❖ SOINS DE VILLE

#### **Contrôle des méga consommateurs**

L'objectif fixé pour 2006 est de mettre un terme aux pratiques frauduleuses des méga consommateurs (nomadisme médical, consommation médicamenteuse) les plus excessifs (4000 personnes recensées au plan national)

#### **Détournements des traitements de substitution aux opiacés**

Les enjeux de cette action ne sont pas strictement financiers puisqu'il s'agit aussi de santé publique. L'objectif est d'agir sur les pratiques dangereuses ou frauduleuses des personnes qui ont une consommation moyenne de 32 mg par jour de buprénorphine (Subutex).

#### **Facturations incorrectes d'un acte de biologie médicale par les laboratoires : le calcul de la clairance de la créatinine**

Les règles de facturation de cet acte de dépistage précoce de l'insuffisance rénale ne sont pas toujours respectées (facturation du dosage mesuré au lieu du calcul simple).



## Pratiques frauduleuses des pharmaciens d'officines

Il s'agit par exemple de ventes fictives de médicaments, d'utilisations frauduleuses de cartes Vitale ou de délivrance de médicaments non remboursables facturés comme s'ils étaient remboursables.

### ❖ Secteur hospitalier

#### Contrôle de la chirurgie esthétique

Les actes de chirurgie esthétique ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie. Le non-respect de certaines règles a toutefois pu conduire à une prise en charge induite de ces interventions chirurgicales.

Les raisons sont multiples :

- mauvaise utilisation de la procédure d'entente préalable,
- difficultés d'appréciation de ce qui relève de la chirurgie réparatrice et de ce qui relève de la chirurgie esthétique, mais aussi volonté de certains professionnels de santé de faire obtenir le remboursement à leurs patients.

#### Les procédures de pénalités financières et de mise sous accord préalable

En complément des procédures pénales ou ordinaires déjà en vigueur, la loi du 13 août 2004 introduit de nouvelles dispositions pour lutter davantage et plus efficacement contre les abus et les fraudes :

- des pénalités financières graduées.

Ce dispositif s'applique à tous, assurés, employeurs, établissements ou professionnels de santé. Les amendes s'échelonnent de 75 € à 5032 € (soit le double du plafond mensuel de

la sécurité sociale pour 2005). Ce montant est doublé en cas de récidive.

- la mise sous accord préalable des prescriptions d'arrêts de travail ou de transports.

Le médecin peut voir ses prescriptions subordonnées à l'accord préalable du service médical pour une durée maximale de six mois lorsque celles-ci sont significativement supérieures aux données moyennes.

#### La loi prévoit plusieurs étapes avant de déboucher sur l'application de sanctions.

- mise en garde par le directeur de la Caisse qui a subi le préjudice,
- en cas de récidive, notification de l'infraction (la personne ou l'établissement mis en cause peut produire ses observations et demander une audition dans un délai d'un mois).
- saisine par le directeur de la commission des pénalités financières.

Celle-ci dispose d'un mois pour rendre un avis motivé et se prononcer sur la gravité des faits, la responsabilité de la personne ou de l'établissement mis en cause et le montant de la pénalité envisagée.

- notification de la sanction et de son montant par le directeur.

Les sanctions prononcées peuvent être contestées devant le tribunal administratif.

**Aussi minoritaires soient ils, les comportements abusifs - et a fortiori frauduleux - nuisent au respect des règles collectives et pénalisent l'ensemble des acteurs. Ils doivent en conséquence faire l'objet de sanctions efficaces et appropriées qui sont prévues par la réforme de l'Assurance maladie.**

# Guide pratique



Philippe Caumes

#### Affections de Longue Durée : pour une bonne utilisation du protocole de soins

**L'un des engagements conventionnels de maîtrise des dépenses de santé concerne le remboursement des soins aux patients atteints d'une Affection de Longue Durée.**

**La baisse de 5 points attendue en 2005 au plan national n'a pu être obtenue.**

**L'instauration du nouveau protocole de soins devrait contribuer à améliorer ce résultat dans la mesure où les consignes d'utilisation et de remplissage du formulaire seront correctement suivies.**

#### Dans quels cas établir un protocole de soins ?

**Lorsque le patient peut bénéficier de l'exonération du ticket modérateur au titre d'une affection de longue durée exonérante :**

- inscrite sur la liste des 30 ALD (ALD 30 liste),
- non inscrite sur cette liste mais qui nécessite un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse (ALD hors liste),
- polypathologies invalidantes entraînant des soins continus supérieurs à six mois.

