

TRAIT d'UNION

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



Les Unions ont 10 ans !

Photo : Christel VIVANT

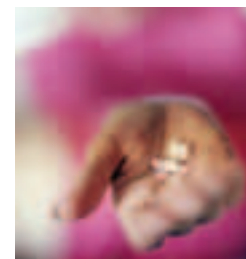
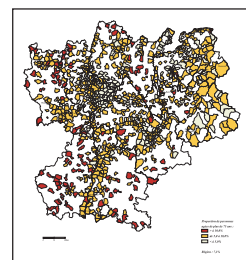
Entouré de nombreux présidents d'Unions et de M. ALEGOÛT(DRASS), Jacques CATON (Président de l'URML RA), Elisabeth ROUSSELOT (Champagne-Ardenne), Xavier BERTRAND (Secrétaire d'état à l'Assurance Maladie), Sauveur MERLENGHI (URML Corse), et Pierre MONOD (Président de la CNP), soufflent les 10 bougies du gâteau d'anniversaire des Unions.

anniversaire :

Les 26 URML de France ont fêté leur dixième anniversaire en présence de Philippe DOUSTE-BLAZY, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Xavier BERTRAND, Secrétaire d'Etat à l'Assurance Maladie et du nouveau Directeur de l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie), Frédéric VAN ROEKEGHEM. L'occasion de faire un bilan des actions menées dans toutes les régions de France et d'affirmer la place des médecins libéraux dans le système de santé français en pleine mutation.

au sommaire :

- Permanence des soins 2
- Premier bilan un an après les décrets
- Le dossier médical du patient 11
- Questions et état des lieux
- Géosanté 12
- Analyse à la carte
- Réforme législative 16
- de l'assurance maladie
- Des répercussions directes sur l'exercice médical
- Affections psychiatriques 18
- de longue durée
- Liste et critères



Première en France : Enquête sur la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer en ville par les généralistes

Dans notre pays, la maladie d'Alzheimer est la cause principale de dépendance lourde des personnes âgées. 769 000 personnes de plus de 75 ans sont démentes, dont 611 000 à cause de cette maladie qui génère 110 000 nouveaux cas par an.

La prise en charge de cette pathologie, particulièrement éprouvante pour l'entourage du malade, est devenue un problème de santé publique majeur. C'est le médecin généraliste qui porte la responsabilité du diagnostic et du suivi du malade, de l'accompagnement et du soutien à la famille pour laquelle il reste l'interlocuteur principal.

L'URML RA a donc demandé au Réseau médecins généralistes Sentinelles de l'INSERM (unité 444) piloté par le Pr Flahault, de réaliser une étude sur :

► L'état des lieux de la prise en charge hors institution du patient atteint de la maladie d'Alzheimer et de sa famille par le médecin généraliste dans la région Rhône-Alpes

► L'analyse des obstacles et des facteurs facilitant l'annonce du diagnostic par le médecin généraliste, intervenant dans la définition de la prise en charge du malade et de son aidant familial

► L'analyse des obstacles et facteurs facilitant la prise en charge des moyens thérapeutiques (en dehors du traitement médicamenteux déjà analysé en 2003)

► L'analyse des obstacles et facteurs facilitant la mise en place des dispositifs d'aide à domicile

► L'analyse des facteurs intervenant dans la coordination et le suivi de la prise en charge du malade et de sa famille

► La récolte de propositions des médecins généralistes pour optimiser cette prise en charge.

L'URML RA, commanditaire de cette enquête, remercie par avance les généralistes rhônalpins qui participeront à cette recherche inédite en terme de santé publique en remplissant le questionnaire qui leur sera adressé. Le protocole d'enquête épidémiologique, très complet, ouvrira des perspectives de prise en charge des malades et de soutien aux aidants. Les résultats de cette enquête seront diffusés et analysés lors du séminaire " Médecine générale et gériatologie ".

