

TRAIT d'UNION

BULLETIN DE L'UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX RHÔNE-ALPES



Permanence des soins : Loi et réalités de terrain

photo : photos.com

au sommaire :

- 4 DMP
Où en étions-nous en début d'automne ?
- 6 Les mutations
de la Médecine Générale
Enquête
- 8 Evaluation des Pratiques
Professionnelles
Coûts et perspectives
- 11 PDS
Spécialistes et Généralistes
- 16 Grippe aviaire
Veille sanitaire en Rhône-Alpes

**Message
de l'URML RA à
tous les médecins :**

**Pensez
à vous faire
vacciner
contre la
grippe
commune !**



Enquêtes auprès des internes
en Médecine Générale
et auprès de la clientèle
des médecins généralistes
de Rhône-Alpes

Les mutations
de la Médecine Générale



URML RA Edition Septembre 2003



Pour le plaisir d'attendre



En Rhône-Alpes, les salles d'attente de médecins enregistrent chaque année cinq millions de passages qui durent en moyenne 20 minutes chacun. Un espace temps souvent terne que l'association « 11 000 salles d'attente, 11 000 galeries d'art » a décidé d'embellir en démocratisant la culture au passage.

Des artistes connus, voire célèbres, ont adhéré à cette démarche et ont même créé des œuvres à cette occasion. Reproductibles en une centaine d'exemplaires, leurs tableaux et photographies sont prêtés gratuitement aux médecins,

par périodes de six mois. Après Blaise ADILON, photographe lyonnais, d'autres photographes comme Rajak OHANIAN et Stéphane COUTURIER ou Sophie CALLE devraient s'associer au projet, tout comme BEN. Ses fameux « tableaux écritures » détendront l'atmosphère en nous disant « Cela ne sert à rien de vous stresser, respirez, souriez, laissez vous aller, tout est art ».

Une convention devrait par ailleurs être signée avec la DRAC (Direction Régionale des Affaires Culturelles) pour développer cette initiative.

**Si vous souhaitez prendre part à cette initiative,
contactez l'URML RA**

**“11 000 salles d'attente, 11 000 galeries d'art” 20, rue Barrier – Lyon 6^{ème}
Tél : 04 72 74 02 75**

COUR DES COMPTES... Les comptes n'y sont plus !!!

Philippe SEGUIN, qui n'a pas laissé de souvenir impérissable comme Ministre de la Santé, n'a pas résisté à l'envie de nous repasser le « disque rayé » du déficit de l'Assurance Maladie en projetant sur 2005 le déficit de 2004, c'est-à-dire 16 milliards.

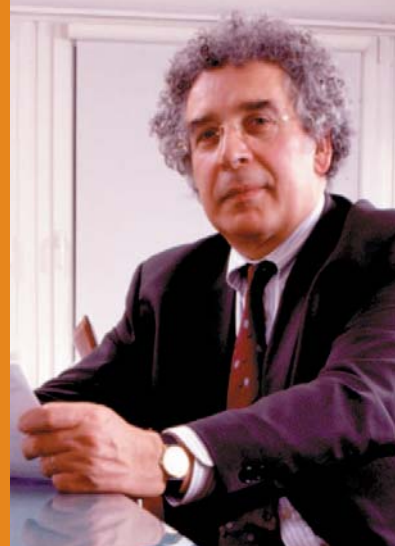
Quelle sera la réalité ? Celle-ci sera tout autre puisque le déficit annoncé de l'Assurance Maladie, en fin d'année sera de 8,3 ou 8,4 milliards, c'est-à-dire la moitié de ce qu'a annoncé la Cour des Comptes.

Philippe SEGUIN a certainement voulu régler quelques petits comptes entre amis, présents ou passés du Ministère de la Santé. Mais le faire sur le dos des médecins n'est pas acceptable. En effet, lorsque les comptes de l'Assurance Maladie vont bien, c'est grâce à la conjoncture économique, et lorsqu'ils vont mal, c'est toujours la faute des médecins. Cette position est inacceptable d'autant que cette réduction du déficit pour 2005 est totalement imputable à l'action des médecins libéraux et à la mise en place de la maîtrise médicalisée, maîtrise médicalisée dont il faudra d'ailleurs étendre le mouvement à l'hôpital. Si l'Assurance Maladie se porte mieux, tout n'est pas rose pour autant pour les praticiens. La mise en place brutale de la T2A a entraîné des difficultés dans les établissements de santé privés. La CCAM, dont les bénéfices ne sont pas encore évalués de façon certaine pour les praticiens reste un casse-tête pour la majorité d'entre nous. Quant au dossier médical, on nous déclare toujours qu'il sera appliqué en juillet 2007, il n'en reste pas moins encore obscur quant à sa finalité et à sa mise en place. Néanmoins la Région Rhône-Alpes et le Consortium RSS Microsoft viennent d'être sélectionnés dans les 6 projets expérimentaux du DMP en France sur les 26 régions candidates. Nous en sommes très heureux et très satisfaits.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes vous a facilité le chemin dans ces différentes réformes. D'une part avec l'accord signé sur le DMP en Région Rhône-Alpes avec l'Assurance Maladie, l'Agence Régionale d'Hospitalisation, le Conseil Régional et l'URML qui a permis ce choix par le GIP-DMP ; d'autre part, dans la mise en place de l'évaluation des pratiques professionnelles qui fonctionne à plein régime et de façon satisfaisante. Nous avons par ailleurs obtenu les promesses d'un financement de cette évaluation des pratiques de façon à éviter une augmentation des cotisations des médecins, onze millions d'euros devraient théoriquement être versés nationalement et devraient être débloqués par le Fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville (géré par l'Assurance Maladie), la note de l'EPP étant en Rhône-Alpes de 1 million d'euros par an sur cinq ans pour évaluer les 11.000 médecins de notre région.

Il existe actuellement, incontestablement, une dynamique favorable aux médecins qu'il ne faut pas casser. Nous devons néanmoins rester extrêmement vigilants pour éviter tout débordement et faire en sorte que l'Assurance Maladie assume sa part de responsabilité et fasse sa part de chemin en direction des médecins libéraux. Changer les mentalités n'est pas facile, le médecin libéral ayant été considéré pendant longtemps « comme un ennemi », néanmoins la qualité est l'avenir de la médecine et c'est à cela que nous travaillons également.

N'hésitez pas en cas de difficulté à prendre contact avec vos élus de l'URML.



Jacques CATON
Président de l'URML RA

Trait d'Union :

Parution trimestrielle de l'UNION
RÉGIONALE DES MÉDECINS
LIBÉRAUX Rhône-Alpes

URML Rhône-Alpes :

20, rue Barrier 69006 Lyon

Tél : 04 72 74 02 75

Fax : 04 72 74 00 23

E-Mail : urmlra@urmlra.org

Site Web : <http://www.urmlra.org>

Directeur de la Publication :

Jacques CATON

Rédacteur en chef :

Bernard MULLER

Editeur délégué :

MCI-France

18, place Tolozan

69001 Lyon

mci@mci-group.com

Direction :

Sandrine CHABERT

Rédaction :

Sylvie FINAND

Conception Graphique :

Raymond GARDE

Crédits photographiques :

© 2005 MCI-France

Impression : Imprimerie REBOUL

ISSN 1777 - 8468

“P...” comme

Docteur **bernard ROUGIER**

Membre du Comité d'orientation du GIP-DMP

contact : bernard.rougier@urmlra.org

Qu'est-ce que DMP ?

Si tout le monde est d'accord sur la signification des deux premières lettres de cet acronyme (Dossier Médical), le sens de la lettre « P » a fluctué entre « Partagé », « Patient », « Personnel » et certains mauvais esprits commencent à voir un « P » comme « Problématique » !

Où en étions-nous en début d'automne avec le DMP ?

Le contexte

Institué par l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, le dossier médical personnel est constitué de données mentionnées à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, notamment des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins. Il est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé dans les conditions prévues au même article L.1111-8.

Le législateur a fixé au 1er juillet 2007 la date à laquelle tout bénéficiaire de l'assurance maladie doit pouvoir disposer d'un dossier médical personnel.

Afin de concilier le respect de cette échéance et l'assurance que toutes les garanties prévues par la loi seront effectives, le rythme de déploiement du dossier médical personnel comprendra différentes étapes, chacune accompagnée d'une validation.

