

TRAIT d'UNION

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



les années d'évaluation

les dossiers :

Notre Union a su anticiper la réforme de l'Assurance Maladie en valorisant le principe de l'Evaluation des Pratiques Professionnelles bien avant son application par la loi ou en initiant le partage des données en prélude à l'instauration officielle du Dossier Médical Patient. La nouvelle Convention Médicale s'appuiera donc sur notre expertise. Nos études montrent que nous restons en veille permanente sur les questions de démographie, sur les attentes des jeunes médecins, sur les réseaux de prise en charge et de prévention en santé publique et que nous oeuvrons dans tous les secteurs pour la permanence et la qualité des soins.

au sommaire :

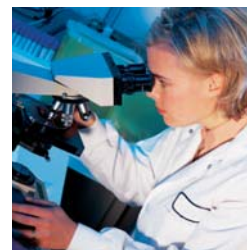
Anatomopathologie à la loupe 4
Enquête démographique en Rhône-Alpes

Le dossier médical partagé 5
La continuité de la qualité des soins

Nouvelle convention 6
Un champ d'expertise pour les URML ?

Le livre blanc des internes 10
Contexte de pénurie et mobilisation des internes de spécialités

EPP : An II 11
Où en sommes-nous en Rhône-Alpes ?



Demande d'engagement dans l'EPP

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Cod. postal : _____ Ville : _____

Tél. : _____

Email : _____

☐ Je souhaite évaluer ma pratique professionnelle dans un cadre :

☐ Collectif (1 groupe déjà constitué (moins de 10 médecins de même spécialité), non du coordinateur du groupe)

☐ Individuel (Je souhaite m'adjoindre une deuxième unité et m'inscrire à ma disposition un corps habilité pour m'aider dans ma démarche.

URML RA - 20 rue Berruyer - 69500 Lyon

Médecine Générale et Gériatrie : des liens à inventer.

Samedi 2 avril 2005 à 8h45
Dans les locaux de
l'URML RA
20, rue Barrier Lyon 6^{ème}

Contact organisation :

Géraldine Batard

urmlra.geraldine.b@wanadoo.fr

Les médecins de l'URML RA, à l'initiative du Dr Emile OLAYA, et les experts internationaux en gériatrie abordent les nouveaux dispositifs socio-médicaux existant dans nos sociétés occidentales autour de la

personne âgée. L'allongement de notre durée de vie engendre un défi social de grande envergure que nos systèmes de santé doivent relever au plus vite et au mieux, pour éviter manques et gaspillages. Etroitement associé au réseau de maintien à domicile de la personne âgée, le médecin généraliste sera, en toute logique, sollicité pour sa connaissance du patient et de son environnement.

Ce séminaire expose l'enjeu d'intégration des médecins généralistes dans les orientations données en gériatrie par les collectivités locales et les politiques nationales.

La politique gériatrique en France sera détaillée le matin, les expériences étrangères l'après-midi avec notamment le Professeur Howard Bergman (Université Mc Gill Montréal, Canada), Le Pr de Lepeleire (Université de Louvain - Belgique), le Dr Brière (Italie), les Dr Dedeu et Pajares (Espagne).

Des tables rondes concernant les travaux rhônalpins sur la maladie d'Alzheimer et la coordination entre médecine générale et gériatrie, l'harmonisation des politiques locales, permettront d'ouvrir le débat en fin de séminaire.

4^{ème} Congrès international de recherche en médecine générale

27 et 28 mai 2005
Palais des Congrès
de Perpignan (66)

Contact Comité d'Organisation :

Francis Moliner

Tél : 04 68 61 14 24 - Fax : 04 68 52 13 45

francis.moliner@upml-lr.org

Secrétariat URML-LR :

Frédérique Chamayou

Tél : 04 99 52 44 82 - Fax : 04 99 52 44 77

URML LR - Maison des Professions Libérales - 285, rue Alfred Nobel - 34000 Montpellier

Email : congres.perpignan@urml-lr.org

Site : http://www.upml-lr.org/crmg

Les grands axes du congrès :

De la recherche à la pratique

- Epidémiologie et santé publique
- Sciences humaines et recherche qualitative
- Evaluation de la qualité des soins
- Etudes d'intervention
- Recherche en pédagogie

Session Jeunes Chercheurs

- Etat des lieux et perspectives de la recherche en 3^e cycle/DES de médecine générale
- Communication de travaux de recherche basés sur des thèses en médecine générale

De la pratique à la recherche

- HTA (mesure de la TA)
- Diabète sucré : éducation du patient
- Santé mentale : place des psychotropes dans les relations avec le médecin
- Hygiène du cabinet médical
- Etude de l'impact des tests de dépistage rapide

Les enjeux politiques de la recherche en médecine générale et de son développement.

Les mutations de la médecine générale

Congrès national - Fin 2005 en Rhône-Alpes

Contact organisation :

Géraldine Batard

urmlra.geraldine.b@wanadoo.fr

Comment le généraliste est-il perçu par la population, quelles sont les offres de soin attendues ? Quelles sont les aspirations des futurs généralistes quant à l'exercice de leur profession ? Le Congrès de fin

d'année organisé par le Dr Emile OLAYA, Président du Collège des Généralistes de l'URML RA, dessinera le profil des généralistes et de leurs patients tel qu'il sera utile de l'envisager pour mieux aborder les 10 prochaines années.

L'analyse des grands changements en cours se basera sur tous les travaux réalisés par l'Union autour des

pratiques des généralistes lors de ces dernières années.

La féminisation du métier, l'implication dans de nouvelles tâches - en particulier le dépistage - l'investissement dans la permanence des soins, les modes d'accueil dans les cabinets médicaux... Chaque enquête contribuera à la vision prospective située au cœur de cette rencontre.

ANTICIPER L'IMPACT DES RÉFORMES

L'année 2004 a été riche sur le plan législatif et sur celui de la santé, puisque la loi du 9 Août 2004, dite loi Santé Publique et la loi du 13 Août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie sont venues modifier notre exercice professionnel et ont institué divers outils, notamment la Convention Médicale, le Dossier Médical Patient et l'Évaluation des Pratiques Professionnelles.