2 avril 2005 - Séminaire "Médecine générale et gériatologie"

La première demi-journée de ce séminaire organisé par l'URML RA sera consacrée aux politiques nationales de prise en charge des personnes âgées. Le débat, appuyé sur une étude spécifique, portera sur l'intégration des médecins libéraux dans les orientations données en gériatologie par les collectivités locales.

La seconde demi-journée exposera les travaux et expériences des Unions de France et d'autres structures européennes, en matière de gériatologie, en regard des travaux du chercheur canadien Howard Bergman sur la prise en charge des personnes âgées dépendantes par les collectivités et les familles.

La troisième partie du séminaire fera état des travaux conduits en Rhône-Alpes par l'Union et d'autres réseaux gériatologiques. Le versant social, plutôt que gériatrique, sera privilégié, pour une analyse des attentes d'aides de la part de la population.

DIX ANS DÉJÀ... LES UNIONS CONFORTÉES

Le 16 Octobre 2004, l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes a eu le plaisir de recevoir les 26 Unions françaises pour leur dixième anniversaire. Outre les 26 Unions, nous avons également eu l'honneur de recevoir la visite des deux Ministres de la Santé : Philippe DOUSTE-BLAZY, Ministre de la Santé et de la Protection Sociale et Xavier BERTRAND, Secrétaire d'Etat à l'Assurance Maladie. Le nouveau directeur de l'UNCAM Frédéric VAN ROEKEGHEM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) avait également fait le déplacement ainsi que tout ce qui compte dans le monde de la Santé.

Cette manifestation a conforté la place de Lyon comme une des capitales de la santé en France, mais surtout la place des Unions dans le dispositif de l'organisation des soins, les missions des Unions ayant été réaffirmées par les interventions des différents Ministres, notamment les missions d'Evaluation des Pratiques Professionnelles, d'Evaluation des Besoins Médicaux et la mise en place du Dossier Médical Personnel. L'Evaluation des Pratiques Professionnelles est déjà en marche depuis un an, nous sommes actuellement en train de recruter 50 nouveaux médecins habilités dans la Région Rhône-Alpes afin de satisfaire à l'obligation qui est faite désormais à tout médecin de satisfaire à son évaluation dans les 5 ans qui viennent. Par ailleurs cette Evaluation des Pratiques Professionnelles sera couplée avec la nouvelle certification des établissements (deuxième version d'accréditation des établissements de santé : V2) et la nécessité de gérer également les risques médicaux, l'URML doit rester au centre du dispositif d'Evaluation des Pratiques Professionnelles.

En ce qui concerne la mise en place du Dossier Médical Patient, l'URML travaille depuis l'installation des commissions du SROS III (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération) et dans le cadre de la commission télésanté à la mise en place d'un Dossier Médical Partagé au niveau de la Région Rhône-Alpes. Ce Dossier Médical Partagé a pour vocation de servir également de base au futur Dossier Médical Patient instauré par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie. Une convention est en voie de signature entre les représentants de l'URML RA, de l'ARH (l'Agence Régionale de l'Hospitalisation), de l'URCAM (l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) et de la Région Rhône-Alpes. Les représentants des URML ont parfaitement rempli leur rôle dans les missions qui leur ont été confiées, ce rôle étant d'anticiper les évolutions futures du système de santé et de protéger l'exercice libéral.

Enfin, comme vous le savez, l'Union Régionale des Médecins Libéraux a également œuvré pour l'évaluation des besoins au niveau de la Permanence des Soins tant en ce qui concerne l'organisation, la rémunération ou les conditions de réquisition.

Les Unions sont là pour vous aider et vous conseiller, ne l'oubliez pas.