Déroulement des opérations de mise en œuvre du DMP

Au-delà de la publication, le 26 juillet 2005, de l'appel d'offres pour la sélection de candidats hébergeurs de DMP, ces deux premières phases s'organisent comme suit :

1ère phase : les hébergeurs qui ont répondu à l'appel d'offres ont été sélectionnés du 20 au 28 septembre 2005. Ils construiront l'infrastructure technique et organisationnelle nécessaire pour recevoir les DMP. Ils en montreront la capacité sur des dossiers fictifs, sous la forme de « démonstrateurs ». Ces démonstrateurs sont validés du 17 au 27 octobre 2005.

2ème phase : sous réserve de la publication des décrets d'hébergeurs et de confidentialité, le lancement des premiers DMP réels pourra avoir lieu à partir du 2 novembre 2005.

Cette phase de « déploiement de préfiguration » des DMP s'étalera sur le 4ème trimestre 2005 et le 1er trimestre 2006. Il s'agira alors d'héberger de vrais dossiers médicaux, avec comme partenaires des professionnels de santé et des établissements de santé, sur la base du volontariat des patients.

La montée en charge des dossiers vise 30 000 dossiers pour l'ensemble des consortiums d'ici à fin mars 2006.

Cette phase lancée en 2005 est financée par le FAQSV, conformément à la LFSS de 2004. Elle sera évaluée en coordination avec le comité d'orientation du DMP. Les résultats de l'évaluation permettront d'élaborer le cahier des charges qui servira de base à la

généralisation du DMP. Elle aura également permis de valider la méthode d'identification des patients ainsi que les conditions d'accès aux différentes catégories d'informations fixées pour chaque profession de santé, et de préparer ainsi les décrets correspondants prévus par la loi du 13 août 2004.

Mise en œuvre de la généralisation

Le cahier des charges de généralisation sera émis en avril 2006 et les candidats seront sélectionnés en juin 2006. La généralisation du DMP sera alors engagée en deux phases :

3ème phase : un premier niveau de généralisation sera lancé en 2006, à partir du troisième trimestre, sur une partie de la population, dont par exemple les personnes en Affection de Longue Durée.

4ème phase : la généralisation à l'ensemble de la population qui en a l'utilité aura lieu en 2007, comme le stipule la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie.

En parallèle, 4 études sont conduites dès la première phase.

◆ Un schéma directeur informatique, pour rechercher les synergies techniques et articuler les rôles des membres du GIP et des acteurs des

problématique ?



différents systèmes d'information sanitaires et sociaux. Il s'agit par exemple de l'articulation du DMP avec le système d'historique des remboursements, de la coordination du déploiement du DMP avec la réalisation des infrastructures de sécurité et des SI (systèmes d'information) dans les établissements de santé, ou avec le déploiement de la carte Sesam Vitale 2 (FAQSV).

◆ Une étude des coûts d'hébergement des DMP et des services associés, de façon à introduire dans le cahier des charges de la généralisation des critères pertinents (dossier, volume de dossier, transactions sur un dossier, etc...) et des fourchettes acceptables de coûts associés à ces critères (GIP).

◆ Dans le cadre de l'assistance juridique au développement et au déploiement du DMP, une étude sur

la responsabilité des acteurs est prévue. Cette étude porte sur l'incidence de la mise en place du DMP sur la responsabilité médicale (FAQSV).

◆ Une étude détaillée sur les rôles, l'organisation, les flux et les modalités de fonctionnement et de mise en œuvre du tiers de confiance et de la plaque tournante (GIP).

Par ailleurs, des groupes de travail sont actifs pour traiter de façon participative certains sujets clefs, pour lesquels l'acceptation de la solution adoptée est essentielle pour le succès du DMP. Il s'agit de l'interopérabilité entre hébergeurs et éditeurs de logiciels et de trois groupes de travail, décidés en juillet 2005 par le comité d'orientation du GIP, sur l'identification des patients, sur le contenu du DMP et sur la préparation et l'accompagnement du changement.

Source : GIP DMP

Le GIP DMP retient six consortiums

Par le Docteur Jacques CATON

Le GIP DMP a retenu six consortiums candidats à l'issue de l'appel d'offres lancé le 26 juillet. La liste définitive des sites d'expérimentation sur le terrain a été proposée par les consortiums après concertation avec le GIP à fin Octobre 2005. L'inclusion des dossiers se fera de novembre 2005 au 31 mars 2006 sur la base de 5000 dossiers médicaux réels de patients par consortiums sélectionnés. Le lancement de la phase de généralisation du DMP ne devrait commencer qu'à l'été 2006 pour atteindre en 2007 les objectifs prévus dans la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie.

Le travail fait en Rhône-Alpes et la politique d'union institutionnelle organisée avec l'URCAM, l'ARH, le Conseil Régional et l'URML a porté ses fruits. Quatre des six consortiums retenus par le GIP DMP s'étaient engagés à mettre en œuvre les recommandations de l'URML RA : RSS Microsoft Medcost/Doctissimo (baptisé D3P), ATOS-Santéos, France-Télécom SNR CapGemini et Siemens Bull EDS, D3P étant finalement sélectionné par le GIP DMP pour une expérimentation en Rhône-Alpes.



Dr Emile Olaya
Président du Collège des Généralistes de l'URML RA
contact : emile.olaya@urmlra.org

Les mutations de la Médecine Générale

Enquêtes auprès des internes en médecine générale
et auprès de la patientèle des médecins généralistes de Rhône-Alpes

De nombreux facteurs génèrent de profondes mutations dans les attentes de la population vis-à-vis de la médecine générale et dans les aspirations de la nouvelle génération de médecins généralistes face à un métier qu'elle souhaite moins contraignant que pour ses aînés.

Souhaits des internes en Médecine Générale

Au-delà de la crise de la représentation symbolique de la profession médicale, on voit se profiler un médecin généraliste « équipier » avec d'autres professionnels de santé et avec ses patients. Il partage des informations et des pratiques avec les spécialistes, les pharmaciens, les infirmières, l'hôpital... L'idéal des internes en Rhône-Alpes est de travailler en exercice mixte et en groupe. La qualité de vie est largement revendiquée : elle inclut une liberté d'horaires importante et un temps de travail compatible avec une vie privée normale. Le temps partiel est considéré comme une évidence pour les femmes qui envisagent d'avoir des enfants, mais aussi par certains hommes.

Si les recommandations des autorités sont acceptées comme outils de la pratique par les internes, toute régulation coercitive est mal vécue même si elle est considérée comme plutôt légitime, en terme de démographie ou de « recertification ».

La confiance, largement accordée par les patients à leur médecin, est considérée comme la clé de la relation. Cela n'empêche pas que l'exigence des patients en matière d'écoute et d'information soit de plus en plus forte.

L'équation est simple :

*Vie privée préservée
(activité moindre, changements d'orientation envisagés)
+
baisse des effectifs
+
vieillesse
+
féminisation de la profession
=
diminution de l'offre quantitative,
problème d'organisation de la permanence des soins.*

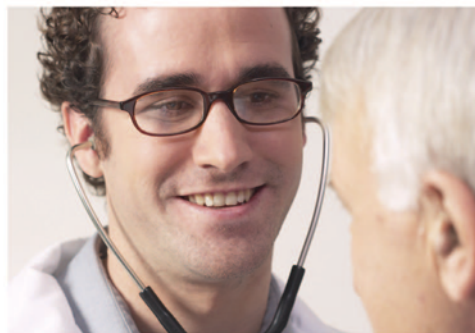
S'ils ne souhaitent pas déléguer la permanence des soins à d'autres structures, les internes sont partagés : 51% penchent pour des gardes volontaires, 39% pour une participation systématique, en évitant dans tous les cas, sauf nécessité, de se déplacer.

Attentes des Patients

Les patients ne se contentent plus d'être guéris, ils aspirent également à une meilleure qualité de vie, qui passe par un dialogue respectueux englobant leur personne physique et psychique.

Même une éventuelle demande cachée doit être décryptée. D'abord considéré comme un conseiller, le généraliste est en effet qualifié de technicien-expert et de confident. Avec ses compétences scientifiques et psychologiques, il occupe selon les

Les mutations de la Médecine Générale



URML RA Edition

Septembre 2005

personnes interrogées, une place centrale dans le système de soins.