Je ne reviendrai pas sur la Convention Médicale signée par une majorité de syndicats médicaux. Elle a suscité une large discussion sur laquelle les Unions n'ont pas à se positionner, si ce n'est en tant qu'experts à la demande des partenaires conventionnels et sur des points pratiques. Les Unions sont également concernées à travers leurs missions puisqu'elles sont tenues d'informer leurs membres, et le feront au sujet de la Convention.

Mais, comme vous le savez, une des missions principales des Unions est la mission d'Évaluation qui porte sur deux des outils institués par ces différentes lois. A savoir l'Évaluation des Pratiques Professionnelles qui, de volontaire devient obligatoire, et le Dossier Médical Partagé qui doit être applicable en 2007 mais sera expérimenté au cours de l'année 2005 dans six régions.

Où en est-on en Rhône-Alpes sur ces deux éléments importants de notre vie professionnelle ?

Dès la mise en place de l'EPP volontaire, l'URML Rhône-Alpes s'est positionnée pour faire partie du groupe contact URML-ANAE et dès l'année 2004, l'EPP est devenue une réalité dans notre région. La loi rendant cette EPP obligatoire nous oblige à accélérer le processus, tout en conservant son âme. Nous avons donc mis en route le recrutement de 50 médecins habilités supplémentaires ; 36 médecins habilités avaient été formés en 2004 par l'ANAE qui est devenue la Haute Autorité en Santé. Ces médecins habilités ont réalisé au moins une à deux EPP individuelles, mais c'est bien sur l'EPP collective, débutée dans notre région en juillet 2004, que notre effort doit porter. En effet, celle-ci doit être privilégiée si nous souhaitons satisfaire aux obligations de la loi : 10 groupes (90 médecins libéraux) sont en cours d'évaluation. Le décret sur l'EPP, retardé par l'application de cette évaluation aux médecins hospitaliers, devrait paraître dans le courant du mois de février. Pour les médecins libéraux, les URML restent maîtres d'œuvre de l'EPP puisqu'elles recrutent et fournissent les médecins habilités.

Les 50 MH (60 dossiers pré-sélectionnés + 15 dossiers en liste complémentaire par la Haute Autorité en Santé sur les 308 réponses) seront opérationnels en juillet 2005. Les praticiens de notre région auront alors différentes voies pour satisfaire à leurs obligations : la voie classique appelée EPP-Décret que nous vous recommandons de privilégier - il sera possible de réaliser cette évaluation par l'intermédiaire de la deuxième version de l'accréditation pour les praticiens travaillant en plateaux techniques (obstétrique, anesthésie, chirurgie) - et également par la gestion des risques médicaux dans les établissements.

Nous avons eu connaissance par les organismes agréés de nouvelles formes d'EPP. Il est pour nous, aujourd'hui, très difficile de nous positionner sur celles-ci puisque l'on parle de possibilité d'évaluation par des groupes de pairs, par des groupes de FMC ou même d'EPP individuelles en groupe. Le principal problème pour les médecins spécialistes est de créer des référentiels, car nombreuses sont les spécialités qui n'en ont pas encore, ce qui nous a obligé à refuser un certain nombre de demandes d'évaluations collectives.

En ce qui concerne le Dossier Médical Patient, le séminaire de Roissy organisé les 15 et 16 octobre 2004 sous la présidence d'Alain COULOMB, Directeur Général de l'actuelle Haute Autorité en Santé, et la préparation du SROS 3 avec son volet télésanté, nous ont conduits à travailler ensemble, tutelles, praticiens hospitaliers, praticiens libéraux, Assurance Maladie, notamment après le colloque e-santé européen que nous avons organisé à Lyon en 2004. Un protocole d'accord est en préparation avec le Conseil Régional, l'URCAM, l'Agence Régionale de l'hospitalisation et l'URML Rhône-Alpes. Notre région est une des rares régions prêtes à expérimenter un DMP ville-hôpital et nous espérons que ce DMP sera opérationnel courant 2005.

Vos élus ont bien anticipé les réformes à venir et bien préparé la solution aux problèmes que les deux lois pouvaient poser. Notre région est en état de marche pour cela et nous ne pouvons que nous en féliciter, avec votre collaboration bien évidemment.



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 :

MCHFrance

18, place Tolozan

69001 Lyon

transit@mci-group.com

Direction :

Jean Louis CLUZEL

Rédaction :

Sylvie FINAND

Conception Graphique :

Raymond GARDE

Crédits photographiques :

© 2005 MCHFrance

Impression : Imprimerie REBOUL

ISSN 1294 - 9671



Docteur Bernard MULLER
Vice-Président du Collège des médecins
spécialistes de l'URML RA
contact :
bernard.muller@urmlra.org

L'anatomopathologie à la loupe

L'enquête démographique CRISAP RA / URML RA / CAREPS menée en 2004 a porté sur les 49 structures de la région - publiques (CHU, hôpitaux) ou libérales - et sur les 155 médecins ACP qui y travaillent. Elle a bénéficié d'un fort taux de réponse : 80% des structures et 81% des médecins ont répondu au questionnaire.

Le dépouillement de l'enquête révèle 10 points essentiels sur cette profession :

A - Enquête auprès des praticiens

1 - Deux fois moins d'ACP en 2020 !

Les pathologistes rhônalpins sont comme leurs collègues français, âgés de 48 ans en moyenne, et ils enregistrent un mouvement de féminisation important. Leur retraite approchant, on prévoit une baisse de 25% du nombre de médecins de cette spécialité dans 10 ans et de 50% dans 15 ans.

2 - Une forte implication professionnelle

Ces praticiens travaillent en moyenne 10 heures par jour et ils consacrent 6 jours par an à leur formation. On repère une mobilisation importante de la profession (56%) pour une éventuelle participation à des groupes "experts" répartis dans la région.