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 ROUGIER

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

Les médecins libéraux et les gardes

**Que se passe-t-il sur le terrain,
un an après les décrets consacrant le volontariat
des gardes pour les médecins ?**

Revitalisation aléatoire

Les représentants de l'URML Rhône-Alpes au sein des 8 Comités d'organisation départementale de la permanence des soins (CODAMU PS) se sont réunis fin septembre pour faire le point régional et ont constaté que ce volontariat reste dans beaucoup d'endroits très théorique. En effet, les garde-fous introduits dans le décret sont interprétés de manière très rigoriste par certains Ordres départementaux et certains Préfets qui réquisitionnent à tout va dès qu'un tableau leur semble mal pourvu. Dans de nombreux endroits, les généralistes se sont re-motivés et ont revitalisé des secteurs entiers qui étaient tombés en déliquescence, dans l'attente de moyens spécifiques pour s'organiser.

Moyens disparates

La régulation téléphonique libérale est reconnue comme étant un acte médical à part entière qui doit être rémunéré sur une base minimale de 3 C de l'heure. Le Développement des maisons médicales de garde semble un phénomène plutôt urbain ou semi urbain. Dans le centre de Lyon 4 maisons médicales de garde ont attendu près de deux ans pour ouvrir début 2004. D'autres maisons médicales de garde ont été ouvertes avec le financement du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de ville : Ambérieu, Saint Etienne,

Villefranche sur Saône, Villeurbanne. Certaines fonctionnent sans aucune subvention comme à Chambéry. Cela ne résout pas les problèmes de certaines zones rurales où le vieillissement des médecins qui sont en général peu nombreux va de pair avec la disparition d'autres services.

Evaluation hétérogène

L'évaluation lancée par l'URCAM ne permet pas de se faire au mois d'octobre 2004 une idée réelle et complète de l'impact de ces maisons médicales de garde sur la fréquentation des urgences et sur l'apport qu'elles représentent pour les médecins et pour la population. Nous prôtons une nouvelle évaluation d'ici un an. A ce moment-là les structures existantes auront trouvé leur rythme de croisière.

Attention, une déviance est possible vers des centres de santé municipaux, qui perdraient leurs caractères libéraux. Une des conclusions que l'on peut cependant tirer des premières évaluations de ces maisons médicales est que près de 30 à 50% des consultants sont des enfants. Or, il existe dans plusieurs départements une garde pédiatrique organisée depuis plusieurs années, comme à Lyon. Sans insister sur les traditionnelles oppositions folkloriques entre pédiatrie et médecine générale, il peut être intéressant, tant vis-à-vis de l'organisation

du travail des médecins que du point de vue de l'assurance maladie, de mutualiser ces moyens, d'autant que l'âge moyen des enfants traités dans les deux structures semble différent. L'Union Régionale Rhône-Alpes a pris l'initiative de proposer une rencontre entre les pédiatres lyonnais et les médecins généralistes des maisons médicales de garde pour voir dans quelle mesure ils pouvaient coopérer sans s'opposer et mutualiser leurs moyens.

Structures parallèles

Dans d'autres départements, comme l'Isère, le besoin de création de maisons médicales se faisait jusqu'à maintenant moins sentir du fait de la bonne structuration de la régulation libérale, en collaboration étroite avec le centre 15 hospitalier. Mais la régulation, victime de son succès est actuellement vite engorgée. Les relations entre les gardes de médecine générale classiques et SOS médecin à Lyon, Grenoble, Saint Etienne sont variables. Les difficultés et les rivalités entre confrères que l'on avait connues il y a quelques années s'étaient peu à peu aplanies. Elles ont tendance à resurgir ces derniers mois, à l'occasion de la réforme : SOS médecins refuse d'être régulé comme les médecins généralistes de garde, mais souhaite continuer à bénéficier des remboursements des suppléments de nuit ou de dimanche et à bénéficier des astreintes sans

s'intégrer pleinement dans une organisation générale.