Ses missions

Outre son rôle essentiel de soignant, il est coordonnateur, conseiller, gestionnaire du dossier médical du patient, et il aide aux orientations vers d'autres structures ou professionnels.

La prévention, le dépistage, la vaccination sont attendus par les patients, au-delà de la prise en charge purement curative. Le patient est aussi en demande d'informations : il est préoccupé par sa santé et sa forme et souhaite des explications sur les maladies, les médicaments et leur bonne utilisation, les actes techniques...

Le respect attendu par les malades suppose qu'une pédagogie de l'information soit développée chez les médecins, dont on accepte également les interrogations sur leur propre savoir. L'échange symétrique entre patient et médecin se construit sur trois étapes : soin, réconfort et accompagnement. Deux obstacles s'opposent parfois à la qualité du colloque patient/médecin :

le manque de temps et le manque de formation du praticien à la relation et à l'écoute.

Coordination des soins et décisions bi-latérales

L'accès aux soins adéquats suppose que la population connaisse le rôle et les limites du généraliste, maillon d'une chaîne complexe qui va des sites de dépistage à la médecine hospitalière en passant par les spécialistes. Le généraliste doit pouvoir aiguiller le patient, mais aussi coordonner et suivre ses soins.

L'organisation en réseau est une des formes de réponse à la question de la continuité de la prise en charge, nécessaire face au vieillissement de la population.

De plus en plus, le patient et sa famille prennent part aux décisions médicales, dans le cabinet ou à l'hôpital.

Cette part active fait émerger les problématiques de la gestion de la confidentialité et celles du consentement du malade.

LE SATURNISME INFANTILE RESTE UNE PRÉOCCUPATION DE SANTÉ PUBLIQUE

Il faut penser au dépistage devant les facteurs prédictifs

La déclaration est obligatoire (DO) depuis février 2004 pour toute plombémie trouvée supérieure ou égale à 100 µg/L, chez un enfant mineur.

La fiche, commune à la surveillance et à la DO, est disponible à la DDASS ; elle est téléchargeable sur le site de l'INVS

(http://www.invs.sante.fr/surveillance/saturnisme/fiche_do_saturnisme.pdf). Elle intègre les facteurs de risque.

Cette fiche doit être renseignée par le prescripteur au moment de toute prescription de plombémie, et doit être remise à la famille qui la présentera au laboratoire préleveur en même temps que l'ordonnance.

Par ailleurs nous vous informons de la mise en ligne sur le site de la DRASS (<http://www.rhone-alpes.sante.gouv.fr/sante/cire/acrobat/saturnisme.pdf>) d'une plaquette sur la surveillance du saturnisme infantile dans notre région au cours de ces 10 dernières années.

*Comité Technique Plomb du Rhône,
245, rue Garibaldi 69442 Lyon Cedex 03
Tél : 04.72.61.39.38*

Coûts et perspectives de l'EPP en Rhône-Alpes

Docteur Guy CHAUPLANNAZ
Commission évaluation des pratiques professionnelles
contact : guy.chauplannaz@urmlra.org

Le coût de l'EPP

« Une seule inconnue freine nos ambitions, note Guy CHAUPLANNAZ, c'est le financement de la poursuite des opérations. Nous savons depuis peu qu'une enveloppe de 11 M€ sera bientôt libérée pour l'EPP au niveau national. Elle sera répartie en fonction des évaluations déjà réalisées, au pro rata du nombre de médecins déjà

entrés dans la démarche. Les régions actives obtiendront des budgets en conséquence. Nous espérons donc recevoir le million d'€ nécessaire chaque année, en provenance du Ministère qui nous a donné un accord verbal, puisque 863 médecins rhônalpins se sont engagés dans le processus et parmi eux 94 sont devenus médecins habilités.

La somme attendue est équivalente au budget annuel de l'URML RA qui ne peut tout prendre en charge !

Rappelons qu'une EPP individuelle coûte environ 1200 € et une EPP collective 400 € par médecin. Avec l'expérience nous sommes tout de même arrivés à faire des EPP individuelles à près de 750 €.

250 crédits sur cinq ans (50 crédits par an, soit 1 semaine par an environ)

	Exemples de moyens	Barème (pour 5 années)	Pièces justificatives
Groupe 1 Formations présentielles	Séminaires, journées ou soirées FMC, Colloques et congrès organisés par un organisme agréé DU et DIU Staffs hospitaliers protocolisés	1 journée = 10 crédits Moins d'une journée = 5 crédits 1 soirée = 5 crédits 100 crédits de 100 crédits au maximum à 150 au maximum	Attestation délivrée par une association agréée, un département universitaire...
Groupe 2 Procédures d'évaluation	Engagement dans une démarche d'évaluation des pratiques complète, ponctuelle et/ou pérenne validée par la HAS	100 crédits obligatoires	Certificat délivré par une URML, ou un organisme agréé...
Groupe 3 A Engagement dans le domaine de la formation et/ou de la recherche	Formateur en FMI : maîtrise de stage, participation régulière à l'enseignement ou la direction de thèse. Formateur de FMC Coordination ou participation active et répétée à des travaux de recherche ou d'évaluation, élaboration de référentiels	50 crédits au maximum (1 journée d'astreinte = 5 crédits)	Attestation du collège, de l'association de FMC, du groupe de recherche
Groupe 3 B Fonction représentation professionnelle	Fonctions au service de la profession quel que soit le champ d'intervention : ordre, syndicat, organisation de la formation, participation à des commissions officielles ou institution PDS et régulation, actions locales de promotion de santé, participation à des actions de santé publique ou santé communautaire : - campagnes de prévention et dépistage - participation suivie dans un réseau de soins ou de santé	50 crédits au maximum (1 journée d'astreinte = 5 crédits)	Attestation de l'organisme ou de la structure concernée
Groupe 4 Formations individuelles	- Lecture de revues, livres, cédéroms et DVD, télémédecine, tous supports pédagogiques, individuels, tests de lecture recommandés - e-formation sur site agréé - enseignement virtuel contrôlé	50 crédits au maximum 50 crédits au maximum	Justificatif d'abonnement, - traçabilité des tests de lecture

Plongée dès l'été 2004 dans la deuxième vague de régions expérimentatrices du processus d'EPP, la région Rhône-Alpes a d'ores et déjà programmé l'évaluation de 1600 médecins entre octobre 2005 et octobre 2006, ainsi que la formation de 100 Médecins Habilités (MH) supplémentaires.

EPP et FMC

Nous avons heureusement de plus en plus de demandes d'EPP de groupes, les EPP individuelles restant marginales : elles n'existent que pour des raisons de mode d'exercice ou de contraintes géographiques. D'une manière générale, les médecins généralistes et spécialistes en égale proportion, sont plus intéressés par la

démarche depuis qu'elle est obligatoire ! Globalement, tout se passe bien : nous n'avons constaté que peu d'opposition au principe d'évaluation. La démarche qualité est motivante, même si les groupes sont comme toujours constitués de professionnels passifs et d'autres beaucoup plus actifs, jouant un rôle de locomotive... Tout médecin doit valider 250 crédits

de FMC sur 5 ans et 100 crédits d'EPP ponctuelle et continue. Dans le nouveau décret concernant l'EPP, des organismes agréés par la Haute Autorité de Santé, comme des associations de FMC, des sociétés savantes, pourront réaliser des EPP. Ces organismes utiliseront les compétences des MH ou d'autres personnes contrôlées par des MH au cours de leurs missions.»

Prévention

Cancer chez les personnes âgées : Une campagne pour améliorer le diagnostic précoce

L'allongement de la durée de vie est un facteur d'augmentation de la prévalence des cancers de la population âgée. Aujourd'hui, près de la moitié des nouveaux cas de cancer (7300 dans la région chaque année), et 70% des décès par cancer concernent les plus de 75 ans. Surtout, près d'un cancer sur deux dans cette population est diagnostiqué à un stade avancé.

Espérance de vie et qualité de vie

Ce diagnostic tardif engendre parfois de multiples souffrances, mais aussi des pertes de chances en termes d'espérance de vie ou de guérison. Or il n'est ni fatal ni normal de mourir d'un cancer lorsqu'on est très âgé. On sait d'ailleurs que dépisté tôt, un cancer a de bien meilleures chances d'être combattu avec succès. A 50 comme à 80 ans.