B - Enquête auprès des responsables de structures ACP : un engagement massif dans les réseaux de cancérologie et dans le recueil des données

3 - Cinq systèmes informatiques équipent 86% des structures de Rhône Alpes, l'un d'entre eux dominant nettement le marché. Ces logiciels ont été acquis depuis 7 ans en moyenne. La totalité des structures utilise la codification ADICAP, et une

minorité (15%) a accès à un transcodage CIMO/ADICAP.

4 - En matière d'échange de données, 62% des structures peuvent transmettre des comptes rendus électroniquement, en utilisant dans les 3/4 des cas la norme HPRIM. La moitié des structures peut procéder à une extraction de type CRISAP France et la moitié des structures pratique des extractions régulières.



5 - Un nombre non négligeable de structures participe aux actions d'évaluation des programmes de dépistage organisé.

6 - L'utilisation de fiches de réponses standardisées concerne près d'une structure sur deux. Si cette pratique se développe, elle n'est totalement intégrée au système informatique que dans la moitié des cas, ce qui implique pour les autres d'y consacrer un temps plus important. Cela confirme

l'importance et l'urgence de la démarche nationale en cours concernant une "labellisation" nationale de ces fiches et leur utilisation en pratique quotidienne.

7 - Les domaines d'activité privilégiés

sont la pathologie mammaire, la gynécologie, l'urologie, les pathologies digestives et la cytopathologie gynécologique, ainsi qu'à un degré moindre, les pathologies cutanées tumorales et la cytopathologie non gynécologique.

8 - La participation des structures d'ACP aux concertations régionales et aux réseaux de soins en oncologie (ONCORA surtout, mais également Concorde, Arc Alpin, Réseau Stéphanois, GOELAMS, RS74) concerne 80% d'entre elles.

9 - Les chiffres d'activité et le nombre d'ACP et qui y travaillent montrent une très grande hétérogénéité entre les structures. Cependant, la moitié des structures compte 2 à 3 ACP.

10 - Enfin, les responsables des structures d'ACP interrogés se disent très majoritairement favorables à un regroupement des ACP en Rhône-Alpes, notamment pour faciliter les interactions avec les réseaux de soins en cancérologie.

Cette enquête peut être consultée et téléchargée dans son intégralité sur le site www.urmlra.org

Le Dossier Médical Partagé en Rhône-Alpes



Docteur Jacques CATON
Président de l'URML RA

contact : jacques.caton@urmlra.org

Le Dossier Médical Partagé ou Dossier Médical Patient est une donnée incontournable de la loi du 13 Août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie, puisque ce dossier devient obligatoire.

Son intérêt principal est celui de la continuité de la qualité des soins. Depuis 1993, date de la création des Unions, l'URML Rhône-Alpes s'est engagée sur le chemin du partage de l'information médicale qui lui avait été confiée par la loi de 1993 portant création des Unions. Cette réflexion s'est enrichie avec le temps par différents travaux menés dans ce domaine par l'Union, en collaboration avec l'Association de la Télémédecine en Rhône-Alpes (ASTRH@).

Dans le cadre de la préparation du SROS 3 et de la Commission Télésanté du SROS, nous avons travaillé avec les différents acteurs hospitaliers publics, hospitaliers privés, Agence Régionale de l'hospitalisation, Assurance Maladie, sur le problème du Dossier Médical Partagé, avec une réflexion que nous avons initiée, bien avant le vote de la loi du 13 Août.

Le colloque e-santé européen que nous avons organisé en 2004 à Lyon a conduit également la région à s'associer à nous pour la mise en place de ce dossier ville-hôpital, notre région étant une des rares régions prête à l'expérimenter en ces termes. A la clé,

un protocole d'accord avec le Conseil Régional Rhône-Alpes, l'URCAM, l'Agence Régionale d'Hospitalisation, l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes a été signé.

Ce DMP rhônalpin est constitué de plusieurs éléments :

◆ **Un service d'identification du patient appelé projet STIC** (Serveur télématique d'Identification Communautaire), projet actuellement opérationnel sur le plan hospitalier et auquel l'Union Régionale a adhéré pour les médecins libéraux.

◆ **Une plate-forme d'échanges pour les projets PEPS** (plate-forme entre professionnels de santé) authentifiée par la carte CPS, permettant des échanges ville-hôpital et des échanges au niveau des réseaux thématiques (cancérologie, diabète, etc.), cette plate-forme est également opérationnelle.

◆ **Un dossier patient régional, projet de DPPR hospitalier.** Il s'agit d'un dossier patient partagé réparti, constitué d'un outil qui a pour but

d'aller butiner dans les différents systèmes informatiques hospitaliers (SIH). Ce DPPR devrait être opérationnel au cours du premier semestre 2005.

◆ **Enfin, en ce qui concerne la médecine libérale, un dossier médical du médecin de ville (projet ODYSSEE)**, basé sur la trajectoire du patient et la ligne de vie, utilisant un logiciel de communication interopérable avec les différents logiciels déjà existants, l'objectif étant de ne pas rendre nécessaire pour les praticiens de ville un changement de logiciels.

L'utilisation de la couche logicielle Odyssee permet de collecter les différents épisodes de soins et de constituer le DMP de façon structurée, de permettre un échange avec le dossier patient partagé hospitalier par l'intermédiaire de connecteurs entre le dossier de ville et le dossier hospitalier, et ainsi de permettre de communiquer avec l'ensemble du dossier.

Ce système devrait être opérationnel à titre de test grandeur nature dans le courant de 2005 et nous espérons, si les crédits nous le permettent, être prêts pour la rentrée.

EMERA se ligue contre la mucoviscidose

Le nouveau réseau EMERA " Ensemble pour la prise en charge de la Mucoviscidose en Rhône Alpes " concerne 550 patients des 4 Centres de Ressources et de Compétences pour la Mucoviscidose (CRCM) de notre région. Ces deux centres pédiatriques et deux centres pour adultes sont situés à Lyon (Hôpitaux Debrousse et Lyon Sud) et Grenoble

(CHU). Agréé par une décision conjointe ARH/URCAM, EMERA doit améliorer la circulation de l'information entre le domicile et les CRCM, développer la formation continue des professionnels hospitaliers et libéraux (infirmières et kinésithérapeutes) et l'harmonisation de la prise en charge des patients sur toute la région. Quelques centres hospitaliers régio-

naux ainsi que deux associations de soins à domicile font également partie du réseau. Les patients et leurs familles sont représentés par un Collectif d'une quinzaine de volontaires.