La baisse d'activité des visites à domicile, touche manifestement ces structures, qui n'ont pas de cabinets de consultation. C'est pourquoi SOS médecin envisage d'ouvrir un cabinet de nuit à Grenoble. Mais d'autres médecins libéraux ont déjà ouvert à Grenoble des cabinets qui ne fonctionnent que le soir et le week-end. Il est évident que la multiplication de ces structures non régulées est un appel à plus de consumérisme médical, que l'assurance-maladie voit d'un mauvais œil. Si ces cabinets se développent, est-il encore nécessaire de maintenir une garde avec des volontaires qui seront de

être rémunéré. Car il est évident que sans attrait financier il est extrêmement difficile de convaincre un jeune médecin de passer la plus grande partie de son dimanche à regarder la télévision alors qu'il a besoin de gagner sa vie.

Malheureusement les caisses d'assurance maladie dans une ambiance de fin de règne liée à la réforme récente, ont choisi de compliquer les choses en proposant un système d'astreinte rigide du point de vue horaire et dégressif selon le nombre d'actes effectués qui rend nul et non avenu l'intérêt de cette astreinte. C'est pourquoi, le Ministre de la santé a refusé d'agréer cet avenant dit " numéro 14 "

Mais la rigidité de certains Préfets dans l'interprétation des textes a rendu jusqu'à maintenant le fractionnement des périodes de garde de nuit impossible à obtenir sous peine de réquisition.

Il s'y ajoute le refus des caisses d'assurance maladie de mutualiser une partie des astreintes de plusieurs secteurs.

La nouvelle convention devra résoudre ce problème de façon satisfaisante, Il semble logique que la rémunération de cette astreinte soit calquée sur les rémunérations des régulations avec un forfait horaire, modulable en fonction du nombre d'heures nécessaires suivant les secteurs. Les besoins réels pourraient être appréciés en fonction du nombre des médecins disponibles, des établissements d'urgence dans le secteur concerné, et des taux de fréquentation constatés. Cela demande un suivi statistique, que jusqu'à maintenant les SAMU n'ont malheureusement pas eu les moyens de fournir de façon satisfaisante sur l'ensemble de nos départements, alors que les caisses d'assurance maladie peinent à sortir les statistiques dont elles disposent grâce aux cotations des majorations de nuit et de dimanche.

La Mutualité sociale agricole n'a pas été à même de sortir des chiffres, dans les zones les plus difficiles qui sont les zones rurales.

Analyse des conditions de réquisition

Dans certains cantons, les conditions de réquisition des médecins par les Préfets qui sont faites dans des conditions plus ou moins discutables se pose avec acuité. C'est pourquoi L'URML a décidé de faire pratiquer une étude par un cabinet juridique de haute notoriété au sujet " des conditions de réquisition des médecins en exercice libéral par l'autorité préfectorale, en particulier dans le cadre de la permanence des soins. "

L'union a également lancé ce mois-ci une enquête auprès des médecins et des élus locaux dans deux départements (Isère et Savoie) pour recueillir leurs points de vue sur les problèmes liés à l'organisation de la Permanence des soins dont les résultats seront transmis aux CODAMU-PS.



moins en moins motivés pour l'être ? Le débat reste ouvert.

Comment payer les astreintes ?

La rémunération des astreintes, en sus du paiement des actes médicaux (un des éléments forts des propositions du groupe de travail du sénateur Descours) se justifiait soit parce que le secteur de garde était très chargé en activité, et que cela permettait le lendemain de prendre un repos compensateur, ou bien à contrario dans des zones avec peu d'activité pour assurer une permanence des soins par un remplaçant qui pouvait

qui avait été avalisé par deux syndicats médicaux. Le problème n'est pas réglé pour autant à ce jour.

Horaires à revoir

En effet, si les horaires de permanence de nuit concernent la période de 20 heures à 8 heures le lendemain matin, il n'est pas certain qu'il existe partout un réel besoin de couvrir la totalité de cette période. Certains secteurs qui pourraient être regroupés une partie de la nuit, pourraient aller jusqu'à rediriger les patients vers des structures hospitalières après minuit, du fait du peu de consultants concernés.

10^{ème} anniversaire des Unions

Ce 16 octobre, vingt six Unions offraient, façon Pays de Cocagne, leurs meilleurs produits de terroir au Palais des Congrès de Lyon.