L'évolution des techniques chirurgicales et des traitements permet de proposer ces thérapeutiques à des patients jusqu'à un âge avancé. La fragilité potentielle de ces patients fait que tout épisode intercurrent est susceptible de les déstabiliser, de mettre en jeu leur autonomie et leur maintien à domicile. Le souci d'assurer la plus grande qualité de vie possible et d'éviter toute dégradation de leur état justifie que l'on s'attache à faire un diagnostic précoce.

Ecoute et incitation à la parole

Nous savons très bien que les signes d'appel sont atténués ou même occultés par le patient. Le patient âgé passe habituellement sous silence, par gêne, pudeur, ou indifférence, un saignement suspect ou un quelconque symptôme inquiétant

Il nous appartient donc de nous attacher à la recherche de ces symptômes par un interrogatoire et un examen clinique attentif. Ces éléments d'observation ont conduit la Mutualité Française Rhône-Alpes, la Ligue nationale contre le cancer, l'Union Régionale des Médecins Libéraux, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie et le Centre Régional de ressources pour l'éducation et la prévention des cancers, à lancer avec le soutien de l'Etat (DRASS Rhône-Alpes) une campagne d'incitation au diagnostic précoce des cancers chez les personnes âgées de plus de 75 ans

en Rhône-Alpes. C'est le dialogue singulier médecin-malade que la campagne va chercher à enrichir d'une préoccupation supplémentaire. L'objectif est double : **que le médecin se mette systématiquement dans une pratique d'écoute et une position d'alerte vis-à-vis d'un patient très âgé ; et que ce dernier n'hésite plus à parler ouvertement.**

L'un des enjeux majeurs de la campagne consiste à s'appuyer sur le professionnalisme de toutes celles et ceux qui sont en lien avec des personnes âgées pour faire passer le message, à travers la diffusion mi-octobre de plaquettes destinées aux professionnels de santé et aux patients.

Contact : Mutualité Française Rhône-Alpes pour connaître le calendrier des conférences sur ce thème.
Tél. 04 78 95 82 00

User du système de santé sans en abuser

L'URML Rhône-Alpes, soutenue par l'URCAM Rhône-Alpes, initie une campagne de communication grand public sur le bon usage de la permanence des soins et de l'urgence en Rhône-Alpes.

Le dispositif de l'urgence et de la permanence des soins est complexe et les dysfonctionnements nombreux. Il s'agit donc de modifier les habitudes de la population pour que tout patient, selon son état et l'heure où il nécessite des soins, joigne l'interlocuteur ad hoc.



Signature de la convention pour la campagne sur la permanence des soins. Docteur Jacques CATON Président de l'URML RA et Michel MOREL Président de l'URCAM Rhône-Alpes

En France en 2005, le patient n'a aucune obligation ou contrainte pour accéder à l'offre de soins dite d'urgence. Il peut appeler qui bon lui semble au moment où il le juge opportun. Dès qu'il ressent le besoin d'une intervention rapide, il peut faire appel de façon non programmée aux acteurs suivants :

- ◆ Le SAMU / Centre 15
- ◆ Les pompiers
- ◆ Les ambulanciers
- ◆ La police
- ◆ Le médecin traitant
- ◆ Le médecin de garde
- ◆ SOS médecin
- ◆ Les maisons médicales de garde
- ◆ Les services d'urgences

Cette complexité s'explique par la volonté de répondre de façon ad hoc à la demande de prise en charge rapide et non programmée.

Ce dispositif présente également une certaine fragilité, et ce, dans certaines occasions ou sur certains territoires du fait soit d'une interaction difficile entre certains acteurs, soit du fait de l'hétérogénéité des ressources à disposition.

Responsabiliser le patient

Dans le rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins remis le 22 janvier 2003 au Ministre de la Santé Jean François MATTEI, Charles DESCOURS, Sénateur, rappelait les modalités de la permanence des soins et la responsabilité de l'utilisateur :

« La permanence des soins étant une modalité de réponse à une demande d'un usager, il est essentiel que celui-ci soit aussi associé à la réorganisation de la permanence des soins. Par ailleurs, il convient que l'utilisateur

soit responsabilisé dans son utilisation de la permanence des soins. En effet, depuis quelques années, les professionnels de santé ont pu constater des dérives dans les demandes formulées par certains patients, quel que soit le cadre, libéral ou hospitalier. Une campagne de communication au niveau national devra rappeler aux usagers les motifs de recours à la permanence des soins. »

Dans ce contexte, les objectifs de la campagne sont multiples :

- ◆ **Améliorer la connaissance du public sur le dispositif de permanence des soins et des urgences**, quelle que soit la plage horaire considérée (heures d'ouverture et de fermeture des cabinets libéraux)
- ◆ **Favoriser une sollicitation plus opportune des acteurs** : Qui solliciter ?

La vie moderne tend à instaurer l'urgence comme une temporalité ordinaire. L'urgence imprègne pratiquement toutes les sphères de la vie sociale et particulièrement celle qui concerne le rapport que chacun entretient avec sa santé. Domestiquer le recours à la permanence des soins et aux services d'urgence apparaît aujourd'hui comme un objectif à part entière pour améliorer la qualité de notre système de santé. Cette campagne de communication entend faire avancer les idées dans ce sens.

Quand ? Dans quelles situations et comment ? Information sur la conduite à tenir, types les plus fréquents de recours non programmés au système de soins

◆ **Cibler le message à destination de la population par bassins de vie de la région Rhône-Alpes**

◆ **Renforcer l'usage d'outils de régulation existants** : Centre 15 et

permanence téléphonique libérale, via une action en amont sur les représentations de la population. L'objectif est d'agir en amont pour réduire la demande de soins injustifiée, ou mieux l'orienter si elle est justifiée.

◆ **Sensibiliser la population aux conséquences fâcheuses du recours inapproprié** aux différents dispositifs de permanence des soins et d'urgence.

Ce projet de campagne de communication a été soumis au Bureau du FAQSV du 29 juin 2005 pour financement.

Suite à la décision favorable du Bureau du FAQSV, une convention de financement a été signée entre le Docteur Jacques CATON, Président de l'URML-RA et Monsieur Michel MOREL, Président de l'URCAM le 19 septembre 2005.

Cette campagne sera développée dans le prochain Trait d'Union numéro 26

PDS - Spécialistes

Accords sur la PDS dans les UPATOU, établissements relais et établissements privés

par le Docteur Jacques CATON
Président de l'URML RA
contact : jacques.caton@urmlra.org



« A la suite des accords du 24 août 2004 concernant la chirurgie, la Permanence Des Soins dans les UPATOU et les établissements relais est rémunérée par un forfait de 150 € par nuit de garde, dimanche et jours fériés compris.

Cette rémunération a été étendue à d'autres spécialistes comme les accoucheurs dans les maternités de plus de 1500 accouchements par an, aux USIC (Unités de Soins Intensifs de Cardiologie), pour les pédiatres en néonatalogie dans les maternités de niveau 3 et pour les réanimateurs dans les services de réanimation reconnus par l'ARH (Agence Régionale d'Hospitalisation).

Cette garde est une garde d'astreinte pour les chirurgiens et les anesthésistes et une garde sur place pour les maternités, USIC, service de réanimation et de néonatalogie.

La rémunération est d'ailleurs supérieure (228,68 €) dans ces cas-là.

L'application de cette réforme se fait difficilement sur le plan local car toutes les directives n'avaient pas été

données aux URCAM par l'UNCAM sur les dates d'application de cet arrêté et le nombre de praticiens à indemniser.

Initialement, la philosophie de l'accord du 24 août était d'indemniser toutes les gardes de chirurgie quelles que soient les spécialités, de façon à rendre plus attrayante la chirurgie pour les plus jeunes. Mais l'Assurance Maladie a d'abord ergoté sur les dates d'application et sur le nombre des gardes chirurgicales. Finalement, après de fortes sollicitations syndicales de la part des signataires de la convention (CSMF, SML, UCCSF), il a été obtenu que cette PDS serait indemnisée pour les astreintes à compter du 12 février (date de la signature de la Convention) et pour les gardes à compter du 2 décembre 2004 (date de parution de l'arrêté).