Pour tout renseignement, contactez la cellule de coordination au :

04 72 11 51 67 ou directement le CRCM de votre patient.



Docteur Bernard ROUGIER
Secrétaire Général de l'URML RA
contact :
bernard.rougier@urmlra.org

La nouvelle convention :

La nouvelle convention globale entre les syndicats de médecins libéraux et l'assurance maladie issue de la réforme 2004 vient de paraître au Journal Officiel. Après un débat approfondi au sein du bureau de l'URML, il a été décidé d'aborder ce sujet dans ces pages, sans revenir sur les polémiques qui ont précédé et suivi sa signature.

Il est en effet parfaitement illusoire d'instaurer un clivage entre le système conventionnel et les Unions professionnelles. Sans se substituer aux syndicats, les Unions leur fournissent en effet leur expertise :

- ◆ La Loi qui a institué les Unions en 1993 prévoit que seuls cotisent et votent les médecins libéraux conventionnés.
- ◆ La représentativité des syndicats amenée à signer la convention est établie, en grande partie sur les résultats des élections aux Unions.
- ◆ Le décret du 14.12.93 prévoit que les URML assument les missions qui leur sont confiées par les conventions nationales et par les organisations syndicales représentatives des médecins.

Comment les Unions s'impliquent dans la vie conventionnelle ?

Le Dossier Médical Partagé

Il sera l'un des éléments essentiels des échanges nécessaires au parcours de soins coordonnés autour du médecin traitant. L'application des systèmes d'information aura donc une importance fondamentale. Cette mise en place du DMP coordonnée au plan national concernera régionalement les Unions, qui sont par ailleurs légalement impliquées dans le recueil et la

transmission des données. En Rhône-Alpes, des contacts sont déjà développés entre l'URML, l'ARH et l'URCAM.

Les Commissions Conventionnelles

La Convention médicale prévoit la mise en place de différentes commissions paritaires, nationale, régionales et départementales.

Ces commissions permettront entre autres d'examiner les projets d'avancés, les thèmes de formation professionnelle conventionnelle et de faire le point sur les résultats de la maîtrise médicalisée ainsi que sur le bon usage du parcours de soins coordonnés, la permanence des soins et l'installation des médecins libéraux dans les zones démographiquement défavorisées.

La Commission Paritaire Régionale

La CPR est chargée de la coordination de la politique conventionnelle au niveau de la région.

Elle peut installer, sur demande du CPN-FPC, un Comité Paritaire Régional de Formation Professionnelle Conventionnelle.

Elle constitue la commission d'appel pour les mesures de mise hors convention d'une durée inférieure ou égale à un mois ou de suspension de la prise en charge des cotisations sociales d'une durée inférieure ou égale à 6 mois.

Elle peut mettre en place des sous-

commissions paritaires chargées des questions intéressant les médecins traitants, les médecins correspondants et des groupes de travail concernant des problèmes spécifiques à une discipline médicale particulière. Chacune de ces sections fait appel aux experts qu'elle juge nécessaires : les URML seront donc les experts naturels des représentants des syndicats signataires membres de la section professionnelle.

Le dispositif de Formation Professionnelle Conventionnelle

La FPC s'intègre dans l'obligation qu'ont tous les médecins de suivre une formation médicale continue et d'évaluer leurs pratiques. Evaluation des pratiques professionnelles dans laquelle les URML sont déjà largement engagées en concertation avec l'ANAES, structure désormais intégrée dans la Haute Autorité de Santé.

Cette concertation des URML devrait s'étendre rapidement **avec un souci de transparence indispensable au Conseil scientifique de la Formation Professionnelle Conventionnelle.**

Ce Conseil procède à la validation scientifique et pédagogique des projets de formation nationaux et régionaux, sur la base des critères qu'il a définis et soumis pour approbation au CPN FPC. Ses décisions s'imposent alors au CPN FPC qui ne peut agréer que les actions de formation validées.

un champ d'expertise pour les URML ?

L'Organisme Gestionnaire Conventionnel assure la gestion des appels d'offres et transmet les projets présentés par les organismes de formation au Conseil scientifique.

Les partenaires conventionnels ont décidé que le protocole de financement, conclu entre les CNAM et l'OGC sous la précédente convention en 2003, serait maintenu dans l'attente de la conclusion éventuelle d'un nouveau protocole.

Le Conseil scientifique est chargé de l'évaluation pédagogique et scientifique. Il apprécie la capacité des organismes de formation à satisfaire aux obligations d'évaluation définies dans les cahiers des charges.

Les moyens des URML seront sans aucun doute mis à contribution pour améliorer la qualité et l'efficacité de la formation professionnelle conventionnelle de façon plus claire et plus nette que ces dernières années.

En effet, les parties signataires engagent des actions d'évaluation de l'impact de la formation sur la pratique médicale qu'elles peuvent confier à toute instance jugée compétente.

Accords de bon usage des soins et contrats de bonnes pratiques.

La loi prévoit la mise en place de ces accords et ces contrats relatifs aux spécificités de certains modes d'exercice.

Toute une série de mesures sera prise par le truchement d'avenants concernant la permanence des soins, les aides à l'installation en milieu rural et la définition d'indicateurs fiables concernant tous ces dispositifs.

L'expertise des Unions sera indispensable au suivi et à l'évaluation de ces accords et contrats selon les demandes qui leur seront faites par les syndicats signataires.

La Haute Autorité de Santé

Les Unions régionales ont vocation à être les interlocutrices de la Haute Autorité de Santé qui vient d'être désignée pour remplacer différentes agences d'Etat telles que l'ANAES pour les référentiels médicaux et une partie des missions de l'AFSPS (Agence Française de Sécurité des Produits de Santé).