L'exonération est également possible pour :

- les enfants atteints de surdité,
- le traitement de la stérilité,
- les mineurs victimes de sévices sexuels.
- **lorsque l'affection ne figure pas dans la liste ci-dessus** (affection non exonérante) mais nécessite des soins continus et/ou un arrêt de travail d'une durée supérieure à six mois.

### Qui doit établir le protocole de soins ?

La rédaction du protocole appartient au **médecin traitant**. Il est cependant admis que dans certaines situations le protocole soit rédigé par un autre médecin.

**Patients pour lesquels le diagnostic d'une pathologie grave a été fait à l'hôpital ou en ville par un autre médecin** parfois dans un contexte d'urgence ou dans le cadre d'un bilan :

- ❖ Le Service Médical peut accepter une prise en charge à 100% à titre dérogatoire, pour une période de **6 mois**. Le patient bénéficie de ce délai pour faire établir un protocole par son médecin traitant déclaré.

### Demande d'exonération pour un traitement de la stérilité :

- ❖ Les demandes émanant d'un gynécologue ou d'un gynécologue obstétricien peuvent être acceptées, même si celui-ci n'est pas le médecin traitant désigné.

### Enfants sourds de moins de 16 ans :

- ❖ le protocole de soins peut émaner de n'importe quel médecin,

les bénéficiaires de moins de 16 ans n'étant pas concernés par le dispositif médecin traitant.

### Cabinets de groupe :

- ❖ Lorsque le médecin traitant est indisponible, celui qui assure son remplacement au sein du cabinet est considéré comme médecin traitant et peut, à ce titre, rédiger le protocole de soins.

Dans tous les autres cas, c'est le médecin traitant qui doit établir le protocole de soins en concertation, si besoin, avec les autres médecins intervenant dans la prise en charge du patient.

Après accord, le médecin-conseil retourne les volets 2 et 3 du protocole au médecin traitant

Le volet 3 est à remettre **impérativement** au patient lors de la consultation suivante. Il devra présenter ce volet à tous les médecins consultés dans le cadre de son ALD pour bénéficier de la prise en charge à 100%.

### La rémunération du médecin

Le bon remplissage du volet 4 conditionne cette rémunération

**Attention** : ce volet est autocopiant pour la partie A seulement « identification du patient ».

Le médecin doit compléter avec précision les parties :

**B** ou **C** « Identification du médecin ou de l'établissement »

**D** « demande de rémunération » celle-ci doit obligatoirement comporter la **date de l'examen**..

Le médecin doit impérativement signer et apposer son cachet dans le cadre **E**

**Ces renseignements sont indispensables à la CPAM pour procéder à l'indemnisation.**

## LE PROTOCOLE DE SOINS EN QUESTIONS

### PATIENTS EN ALD DEPUIS LONGTEMPS ?

Les PIREs établis antérieurement pour les patients déjà en ALD restent valides jusqu'à leur réactualisation. Ils seront progressivement remplacés par le nouveau protocole au fur et à mesure de la publication des recommandations de la Haute Autorité de Santé qui se feront pathologie par pathologie.

### BESOIN DE MISE À JOUR ?

Le protocole de soins peut être modifié à tout moment, notamment en cas d'évolution importante et durable de l'état de santé du patient.

### PLUSIEURS ALD POUR LE MÊME PATIENT ?

Le médecin traitant doit indiquer, **sur le même protocole**, le diagnostic de chacune des ALD. Cela permet de tenir compte des interactions et effets secondaires possibles entre les traitements nécessaires pour les différentes affections. De plus, les médecins consultés pourront avoir une vue d'ensemble des soins et traitements notamment si les pathologies sont complexes et font appel à plusieurs spécialités.