En ce qui concerne le nombre de gardes chirurgicales à rémunérer, je me suis opposé à ce que l'Assurance Maladie n'indemnise que deux gardes (orthopédie et viscérale) faisant fi des autres spécialités chirurgicales.

Rhône-Alpes est une « exception culturelle » puisque notre région a 15 UPATOU ou établissements relais avec de très grosses capacités alors qu'il n'en existe qu'un seul en Ile de France. Il n'était donc pas acceptable de ne pas rémunérer les autres gardes de chirurgie (urologie, vasculaire, etc...).

Dans ces conditions, j'ai obtenu que Michel CHASSANG, Président de la CSMF, plaide auprès de Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur de l'UNCAM, pour qu'au minimum une moyenne de 3 gardes chirurgicales par établissement soient rémunérées en Rhône-Alpes, certains petits établissements n'ayant que deux gardes et d'autres, beaucoup plus importants, assurant 4 gardes.

Cet accord devrait s'appliquer incessamment. Nous ne pourrions accepter qu'il en soit autrement car les chirurgiens ont déjà accompli un important travail de mutualisation des gardes de chirurgie à l'intérieur de leurs établissements et à l'extérieur, dans une démarche inter-établissements. »



Docteur **bernard ROUGIER**
Responsable de la commission PDS de l'URLRA
contact : bernard.rougier@urmlra.org

Le médecin traitant n'est pas le médecin de la



Régulation obligatoire

La Loi prévoit que la nuit de 20h à 8h du matin, heures supposées de fermeture des cabinets médicaux, ainsi que les dimanches et jours fériés, le recours aux médecins de Permanence des Soins inscrits sur un tableau de garde géré par l'Ordre Départemental des Médecins et transmis au Préfet et au SAMU, doit transiter par un centre de régulation des appels dont le législateur a confié la responsabilité de l'organisation au SAMU.

Ainsi, le médecin de garde volontaire doit pouvoir être joignable par le médecin régulateur du SAMU mais n'a pas à être joint directement par l'usager.

En effet, l'Assurance Maladie n'autorise les médecins généralistes à appliquer les diverses majorations des actes de nuit et jours fériés que pour le médecin de garde s'il a préalablement été régulé via le SAMU.

Majoration des actes

L'avenant n°4 à la Convention médicale a prévu que ces médecins volontaires pouvaient bénéficier d'une rémunération forfaitaire d'astreinte aux heures de PDS prévues, ainsi que d'une « sur-majoration » des actes de nuit et de jours fériés. De plus, des médecins libéraux pourront être rémunérés pour renforcer la régulation médicale dans les CRRA (centre de régulation et de réception des appels) sous la responsabilité organisationnelle des SAMU. Il est regrettable que le samedi après-midi, de midi à 20 heures, les médecins ne bénéficient pas de cette

astreinte et que les SAMU soient privés du soutien des médecins libéraux pour la régulation de cette période.

Toutefois, si le tableau de garde d'un secteur pour le samedi après-midi est

Directeur de l'URCAM, qui n'a pas informé le comité de gestion du FAQSV, reste à démontrer et a fait l'objet d'interrogations au sein de la Commission Paritaire Régionale Conventionnelle et du comité de



validé par l'Ordre départemental, les majorations d'actes du samedi après-midi continuent à s'appliquer comme le dimanche, comme par le passé.

MMG fermées le samedi

Le directeur de l'URCAM Rhône-Alpes a pris prétexte du nouveau texte conventionnel pour rompre unilatéralement une partie du financement prévue dans le cadre de l'expérimentation FAQSV en cours, conduisant à la fermeture des Maisons Médicales de Garde du Rhône le samedi après-midi. La légalité de cette décision du

gestion du FAQSV de la part des trois syndicats signataires de la convention.

Sectorisation inadaptée

La Convention nationale prévoit une diminution progressive du nombre de secteurs en moyenne de 50 % sur l'ensemble de la France pour tenir compte de la réalité démographique et de l'activité médicale. Le Ministère a demandé aux Missions Régionales de Santé (MRS) composées exclusivement de l'URCAM et de l'ARH d'étudier la question au niveau de chaque département.



permanence des soins

Les propositions de la MRS en Rhône-Alpes conduiraient à réduire de 75% le nombre de secteurs sur l'ensemble de la région (la sectorisation actuelle recense 349 secteurs, la MRS ramènerait ce nombre à 91). Une diminution qui pourrait engendrer des situations ingérables, du fait de l'étendue des zones géographiques en habitat dispersé ou de la suractivité en zones urbaines.

Mieux coller à la réalité

L'URML RA a donc rendu un avis globalement négatif sur la méthodologie qui a guidé ce rapport et a demandé à la MRS de revoir sa copie. Il semble que nos remarques aient eu un certain impact puisque tous les Préfets des huit départements ont décidé de proroger les arrêtés de sectorisation préexistants sans tenir compte des propositions de la MRS.

Nous recommandons une reprise entière de ce travail en concertation avec les professionnels sur le terrain, de manière moins précipitée, en se basant sur les enquêtes en cours, en revoyant les pondérations des indicateurs et en se basant sur une étude prospective de la démographie médicale. L'utilisation des logiciels modernes de simulation cartographiques semble adaptée au propos.

Définir les bonnes conditions de garde

La MRS repartira sur de meilleures bases si elle considère que pour qu'un secteur de garde soit « tenable », il faut tenir compte de la pénibilité de la garde pour le médecin :

- ♦ Le nombre de gardes pour un médecin ne doit pas dépasser une nuit par semaine et un dimanche tous les deux mois.
- ♦ Le nombre d'actes effectués pendant une garde est un indicateur mais la durée nécessaire pour effectuer cet acte est également à prendre en compte : 5 actes effectués à son cabinet par le médecin ne sont pas comparables à 5 actes qui nécessitent une heure de route, de nuit et par gros temps... C'est pourquoi nous pensons que la deuxième condition pour un secteur de garde est que le temps de déplacement ne dépasse pas les 30 minutes aller-retour.

Partager et optimiser les gardes

Lorsque ces deux conditions indissociables de fréquence des gardes et de temps maximal de déplacement ne peuvent être appliquées à un secteur, il faut alors considérer que dans cette zone la permanence des soins ne peut reposer sur les seuls médecins libéraux. Des solutions de remplacement doivent être trouvées, soit par des accords avec les hôpitaux publics comme cela est le cas en Haute-Savoie où la garde s'arrête à 22 h sur la majorité des secteurs, soit par la mise à disposition de moyens de transport spécifiques vers le cabinet de secteur, la maison médicale de garde, ou le service d'urgence hospitalier le plus proche pour la population des zones isolées. La nécessité de choisir la réponse la mieux adaptée incombe donc à la régulation médicale organisée par le SAMU, qui doit être étoffée en temps que besoin comme le démontre les expériences les plus anciennes, en Isère notamment.

SPARADRAP

Créée en 1993 par des parents et des professionnels de la santé, l'association SPARADRAP a pour objectif d'aider les familles et les professionnels quand un enfant est malade ou hospitalisé.

Association indépendante, SPARADRAP agit depuis plus de dix ans pour que l'enfant comprenne sa maladie et ses traitements, pour qu'il bénéficie de soins adéquats, d'un environnement adapté, d'une meilleure prise en charge de la douleur et pour que soient respectés ses besoins affectifs et relationnels en dépit des contraintes de la maladie.

Attentive à concilier les besoins des enfants, des parents et des professionnels, SPARADRAP propose des solutions concrètes :

- ♦ création, édition et diffusion de documents pour les enfants, leur famille et les professionnels,
 - ♦ information et orientation des particuliers et des professionnels grâce à un centre de documentation et à un site Internet,
 - ♦ formation des professionnels de la santé et de l'enfance,
 - ♦ recherche et sensibilisation sur la place des parents à l'hôpital.
- SPARADRAP est animée par un conseil d'administration composé de parents et de professionnels de la santé et de l'enfance, une équipe de huit permanents et un réseau de bénévoles.

SPARADRAP est soutenue fidèlement par la Fondation Johnson & Johnson, la Direction Générale de la Santé, la Fondation de France et la Fondation CNP, ainsi que par différents partenaires privés et publics.