Elle est chargée de donner son avis sur le remboursement par l'Assurance

Maladie des prestations de santé, des médicaments ou des dispositifs médicaux, ainsi que sur les procédures d'évaluation des pratiques professionnelles et d'accréditation des professionnels dans lesquelles les URML sont déjà impliquées.

Le décret prévoit d'ailleurs que la HAS peut être saisie par les URML.

Classification Commune Des Actes Médicaux

Enfin, les URML pourront être amenées à apporter leur expertise pour la mise en place technique et clinique de la CCAM. La première commençant à s'appliquer dès 2005 et la seconde dès 2006.

Cette CCAM remplacera progressivement la nomenclature générale des actes professionnels qui conditionne les tarifs médicaux conventionnés.

La nouvelle Convention va donc largement solliciter les compétences et les bonnes volontés au sein des URML qui, plus que jamais, représentent l'expert technique dont ont besoin les syndicats professionnels vis-à-vis de l'Assurance Maladie.

Débusquer les pathologies de l'amiante

Commanditée par le Ministère du Travail et la Direction des risques professionnels de la Sécurité Sociale, une étude sur les pathologies de l'amiante a été lancée dans quatre régions pilotes : les deux Normandie, l'Aquitaine et Rhône-Alpes.

A l'automne 2003, 35 000 retraités de Rhône-Alpes et de Saône et Loire recevaient un courrier émanant du coordonnateur de l'enquête : la Sécurité Sociale. Le point commun entre ces destinataires :

une exposition potentielle à l'amiante lors de leur vie professionnelle.

Parmi les 10 000 personnes ayant accepté le bilan nécessaire à l'étude (scanner, radiographie, EFR) encadré par deux consultations de leur médecin traitant, 7000 ont pu être incluses dans le protocole. A ce jour, 2500 ont déjà fait pratiquer un scanner et 1300 ont achevé ce bilan.

L'enquête a d'ores et déjà révélé que 60 personnes sur 7000 étaient atteintes de pathologies liées à l'amiante.

A ce stade, il est de la responsabilité des médecins traitants de déclarer ces cas à la sécurité sociale.

Leur démarche est en effet incontournable, elle constitue d'ailleurs l'une des raisons d'être de ces bilans : c'est à partir de ces déclarations que l'indemnisation des retraités (pour incapacité partielle permanente) est rendue possible, si leur maladie est reconnue comme professionnelle par l'assurance maladie.



Docteur Emile OLAYA
Président du Collège des médecins généralistes
contact :
emile.olaya@urmlra.org

Démographie médicale : un site pour éviter les “déserts”

L'accès aux soins pour tous, rapide et facile, s'amoin-
drira dans notre pays à court ou moyen terme si l'organisation
du système de santé ne tient pas compte des disparités
territoriales.

Les disparités territoriales sont pour-
tant importantes en terme d'enca-
drement médical, entre les régions du
Nord et du Sud de la France, entre la
ville et la campagne...

A ces déséquilibres recensés depuis
des décennies, s'ajoute depuis les
années 2000 le vieillissement du per-
sonnel de santé dans de très nom-
breuses régions.

Les années 2008-2010 s'annoncent
cruciales pour la démographie médi-
cale tant les départs seront nombreux :
la France risque de manquer cruelle-
ment de médecins, en particulier à la
campagne et à la périphérie des villes.

Un instrument de gestion de la démographie médicale

Dans un contexte d'incertitudes et de
flous méthodologiques, l'URML
Rhône-Alpes, en collaboration avec le
Conseil national de l'Ordre a pris l'ini-
tiative d'analyser la démographie

médicale à partir d'un Schéma de
Démographie Médicale. Ce nouvel
outil répond aux objectifs suivants :

- ◆ Où le risque démographique est-il
le plus grand, le plus urgent ?
- ◆ Quand ce risque démographique
(hypothèse d'un départ à la retraite à
65 ans) sera-t-il majeur ?
- ◆ Comment le risque démographique
va-t-il se manifester ? A quel point ?

Analyse à la carte

Ces informations sont désormais en
ligne sur le site

<http://www.urmlra.org/geomedecine>

Elles constituent un outil précieux
pour les médecins installés et les
jeunes confrères qui préparent leur
installation.

Les fiches descriptives des bassins de
vie permettent :

aux confrères installés de soutenir
les projets de réorganisation de leur
exercice : création de réseaux de
santé, organisation de la permanence
des soins, etc.

aux jeunes médecins de préparer
leur future installation en leur offrant
une description aussi précise que
possible des bassins de vie.

Mise à jour permanente

Les données de l'INSEE datant du
recensement précédent constituent la
base de cette source d'informations.
Cependant, les évolutions démogra-
phiques sont rapides et votre bassin a
pu évoluer considérablement. Nous
préparons donc une mise à jour avec
le recensement actuel. Si vous notez
des inexactitudes dans les fiches
consultées, veuillez nous en faire part
afin que nous puissions les prendre en
compte et les corriger.

En 2005, la communication de l'URML RA se muscle

Nouveaux relais pour la diffusion
des actions de l'URML RA, des
délégués départementaux ont été
récemment nommés en accord avec
le Bureau de l'Union.
Ils seront en contact étroit avec les
médias locaux et avec certains institu-
tionnels.

Par ailleurs, ils sont vos interlocu-
teurs privilégiés sur le terrain.

01	Nicole PUECH	04 74 38 12 19
07	Emile OLAYA	04 75 33 21 44
26	Dominique ROUHIER	04 75 78 24 66
38	Bernard ROUGIER	04 76 07 00 56
42	Jean François BRULET et André MILLON	04 77 27 47 67 04 77 22 69 91
69	Jacques CATON	04 78 54 77 18
73	Jean Paul DONZEL	04 79 68 69 50
74	Bernard MULLER	04 50 92 31 31

5 % des rhônalpins atteints d'incontinence anale

L'étude* sur les troubles de l'incontinence anale parmi la population adulte en Rhône-Alpes répond aux questions posées par l'éventuelle mise en place d'un réseau de soins de prise en charge de l'incontinence anale.