Aux nourritures terrestres s'ajoutaient bien sûr les substances intellectuelles, réflexions de chaque Union sur les besoins de la profession médicale et de sa clientèle.

" Partenaires et promoteurs "

A 9h30, le Ministre inaugurant l'événement, serrant les mains sur chaque stand, goûtant aux Calissons et au Jésus, n'était pas celui de l'agriculture mais bien Philippe Douste-Blazy, Ministre de la Santé et de la Protection sociale, accueilli par Pierre Monod (Président de la CNP) et Jacques Caton, Président de l'URML RA. " Je ne suis pas venu de manière obligée (...) mais parce que je pense profondément que vous allez être des acteurs majeurs de ce que nous allons construire " a indiqué d'emblée le Ministre aux 270 invités de la " fête de famille ". Reconduisant tacitement les missions des URML, le Ministre a fait écho à leur demande d'accession

population, tout en comptant sur elles pour réguler le système, et sur les médecins pour se responsabiliser.

Thèmes porteurs

Après une présentation des origines des Unions par Claude Maffioli (Ancien Président de la CSMF et Membre du Conseil économique et social) et Patrick Brezac (Président d'honneur des Unions), une table ronde rendait compte des visions extérieures sur les Unions Régionales, avec les partenaires de l'ARH, de l'URCAM et de la Mutualité Française. Une large partie de l'après-midi a été consacrée à l'intervention de Xavier Bertrand, Secrétaire d'Etat à l'assurance maladie, qui a réaffirmé le rôle

débats, qui portaient notamment sur l'EPP, les conditions de travail (Permanence des Soins, Démographie, Dossier médical partagé), les systèmes d'information, et sur l'avenir des Unions en présence de certains responsables syndicaux.

Quel avenir pour les Unions ?

La table ronde sur l'avenir des Unions Régionales a réuni les Présidents des principaux syndicats professionnels de médecins : Jean-Gabriel BRUN, Président de l'UCCSF, Michel CHASSANG, Président de la CSMF, Jean-Claude REGI Président de la FMF autour de Pierre MONOD, Président de la Conférence des Présidents des URML.



Le Ministre de la Santé et l'équipe de l'URML RA ...



Philippe DOUSTE-BLAZY et les représentants des Antilles ...



à la personnalité morale. Dans le contexte de la réforme de la sécurité sociale, il a également confirmé les Unions dans leur double mission d'EPP et d'analyse des besoins de la

des Unions au sein des futures agences régionales de santé (ARS). Jean-Michel Dubernard, Président de la Commission des affaires sociales à l'Assemblée Nationale a clôturé les

Dinorino CABRERA, Président du SML et Pierre COSTES, Président de MGFrance, avaient déclinés l'invitation à ce débat.



De gauche à Droite : Jean-Paul DONZEL, trésorier - Bernard ROUGIER, Secrétaire Général et Jacques CATON Président de l'URML RA, en compagnie du Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, Philippe DOUSTE-BLAZY.

Selon Jean Claude REGI (FMF) :

En 10 ans, les URML se sont inscrites dans le paysage institutionnel. La reconnaissance de la médecine libérale au travers des Unions régionales comme composantes incontournables du système de soins n'allait pas tarder à porter ses fruits.

Les SROS seraient-ils concevables sans une représentation institutionnelle et opérationnelle de la médecine libérale ? Aujourd'hui, les évaluations des pratiques professionnelles ne débutent-elles pas sous la responsabilité des professionnels eux-mêmes ?

Bref ! Les Unions sont venues combler un vide que les autres

Le partage de la connaissance des données issues du codage des actes et des pathologies entre les Caisses et les médecins libéraux doit devenir enfin opérationnel.

Les Unions sont confrontées à un choix : soit dériver vers une instance politique avec le risque de la mise en œuvre d'une politique partisane par une formation majoritaire, soit rester des vigies, des gardiennes de la médecine libérale, plus conformes à

les organisations syndicales représentatives.