SPARADRAP

48, rue de la Plaine - 75020 Paris

Tél : 01 43 48 11 80

Fax : 01 43 48 11 50

www.sparadrap.org

Une chaîne de soutien aux diabétiques de type 2

Par Christine Martin, Médecin coordinateur du réseau DIALOGS

Le réseau D.I.A.L.O.G.S. (DIAbète région Lyonnaise Organisation Globale des soins entre professionnels de Santé) est un réseau de soins qui couvre les départements de l'Ain, du Rhône et une partie de l'Isère pour les diabétiques de type 2.

Sa vocation est de rassembler autour des patients diabétiques les différents professionnels de santé impliqués dans leur prise en charge.

Les partenaires du réseau sont l'URCAM, l'ARH, le FAQSV, les associations de malades et de nombreux hôpitaux et cliniques de la région.

Un dossier pour tous

Les adhérents professionnels de santé du réseau bénéficient d'un dossier informatisé qu'ils peuvent partager avec d'autres adhérents impliqués dans le suivi du patient.

Ce dossier contient des alertes et assure un confort intellectuel concernant les nombreuses contraintes du suivi du diabétique. Il contribue à la mise en place d'une meilleure stratégie de prise en charge.

La coordination des actions des différents acteurs médicaux et paramédicaux favorise un meilleur suivi des patients. Le dossier est composé de différentes fiches destinées spécifiquement aux médecins, diététiciens, podologues, pharmaciens, éducateurs physiques.

Formation des patients et des professionnels

Des séances d'éducation des patients sont réalisées par des adhérents volontaires formés. Ces séances permettent d'assurer une meilleure adhésion des patients aux conseils hygiéno-diététiques et au suivi des traitements.

Des séances de formation pluridisciplinaires, rémunérées, des professionnels de santé se déroulent sur une journée pour 3 thèmes :

◆ Le réseau et son fonctionnement. Prise en charge des pieds, conseils pour une alimentation équilibrée et une activité physique régulière.



◆ Formation à l'entretien motivationnel.

◆ Formation à la gestion d'un groupe de malades pour ceux qui souhaitent animer des séances d'éducation thérapeutique.

Des séances sous forme d'ateliers de 3 h sont également destinées aux

adhérents : pour le sevrage tabagique, les nouveaux traitements ; des réunions de concertation autour de dossiers difficiles, des mises à jour sur la prise en charge du pied diabétique grave.

Une démarche positive

Les patients adhèrent au réseau sous l'impulsion de leur médecin traitant. Les consultations d'entrée et de fixation d'objectifs donnent droit à des dérogations tarifaires. Les patients bénéficient d'une prise en charge gratuite diététique et podologique selon le grade de gravité de leur maladie.

Un éducateur physique est disponible pour aider les patients qui souhaitent reprendre une activité physique. Des consultations gratuites pour le sevrage tabagique sont organisées pour les patients demandeurs.

Le réseau D.I.A.L.O.G.S. finance un organisme d'évaluation qui permettra d'étudier la répercussion sur la qualité du suivi des patients et les coûts générés.

Le réseau représente une occasion unique de créer des liens entre plusieurs professionnels de santé pour augmenter nos performances dans la prise en charge de cette maladie chronique et « silencieuse » qu'est le diabète de type 2.

Etude Alzheimer

Etude soutenue par le FAQSV, réalisée par l'INSERM Unité 707
« Réseau Médecins Sentinelles » et l'URML RA



Dr Emile Olaya
Président du Collège des Généralistes de l'URML RA
contact : emile.olaya@urmlra.org

En France, presque 800 000 personnes de plus de 75 ans sont atteintes d'une démence, dont trois quarts de maladie d'Alzheimer. Rhône-Alpes compte 32 000 patients atteints de cette maladie. Au cœur du dispositif de suivi, le médecin généraliste est de plus en plus souvent sollicité, du diagnostic à la coordination des soins. Cette dernière est à organiser de manière urgente entre acteurs médicaux et sociaux, comme le démontre une étude menée par l'URML RA auprès des médecins généralistes de la région.

Le médecin généraliste intervient à tous les temps de la maladie

Pour détecter la maladie d'ALZHEIMER, pour l'annoncer, puis pour la mise en place de sa prise en charge, le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié du patient et de ses aidants naturels. N'oublions pas ce sont les proches, les conjoints en particulier, qui s'occupent des personnes malades, et leur consacrent en moyenne 42 heures par semaine ! Or les troubles psychologiques et comportementaux liés à la pathologie sont épuisants pour l'entourage, qui court un risque élevé de dépression. Le médecin doit donc orienter les familles dans le labyrinthe des aides à la personne, prévues pour des handicaps physiques mais inadaptées souvent au handicap mental.

Des obstacles psychologiques et logistiques

Malheureusement, l'étude révèle que la plupart des médecins généralistes ont du mal à parler de la maladie et de ses conséquences au patient et à sa famille, essentiellement pour des raisons psychologiques : ils sont souvent parfaitement conscients de l'aspect incurable et évolutif de la pathologie.

La majorité des médecins a aussi des difficultés à mettre en place un dispositif médico-social autour des patients et de leurs aidants. Certaines

que l'efficacité du dispositif réside justement dans le décroisement du champ sanitaire et social. La collaboration entre médecins généralistes, C.L.I.C., réseaux gérontologiques et associations de famille semble également peu développée.

Echanges et coordination nécessaires

Des échanges plus structurés et plus fréquents entre intervenants, la création d'une fonction de coordinateur ont été avancés par les médecins interrogés comme moyens de faciliter la collaboration. 59,1 % des médecins souhaitent une coordination par un professionnel autre que le médecin : une infirmière ou une assistante sociale pour 28,5 % des praticiens, un ou une psychologue dans 19,9 % des cas.

Les réponses montrent l'existence d'une volonté réelle d'adapter les attitudes aux besoins des malades et d'améliorer les pratiques cliniques. Si la motivation et la bonne volonté sont présentes chez les médecins généralistes, il faudrait maintenant mettre en place des moyens nécessaires, pour que les résultats de cette étude ne restent pas seulement à l'état de réflexion.



formes de prise en charge médico-sociale sont insuffisantes (manque de structures, de places, de personnel), et d'autres ne sont pas facilement acceptées par les aidants qui veulent accompagner leur malade jusqu'au bout.

La coopération entre acteurs médicaux et sociaux semble mal organisée, alors



Grippe aviaire : veille sanitaire en Rhône-Alpes

Dr. Etienne CROZIER

Vice-président de l'URML RA

contact : etienne.crozier@urmlra.org

Le 23 septembre 2005, des représentants de l'URML-RA se rendaient à la Préfecture du Rhône pour un déjeuner de travail en présence et sur invitation de Monsieur le Préfet. Monsieur le Professeur Didier HOUSSIN, Directeur Général de la Santé, Délégué interministériel chargé de la lutte contre la grippe aviaire a rappelé le rôle essentiel de la Région Rhône Alpes comme Région pilote en matière de santé et de veille sanitaire.

Identifier les virus

S'agissant de l'épizootie de grippe aviaire, dont le risque bien évidemment essentiel est son extension sous un mode pandémique à la population humaine (les experts rappellent que cela reste inévitable), il a été débattu des moyens à mettre en œuvre, de ce qui a déjà été fait et de ce qu'il est nécessaire d'obtenir pour protéger et secourir la population.

Il existe trois types de virus grippaux : les virus influenza A et B qui appartiennent au même genre, et le virus C. Le type A est subdivisé en sous-types, en fonction des antigènes de surface hémagglutinine (H) et neuraminidase (N). Les virus de type A mutent avec une grande facilité. Ils infectent les humains et les animaux. La grippe aviaire, encore appelée grippe du poulet, peste des oiseaux ou influenza aviaire, a été identifiée pour la première fois en 1878 en Italie comme une maladie grave des poulets. **La maladie peut prendre chez les oiseaux des formes bénignes, se limitant à un ébouriffage des plumes ou des problèmes de ponte, ou des formes hautement pathogènes assimilées à un "Ebola du poulet" qui tuent les volatiles en moins de 48 heures.** Depuis 1959, année où avait été identifiée en Ecosse une première forme hautement pathogène de grippe aviaire, déjà due à un virus H5N1, une vingtaine de flambées de grippe

aviaire ont eu lieu dans le monde, dont sept seulement ont entraîné une propagation importante à de nombreux élevages et une seulement s'est étendue à d'autres pays. Différents virus grippaux A de sous-type H5 ou H7 peuvent être en cause, dont le H5N1 à l'origine des premiers cas humains mortels à Hong Kong en 1997 (18 cas dont 6 mortels).