Cette étude met en évidence une prévalence de l'incontinence anale de 5,1% au niveau de la population adulte générale de Rhône Alpes. " Un chiffre sans doute en-dessous de la réalité, puisque cette pathologie invalidante est considérée par beaucoup de patients comme gênante sinon honteuse " note Dominique Rouhier, gastro-entérologue à Valence. Elle est néanmoins fréquente : 220 000 personnes, voire beaucoup plus, seraient atteintes sur toutes les tranches d'âge, avec une majorité de femmes et de personnes âgées de plus de 80 ans. Cette enquête prouve donc que ce

dysfonctionnement doit être recherché par tous les médecins, quels que soient leur mode d'exercice et leur pratique, auprès de tous leurs malades à risque : une attitude thérapeutique efficace existe, palliative ou curative.

Les antécédents de chirurgie utérine, de déchirement après accouchement sont plus fréquents chez les femmes incontinentes ; les antécédents de chirurgie vésicale et de traitements antidépresseurs ou à visée neurologique concernent les deux sexes. Troubles urinaires et anaux, souvent associés, indiquent une altération globale du périnée. Une très grande

majorité des personnes atteintes estiment que leur qualité de vie en est très affectée. Dans 85% des cas, ces symptômes n'avaient pas été dépistés par le nombre restreint de médecins interrogés (gynécologues, généralistes, gastroentérologues).

* Etude ORALIA suivie par Dominique Rouhier, Secrétaire général du Bureau du Collège des médecins spécialistes de l'URML RA, réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé à la demande du collège Lyonnais de Colo-proctologie, soutenue par l'URML RA et financée par le FAQSV.

Une alliance pour faire fondre l'obésité infantile

En 20 ans, la proportion d'enfants obèses est passée en France de 5% à près de 15%. Bientôt, un enfant sur 5 souffrira de surcharge pondérale avec complications somatiques et psychosociales, si rien n'infléchit cette tendance.

Sur le Grand Lyon, environ 40 000 enfants et adolescents seraient actuellement touchés par le surpoids et l'obésité. Pour contrer ce phénomène, le réseau " ville-hôpital " RéPOP du Grand Lyon mobilise des professionnels de santé et d'action sociale des structures de prévention, des professionnels libéraux de soins de ville et le service d'endocrinologie pédiatrique de l'hôpital Debrousse. Leur objectif : promouvoir la prévention, le dépistage et la prise en charge précoces, l'information et la formation sur ce sujet. Leur méthode :

des options d'action concertée, multidisciplinaire, de proximité, adaptées aux enfants, pour un suivi régulier et prolongé, selon la sévérité de la situation et le contexte familial. Cette initiative est financée en 2004 et 2005 par l'URCAM et l'ARH, avec la contribution de l'URML RA. La prise en charge individuelle ou en groupe d'enfants permet le remboursement de consultations de praticiens formés par le réseau. Les professionnels libéraux (médecins, diététiciens, psychologues, kinésithérapeutes), les médecins de santé scolaire et de PMI sont

donc invités à suivre des formations sur ce travail.

Les prochaines sessions de formation pour les médecins libéraux :
29-30 avril, 20-21 mai et 3-4 juin 2005.

Association RéPOP GL
ADES – 71, quai Jules Courmont
69 002 Lyon
Tél : 04 72 56 09 55
Fax : 04 78 42 31 94
E-mail : repop.gl@cegetel.net

Le livre blanc des internes

Dans le contexte d'une pénurie de jeunes médecins qui ne fait que commencer, l'URML RA s'est associée à l'Intersyndicat National des Internes des Hôpitaux (ISNIH) afin de réaliser un livre blanc des Internes de spécialités des régions Rhône-Alpes et Auvergne. Des solutions concrètes sont évoquées à partir des aspirations des Internes d'aujourd'hui, notamment en terme d'exercice professionnel hospitalier ou libéral.

Mobilisation des Internes de spécialités

Le taux de réponse à l'enquête a été de 43% : les futurs médecins se sont sentis particulièrement impliqués dans cette démarche.

Les répondants ont en moyenne 26,5 ans, près de la moitié d'entre eux sont mariés ou vivent maritalement et le conjoint exerce une profession médicale dans un peu plus de la moitié des cas. Seulement 13% des Internes ont un enfant (moyenne 1,3), seulement 25% des Internes ont des parents travaillant dans le milieu médical ou para médical **ce qui pourrait correspondre à une désaffection des enfants de médecins liée à la difficulté de l'exercice médical, libéral ou hospitalier.**

Le critère de choix majeur de la spécialité reste l'intérêt intellectuel de celle-ci pour la quasi-totalité des internes (plus de 95%). Cela prouve que l'on choisit le métier de médecin puis sa spécialité avant tout pour l'épanouissement intellectuel.

On remarque que les critères de qualité de vie à terme et les débouchés sont plus mis en avant par les Internes femmes alors que la qualité de vie pendant l'internat est plus mise en avant par les Internes hommes.

Leur cursus

Deux tiers des Internes avaient l'intention de choisir leur spécialité avant l'Internat, ce qui prouve la nécessité de faire découvrir tôt les différentes spécialités aux étudiants en médecine. L'information est un devoir indispensable des médecins installés auprès des plus jeunes afin de restaurer l'attrait des spécialités les plus en difficulté du point de vue démographique.

Seulement 11% des Internes répondant ont eu une interruption d'activité lors de leur cursus. 23% des Internes envisagent un complément de formation non médicale à l'issue de l'internat.

Un souhait nouveau apparaît : réaliser une formation au sein d'une structure libérale. Démarche plébiscitée par plus de 70% des Internes, quelle que soit leur ancienneté. La durée de cette formation correspondrait à un semestre, surtout pour les Internes des spécialités médicales (92%), ou à deux semestres maximum pour les Internes des spécialités chirurgicales (85%).