### MANQUE DE PLACE SUR LE FORMULAIRE ?

Dans ce cas, il faut ajouter un second formulaire, ne pas utiliser de papier libre pour compléter le protocole



## Allongement du congé maternité des P.A.M.C.



Les professionnelles de santé affiliées à titre personnel au régime des Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés (PAMC) peuvent percevoir, en cas de maternité, une allocation forfaitaire de repos maternel et, sous réserve de cesser leur activité, une indemnité journalière forfaitaire. Le décret du 01/06/06 (JO du 02/06) aligne la durée de versement de cette indemnité journalière sur celle du régime général, soit **16 semaines**, dont 6 avant la date prévue d'accouchement. La période minimale d'arrêt est de 8 semaines, dont 2 avant l'accouchement. Cette période indemnisée est augmentée en fonction du rang de naissance de l'enfant, en cas de naissances multiples ou d'état pathologique. L'indemnité journalière demeure fixée à 43,15€ Ces nouvelles durées de congé maternité s'appliquent aux mères ayant accouché depuis le **03/06/06**. A titre transitoire, les PAM ayant accouché avant cette date et dont le versement des indemnités journalières est en cours peuvent aussi en bénéficier. ■

## Point Vitale



### Situation à Montbéliard au 15/05/2006

□ <b>Orthoptiste</b> 1/1 (100%)	□ <b>Sages femmes</b> 4/6 (66.66%)
□ <b>Pharmaciens</b> 67/68 (98,53 %)	□ <b>Infirmières</b> 42/81 (51,86%)
□ <b>Masseurs-kinésithérapeutes</b> 54/55 (98,18%)	□ <b>Laboratoires</b> 1/6 (16.66%)
□ <b>Orthophonistes</b> 14/15 (93,34%)	□ <b>Centres de santé :</b>
□ <b>Chirurgiens dentistes</b> 68/78 (87,18 %)	- <b>Cabinets Dentaires</b> 2/2 (100%)
□ <b>Médecins :</b>	- <b>Centres de soins infirmiers</b> 7/12 (58.33%)
238/278 (85.62%)	
156/158 <b>Gé.</b> (98,73%)	
80/119 <b>Spé.</b> (67,22%)	

### Délais de remboursement des FSE aux professionnels de santé en mai 2006

Le délai moyen de remboursement des FSE était de **6,1 jours** (dont **3,5** jours de traitement par la Caisse et **2,6** de délai de rétention par les PS). ■

## Bon à savoir

### » HÔPITAL DE JOUR

Un hôpital de jour est ouvert au sein du Centre Hospitalier de Montbéliard.

Cette unité, coordonnée par les Docteurs JOBARD, DUPOND et CABASSET, est mise à la disposition de tous les médecins. Il est possible, sous réserve d'un appel téléphonique :



- d'effectuer des bilans pour des patients ré-adressés ensuite à leur médecin,
- de donner un avis sur la prise en charge d'un patient.

#### Contact :

☎ 03 81 91 61 61 (poste 5692)

ou

☎ 03 81 91 60 13 (8H/18H)

### » LA LETTRE D'INFORMATION ELECTRONIQUE DE LA HAS

La Haute Autorité de Santé publie sur son site une lettre d'information bimestrielle (n°2 mai/juin 2006).

Au sommaire de ce deuxième numéro, à télécharger au format pdf:



- actualité de la HAS au 31/03/2006,
  - démarche qualité interne,
  - qualité des soins en Europe: participation à deux projets communautaires,
  - prévention des caries/douleur post-opératoire : deux recommandations pour la pratique dentaire,
  - évaluation des stratégies de santé.
- [www.anaes.fr](http://www.anaes.fr)

### » ACTUALITÉS

#### ▶ A la CPAM

**M. Gérard COLÉ**, Directeur, a fait valoir ses droits à la retraite le **1<sup>er</sup> juin 2006**.

La Directrice Adjointe, **Simone GREMAUX**, a été nommée Directrice par intérim à compter de cette date.

#### ▶ A l'Échelon Local du Service Médical

Le **Docteur Marie Anne VÉROT** assure les fonctions de médecin-conseil chef de service depuis le **7 juin 2006** en remplacement du **Docteur Jean-Paul Widmer** qui a fait valoir ses droits à la retraite. ■