Historiquement, les infections humaines par les virus grippaux aviaires sont extrêmement rares, et la plupart de ces virus n'ont provoqué que des pathologies bénignes chez l'homme, se manifestant souvent par une conjonctivite virale, suivie de la guérison complète (OMS). Ainsi au printemps 2003, un virus H7N7 avait entraîné la mort d'un vétérinaire et plusieurs dizaines d'autres cas d'infections bénignes (conjonctivites) chez l'homme aux Pays-Bas. Réapparu à Hong Kong en février 2003, le virus H5N1 a, dans les mois suivants, atteint la Corée, le Vietnam, la Thaïlande et d'autres pays d'Asie du Sud-Est, entraînant une mortalité élevée parmi les volatiles. L'épizootie n'a jusque là touché l'homme que sporadiquement : au moins 121 cas d'infections humaines ont été recensés (source OMS). Pourtant très pathogène pour les volatiles, la souche H5N1 pourrait aussi être transmise par des canards

d'élevage ne présentant pas de symptômes de la maladie, expliquant que les éleveurs peuvent alors difficilement se protéger contre une possible infection.

Les traitements actifs

Les virus de la grippe aviaire de type H5 et H7 peuvent être transmis à l'homme par un contact de proximité intense, via les sécrétions respiratoires et la fiente des animaux infectés.

Le risque est aussi celui d'une recombinaison du virus avec le virus grippal saisonnier hivernal de l'homme et sa transmission directe d'homme à homme. D'où l'intérêt de maintenir une forte vaccination antigrippale pour la population, bien qu'elle ne protège pas de la grippe aviaire.

La forme que prendrait la pandémie serait celle d'une forme grave de grippe avec le plus souvent une pneumonie, et plus rarement une méningite, une insuffisance rénale.

Elle est contagieuse par les gouttelettes émises par la toux.

Le virus H5N1 est le plus virulent et il n'existe pour l'instant aucun vaccin contre lui, seulement des moyens de protection. Un traitement antiviral est possible en cas d'infection avec deux antiviraux : le Tamiflu et le Relenza.

Le Tamiflu est sans aucun doute le plus actif, bien qu'une résistance occasionnelle à ce traitement ait été notée ; dans ce cas le Relenza a été efficace.

"Le point sur le risque de pandémie grippale"

Une réunion d'information sur la Grippe Aviaire aura lieu
à l'Ecole Vétérinaire de Lyon, le jeudi 15 Décembre à 20 heures.

Au programme :

Evolution des virus grippaux et genèse des pandémies

Pr. B.LINA, Directeur du Laboratoire de Virologie, Centre National de Référence pour la Grippe (France-Sud)

Epidémiologie des gripes animales

Pr. A.LAVAL - ENV Nantes

La migration des oiseaux et les risques de propagation de la grippe aviaire : le point de vue du gestionnaire d'un parc d'oiseaux

Dr. Vétérinaire E.BURO

L'aviculture française face à l'épizootie

Dr. Vétérinaire CHABROL

Les vaccins vétérinaires, développements et perspectives

Dr. Vétérinaire S. LEMIÈRE, Merial

Le point sur la réglementation française et européenne

DSV du Rhône

Contact : Pr. Mireille RACHAIL-BRETIN - Pathologie de la Reproduction
Directeur-adjoint Chargé des Relations Extérieures - m.rachail-bretin@vet-lyon.fr

Les principales mesures contre la grippe aviaire

- 1** - Augmentation des réserves de médicaments anti-viraux dont le Tamiflu (oséltamivir) : 14 millions de doses d'ici à la fin de l'année
- 2** - Augmentation des réserves de masques individuels (200 millions de type FFP2, à défaut FFP1, voir le site de l'INRS -Institut National de Recherche et de Sécurité)
- 3** - Interdiction des importations de volailles depuis les zones infestées
- 4** - Renforcement des contrôles sanitaires et mise en quarantaine des cas suspects
- 5** - Information et communication sur les risques sanitaires encourus
- 6** - Signalement de tout décès suspect d'oiseaux sauvages ou domestiques (problème des oiseaux appâtés)

Un chapitre important de la pandémie de grippe aviaire se joue à Lyon

Selon la revue Nature et la revue Science, la question n'est pas de savoir si la pandémie apparaîtra mais quand. Selon l'OMS, seuls 30 pays dont la France, ont établi des plans de lutte, alors que d'autres y travaillent. Rappelons que la vaccinologie moderne a été inventée à Lyon avec Charles MÉRIEUX.

Avec Sanofi-Pasteur et le complexe de recherche contre les virus (le CERVI) la lutte est déjà engagée. L'OMS a choisi Lyon pour baser son centre de surveillance et d'alerte épidémiologique. L'hôpital Edouard-Herriot abrite le centre de référence national sur la grippe, dirigé par le Professeur Bruno LINA.

Les Etats-Unis, mais aussi la France, comme le rappelait le Pr Didier HOUSSIN,

ont signé les contrats et sont disposés à stocker les millions de doses de vaccins nécessaires, dès que ceux-ci seront mis à disposition.

Suivre la mutation du virus et...

Il existe des prototypes de vaccins puisque la souche virulente est connue (H5N1), mais la grande facilité de mutation du virus ne permet pas de savoir s'ils seront efficaces en cas de pandémie.

Le délai de production de ce vaccin adapté est réduit grâce aux travaux de recherche en cours pour une production possible quatre à six mois après la détection éventuelle de la souche responsable.

D'autres laboratoires travaillent sur ce problème, comme Solvay Pharma. ou GlaxoSmithKline, qui par ailleurs constitue des stocks de Relenza (zanamivir).

... la migration des oiseaux !

Si la propagation du virus suivait la carte des migrations d'oiseaux, le risque essentiel viendrait de la voie Méditerranée-Mer Noire.

Nous saurons au printemps prochain si cette hypothèse se vérifie. Pas de panique donc vis-à-vis de cette maladie émergente, mais en cas de pandémie (inévitable demain ou dans un siècle), toutes les mesures sont déjà prises et cela devrait éviter la psychose de la population, qui représente elle aussi un risque majeur.

Il ne devrait pas y avoir de nouvelle « grippe espagnole » avec son cortège de millions de morts.

Vigilance des professionnels

Les réseaux de surveillance sont tous en état d'alerte (DGS, InVS, réseau Sentinelle, Grog, centre15, Ddass).

La gestion du risque de type NRBC est une mission dévolue aux SAMU de France et aux centres 15 (Pr Dominique PEYRAMOND, Hôpital de la Croix Rousse ;

Dr Laurent MATHON, SAMU 69, Service du Pr Paul PETIT).

Le rôle des médecins généralistes est essentiel : leur mission est la déclaration des cas suspects.

Pour en savoir plus, lire « Pandémie, la grande menace » du Pr Jean-Philippe DERENNE et du Pr François BRICAIRE, Editions FAYARD.

Des sites Internet pour en savoir plus

Le ministère de l'agriculture :

www.agriculture.gouv.fr

Informations sur les mesures en élevages et la santé animale.

L'Agence française de sécurité sanitaire des aliments :

www.afssa.fr

Expertise et évaluation scientifique pour l'alimentation humaine et la santé animale.

L'Organisation mondiale de la santé animale :

www.oie.int

Surveillance et historique des foyers dans le monde.

L'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture :

www.fao.org

Deux dossiers consacrés à la grippe aviaire.

L'Institut national de la recherche agronomique :

www.inra.fr

Actualités sur les recherches et développement

Le ministère de la santé :

www.sante.gouv.fr

Informations sur la santé humaine et le plan pandémie national.

L'Institut de veille sanitaire :

www.invs.sante.fr

Surveillance des cas humains dans le monde.

L'Institut national de prévention et d'éducation en santé :

www.inpes.sante.fr

Informations pour les professionnels de santé et conseils aux voyageurs.