Installation et évolution

En ce qui concerne l'avenir professionnel, les 3/4 des Internes souhaitent exercer leur activité médicale à temps plein (exercice libéral ou hospitalier public). En revanche, la majorité d'entre eux souhaite avoir une activité mixte, à la fois libérale et hospitalière publique. Ce point doit retenir particulièrement l'attention car il semble correspondre à un souhait très largement exprimé chez les jeunes médecins. 4 internes sur 5 souhaitent que cette activité soit uniquement clinique, 1/4 des Internes envisage également d'avoir une activité non clinique, notamment dans les domaines de l'enseignement (15%), de la recherche (14%).

La très grande majorité des Internes (89%) souhaite faire des remplacements avant de s'installer, la plupart d'entre eux (84%) souhaitant majoritairement s'installer dans la région de leur formation. Le critère principal de choix du lieu d'installation est de loin la possibilité pour le conjoint(e) d'y trouver un débouché professionnel (48%). 71% des internes sont sensibles à des mesures incitatives à l'installation dans les zones de pénuries.

Vision prudente

Le regard sur la médecine libérale est plutôt partagé. En effet, six internes sur dix sont plutôt satisfaits des conditions d'exercice de la médecine libérale mais ils sont tout de même 35% à la percevoir plutôt comme mauvaise notamment du fait

de la charge de travail administratif et des coûts financiers élevés. **Plus de 73% des internes se déclarent favorable au maintien du secteur 2 dans sa forme actuelle.** Enfin les Internes sont favorables à une progression de carrière en médecine libérale et notamment sous forme financière, ce qui n'existe pas actuellement et qui pourrait prendre la forme de ce qui était autrefois l'ancien DP (Dépassement Permanent).

Ils bougent

Il faut noter enfin l'extrême mobilité des Internes. Pour les quatre CHU concernés, Clermont-Ferrand, Saint Etienne, Lyon et Grenoble, entre 25 et 33% des Internes seulement ont effectué leurs études médicales dans les facultés correspondantes. On remarque, par ailleurs que 34% des Internes de spécialités de Saint Etienne ont débuté leurs études médicales à Lyon et que 24% des internes Lyonnais ont fait leurs études à Paris. Ce qui est très différent de ce qui existait pour leurs aînés.

Les points à retenir

Intérêt intellectuel du métier, volonté de travailler en groupe avec une activité mixte, maintien du secteur 2, sont des valeurs profondément ancrées dans la culture médicale des professionnels de demain. Il est intéressant de noter que les livres blancs francilien et picard aboutissaient aux mêmes conclusions.

Cela signifie qu'il s'agit de sentiments partagés par toute une génération.

Au terme d'une réflexion commune entre médecins libéraux et jeunes en formation, grâce à la grande mobilisation des Internes, nous dégagons ici les aspirations majeures des jeunes médecins.

Prendre en considération ces aspirations des futurs spécialistes, c'est construire un système de santé dynamique et pérenne.

EPP en Rhône-Alpes An II



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

Depuis la loi de Santé publique du 13 Août 2004, l'Évaluation des Pratiques Professionnelles est devenue **obligatoire**, selon un rythme quinquennal, pour tous les médecins, libéraux, hospitaliers et salariés. Chaque médecin doit donc s'y soumettre.

Le décret d'application doit être promulgué très prochainement et l'URML restera le guichet unique pour les libéraux. Pendant les années de mise en place du décret de Décembre 99, **les URML ont fait la preuve de leur capacité à organiser l'EPP en étroite collaboration avec l'ANAES, devenue Haute Autorité en Santé.**

Plusieurs modalités d'évaluation seront possibles pour les médecins exerçant en établissements de santé, dans le cadre de la seconde version du manuel de l'accréditation, et pour les spécialités à risques (anesthésie, chirurgie, obstétrique).

Où en sommes-nous en Rhône-Alpes ?

36 Médecins Habilités (MH) sont actifs et un recrutement de 50 MH supplémentaires, qui seront opérationnels au second semestre 2005, est en cours.

22 EPP individuelles ont été réalisées et 2 groupes de Médecins Engagés (ME) en EPP collectives ont accompli leur cycle. Plus de 100 EPP sont actuellement en cours.

Modalités pratiques :

Les EPP collectives sont privilégiées pour des raisons économiques et pour la dynamique insufflée par le groupe. Elles se déroulent en trois phases :

◆ 1 - Réunion de mise en place :

le groupe composé de 6 à 12 Médecins Engagés se réunit avec les MH pour choisir un référentiel de

pratique. **Les référentiels sont disponibles sur le site de l'URML RA .**

◆ 2 - Travail d'auto-évaluation :

chaque ME réalise un audit de 20 dossiers sur le référentiel " dossier médical " et de 20 dossiers sur le référentiel de " pratique clinique " choisi par le groupe. La durée de cette phase peut varier pour chaque audit de 1 h à 3 h suivant l'organisation des dossiers.

Demande d'engagement dans l'EPP

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____

Tél : _____

Email : _____

Je souhaite évaluer ma pratique professionnelle dans un cadre :

☐ **Collectif** : groupe déjà constitué (environ 7 à 10 médecins de même spécialité), nom du coordinateur du groupe : _____

☐ **Individuel** : veuillez m'adresser tout document utile et mettre à ma disposition un confrère habilité pour m'aider dans ma démarche.

Remarque : le coût d'une enquête affilée à l'adresse suivante : URML RA - 20 rue Barriat - 69006 Lyon

◆ 3 - Réunion de synthèse :

les MH restituent une synthèse des résultats obtenus par le groupe au cours d'une seconde réunion. Leur rôle est de suggérer des pistes d'amélioration au groupe, selon les scores de chaque item. **La procédure reste anonyme et les MH sont les seuls détenteurs des résultats.**

Les EPP individuelles :

le ME réalise la même auto-évaluation que celle citée ci-dessus. Il adresse les résultats au MH. Ceux-ci lui sont restitués lors d'une demi-journée de visite du MH à son cabinet pendant laquelle un sondage sur 30 dossiers

est effectué. Compte tenu du caractère plus lourd et onéreux de cette procédure, un nombre limité d'EPP individuelles est réalisé.

En fin de cycle, une attestation d'EPP est envoyée à chaque ME et au Conseil de l'Ordre, pour signifier l'accomplissement de la démarche.

Il est difficile à la fin de cette phase expérimentale de chiffrer précisément le coût de l'EPP. Les chiffres varient selon les Unions. Le coût de l'EPP collective, suivant la taille du groupe, est évalué entre 350 et 700 € par ME, le coût d'une EPP individuelle étant de l'ordre de 1000 €. Cette somme est actuellement à la charge du budget de l'Union. En année pleine, lorsque 2200 médecins libéraux de Rhône-Alpes devront accomplir l'EPP, il faudra trouver d'autres sources de financement.

Des pistes pour l'avenir

" Aussi bien du côté des MH que des ME, nous n'avons eu, depuis le début des EPP volontaires, que de bons retours, positifs et encourageants, note le Dr Guy Chauplannaz, responsable de la commission EPP au sein de l'URML RA. Nous voyons s'amorcer un changement dans les mentalités par rapport au métier. Cela nous prouve que la voie d'une " démarche qualité continue ", soutenue par l'URML RA est ouverte, pour prolonger l'expérience réussie mais ponctuelle des EPP."

Si vous êtes intéressés par une évaluation, merci de renvoyer le bulletin-réponse joint à l'URML RA.

La permanence des soins en médecine libérale dans l'Isère

Perception des médecins généralistes et des élus locaux

Une étude du CAREPS - Docteur Jean-Pierre FERLEY - pour le compte de la FIPSEL - financée par l'URML RA.

En Isère, comme partout en France, la permanence des soins en médecine libérale rencontre de sérieux obstacles. Signe de malaise, la grève des gardes de 2001-2002 avait largement contribué à alerter les pouvoirs publics sur, notamment, la baisse des effectifs et le vieillissement de la population médicale, le refus des médecins de sacrifier leur vie privée aux exigences professionnelles.

Sur le plan local, il faut noter des obstacles spécifiques : **une partie importante de l'Isère est en zone de montagne peu peuplée, d'accès difficile, avec des flux saisonniers importants en période touristique hivernale.**

Malgré ce handicap, l'ensemble des acteurs libéraux et hospitaliers de la permanence des soins ont collaboré de manière satisfaisante dans le cadre de l'ADAMU 38, structure récemment remplacée par la FIPSEL. **L'Isère est ainsi l'un des rares départements où survive une régulation libérale au sein du CRRA** (centre de réception et régulation des appels) et l'on note qu'à Grenoble, à l'inverse de ce qui peut être observé les nuits de semaine dans d'autres villes, les médecins libéraux n'ont pas totalement abandonné la permanence des soins à des structures "spécialisées".

Face à la nécessité d'imaginer rapidement des solutions, la FIPSEL dresse

un état des lieux départemental, avec une enquête exhaustive auprès des 1180 généralistes isérois (54% d'entre eux ont répondu), doublée d'une étude auprès des responsables de secteurs de garde et de 118 élus locaux (Conseillers généraux, Maires et Présidents de Communautés de communes), à laquelle ont répondu 57% des personnes sollicitées.

Les résultats confirment l'urgence d'organisation de la permanence des soins en libéral.

L'implication des médecins est très hétérogène (en particulier entre la ville et la campagne), mais les perceptions divergent relativement peu. 35% des médecins (près de 45% en milieu rural), trouvent leur secteur de garde incohérent, 40% pensent qu'il conviendrait peut-être de le modifier (20% en sont convaincus). 90% des médecins pensent que le patient et non plus le médecin doit se déplacer durant la garde, sauf en cas de nécessité, bien entendu.

Nombreux sont ceux qui jugent envisageable une organisation différente de la permanence des soins avant et après minuit (avec un possible désengagement de la médecine libérale après minuit).

La réflexion engagée par la FIPSEL devrait donc déboucher rapidement sur des propositions adaptées à la réalité de chaque secteur sans

uniformisation départementale, avec une probable refonte de certains secteurs, notamment par le biais de réunifications et/ou d'une organisation différente de l'accueil des patients venant consulter durant la garde. Si la création de structures spécifiques est possible en milieu urbain (type maison médicale de garde), des consultations au cabinet du médecin de garde semblent plus adaptées au milieu rural. Une telle organisation de la permanence des soins est à "surveiller", en examinant par exemple les évaluations de structures de même type, pour ne pas succomber indûment à un effet de mode.

Le développement de la régulation libérale devrait impérativement être encouragé (y compris financièrement) quelle que soit l'organisation de la permanence des soins retenue. Enfin, la question du maintien d'une permanence des soins libérale après minuit doit être posée dans les secteurs où des solutions alternatives raisonnables existent.

Point positif : les élus locaux, conscients du problème, semblent prêts à aider les médecins généralistes à trouver des solutions satisfaisantes même si ce n'est pas forcément sous la forme d'un soutien financier direct. Les représentants du corps médical doivent donc poursuivre leur effort de sensibilisation dans cette direction et associer le plus possible les élus locaux à leur réflexion.

Mal de dos - prévention

Le Ministère des solidarités, de la santé et de la famille et l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ont réalisé, en partenariat avec l'Assurance Maladie, un outil d'intervention en éducation pour la santé pour les médecins généralistes **"Mal de dos - ouvrons le dialogue"**. Il a pour objectif de les aider dans leur relation avec leurs patients en incitant

ceux-ci à prendre soin de leur dos : environ 70 % à 80 % des Français sont un jour ou l'autre confrontés à la rachialgie, qui est la deuxième cause de consultation chez le médecin généraliste.

Les médecins généralistes recevront prochainement un bon de commande de l'outil complet (1 guide

pratique, 15 livrets-patients " Pour faire le point ", 1 réglette pour évaluer la douleur et 15 livrets " Prendre soin de son dos ") complémentaire de l'affiche jointe à ce Trait d'Union.

INPES :

42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex
www.inpes.sante.fr