L'Organisation mondiale de la santé :

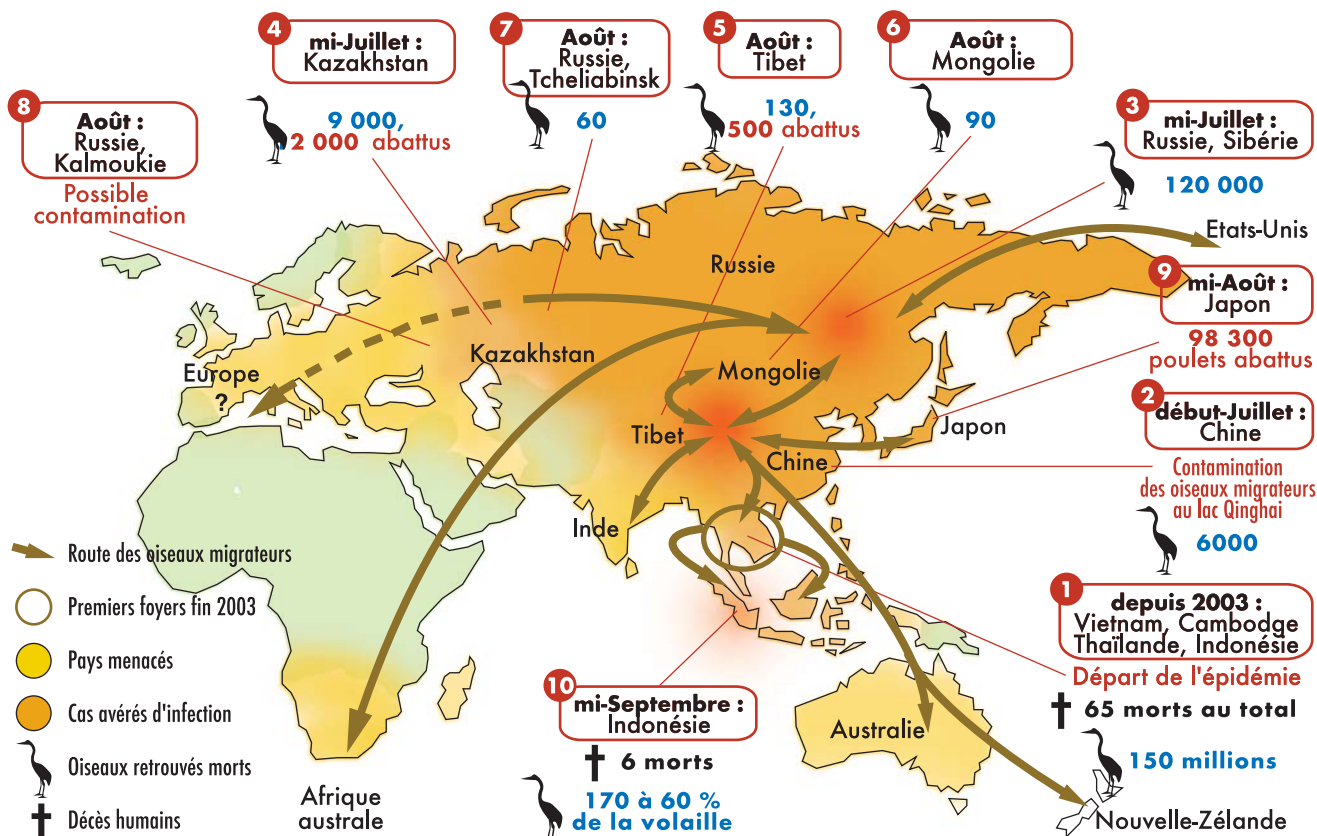
www.who.int

Données concernant les cas humains déclarés.

<http://france-info.com>

La Grippe aviaire aux portes de l'Europe

source : OMS



Source : l'Express du 29.09.05

Nouveautés sur le site PIEROS

www.pieros.org

Ouvert en avril 2004, le site PIEROS fait désormais partie du paysage régional de la santé publique. Grâce à sa base d'études interrogeable selon plusieurs critères, ce portail incontournable en Rhône-Alpes renseigne et oriente les professionnels, les chercheurs, les décideurs, les étudiants... vers les nombreuses études réalisées dans la région en matière d'observation de la santé.

Ses promoteurs : l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes, la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Rhône-Alpes, l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Rhône-Alpes, ont souhaité l'enrichir dès 2005 par l'ouverture de nouveaux services.

Le site PIEROS vous propose ainsi depuis juillet 2005 les nouveautés suivantes :

- ◆ Une information rapidement accessible sur **les nouvelles études** menées en Rhône-Alpes

- ◆ **Un aperçu des travaux en cours** au sein des organismes partenaires de PIEROS, grâce à la mise en ligne du dernier numéro de la lettre PIEROS INFOS (cette lettre semestrielle faisait auparavant l'objet d'une diffusion électronique restreinte aux seuls partenaires de Pieros)

- ◆ **Un portail de répertoires d'organismes santé en Rhône-Alpes** : vous y trouverez un bref descriptif et un lien Internet vers une sélection de répertoires d'établissements, d'associations, de professionnels... au sein de la région, qu'il s'agisse de répertoires nationaux, régionaux, ou départementaux. Un classement des répertoires en quatre grandes catégories (le système de santé, les pathologies, les populations, le comportement) vous permet de repérer rapidement l'outil pertinent.

Par ailleurs, la base d'études du site PIEROS s'enrichit régulièrement grâce aux apports de nombreux organismes qui ont donné leur accord pour mettre à disposition leurs études, soit directement sur Internet, soit dans un centre de documentation du réseau PIEROS.

Le site PIEROS est réalisé par l'Observatoire Régional de la Santé Rhône-Alpes avec l'appui d'un Comité technique associant la DRASS, l'URML, l'URCAM, le Centre Jean BERGERET, le CRAES-CRIPS et la CRAM Rhône-Alpes.

Contact : Martine DRENEAU,
ORS Rhône-Alpes
Tél. : 04 72 07 46 22
E-mail : martine.dreneau@ors-rhone-alpes.org





1945 – 2005 la Sécurité Sociale a 60 ans !

Le Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale Rhône Alpes et l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes ont souhaité marquer ce 60^{ème} anniversaire par l'organisation d'un colloque sur le PASSE, le PRESENT et surtout l'AVENIR de la Sécurité Sociale.

◆ **Le PASSE :**
évocation par le Comité d'Histoire de la Sécurité Sociale.

◆ **Le PRESENT :**
par les Elèves de l'Ecole Nationale de la Sécurité Sociale de Saint-Etienne et le Président de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale, Jean-Michel DUBERNARD,.

◆ **L'AVENIR :**
L'avenir de l'Assurance Maladie par l'URML-RA pour ce qui concerne les problèmes de financement, la trajectoire de soin des patients ou l'optimisation du fonctionnement.

Ce colloque est placé sous le patronage de Frédéric VAN ROECKEGHEN, Directeur Général de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie.

Des débats seront organisés après chaque exposé en présence des Médecins Libéraux.

CD Radiologie

Radiologues, ce CD " Radio-protection " joint à votre Trait d'Union contient les textes officiels que vous devez connaître sur les protections obligatoires du patient contre les Rayons X. Il vous renseigne également sur le consensus élaboré par la Société Française de Radiologie pour une meilleure indication des examens radiologiques. Ce guide facilite le choix de la prescription la plus efficace. Scanner, IRM, échographie... ?

Ce CD vous aidera à limiter les irradiations inutiles et à obtenir les meilleures informations sur chaque cas clinique.

Les initiateurs de ce guide : le Syndicat National des Radiologues, par le biais de la SFR, la DRIRE et l'URML RA pour sa diffusion.

Nouvelles de l'Internat des Hôpitaux de Lyon... Remerciements à l'URML RA

Fabrice BOYER, ancien Président et trésorier du SIHL, vice Président de l'ISNIH, au nom des internes de Lyon, remercie le Dr Jacques CATON, Président de l'URML RA ainsi que tous les membres du bureau, pour la subvention de 1500 € qui a été votée lors de l'assemblée du 20/04/05 en faveur de l'amélioration de la vie associative de l'internat :

« Nous avons beaucoup apprécié la collaboration avec l'URML lors de la constitution du livre blanc, et nous vous sommes tous très reconnaissants pour votre accueil et votre générosité. J'espère que la collaboration fructueuse initiée entre nos deux structures se poursuivra car il me semble essentiel que les internes, futurs praticiens en formation, ne soient pas coupés du monde libéral qui représente l'avenir de la majorité d'entre eux. »