Il serait contraire à l'esprit et à la vocation des Unions régionales qu'elles se regroupent implicitement dans une fédération telle une Conférence Nationale des Présidents, qui tendrait en quelque sorte à se substituer aux syndicats représentatifs.

Selon Michel CHASSANG (CSMF) :

Les Unions doivent être tout sauf un terrain de lutte syndicale et d'affrontement syndical. Le syndicalisme a des missions claires. Les unions professionnelles ont des missions, qui sont plutôt des missions d'expertise, au service de la profession.



Pierre MONOD (Président de la CNP)



institutions existantes n'avaient pas vocation à remplir. Assurément, la satisfaction n'est pas totalement de mise.

l'esprit de la loi. Dans le contexte de régionalisation de la santé, elles seront le relais de la politique de santé négociée au plan national entre les pouvoirs publics et

Trois missions essentielles sont contenues dans la loi : la mission de recueil des besoins, la mission d'évaluation des pratiques, la mission d'information et de formation.



La visite des stands de Philippe DOUSTE-BLAZY, en compagnie de Pierre MONOD (Président de la CNP) et Jacques CATON (Président de l'URML RA)

L'évaluation des pratiques professionnelles est un véritable défi. C'est 115 000 médecins libéraux très exactement qu'il faut avoir évalués dans les cinq ans. Un travail de titan qu'il faudra financer.

Ce n'est pas aux unions professionnelles, avec des ressources qui ne sont pas extensibles à l'infini, de financer ces évaluations des pratiques. Formation médicale initiale, formation médicale continue, évaluation des pratiques professionnelles : c'est la démarche qualité.

L'évaluation des besoins en permanence des soins peut être mise en place au niveau régional. On ne peut pas l'organiser sans que les unions professionnelles s'impliquent pleinement.

Le Dossier Médical Partagé concerne les Unions, mais ce n'est pas leur mission de prendre une décision politique en matière de dossier médical, partagé ou personnel. C'est du domaine de l'Etat avec les syndicats médicaux. Les Unions sont

Jean-Gabriel BRUN (UCCSF) :

Jean-Gabriel BRUN note le "gigantesque coup de chapeau envoyé par Xavier BERTRAND à la médecine libérale". La médecine libérale dont on reconnaît absolument la nécessité du paiement à l'acte est représentée à l'extrême par le médecin de famille, le médecin traitant qui n'a aucun équivalent à l'hôpital.

Concernant la planification régionale, les URML doivent prendre un rôle important par leur connaissance du



Le tour de France des spécialités...



Le point sur l'actualité à RTL...



Pierre MONOD, Xavier BERTRAND et Jacques CATON...

C'est de notre responsabilité de médecins.

L'évaluation des besoins médicaux : il faut en finir avec un ONDAM "pifométrique" pour que l'on puisse un jour construire de façon médicalisée un ONDAM régional basé sur l'évaluation des besoins médicaux.

L'évaluation des besoins démographiques est un sujet qui concerne pleinement les unions professionnelles, parce que c'est au niveau régional que l'on voit la démographie, ce n'est pas depuis Paris, pour régler les problèmes à Lyon, à Marseille, ou ailleurs.

sollicitées sur le plan de l'expertise et de la mise en œuvre pratique.

Quant à la planification régionale, il faut que les médecins libéraux soient représentés dans les SROSS de façon plus importante qu'ils ne le sont aujourd'hui.

M. Chassang n'est pas favorable à la contractualisation avec les URCAM ou d'autres structures. " Cela ne veut pas dire que, dans le cadre des missions des agences régionales, les Unions n'aient pas leur rôle à jouer et qu'elles ne puissent pas travailler en relation avec les ARH et les URCAM. Mais, c'est un autre problème. "

tissu local et des situations qui se créent aussi bien à l'hôpital public que dans les cliniques privées.

Dans la réorganisation du tissu hospitalier, qui ne doit pas se faire exclusivement au profit de l'hôpital public, les situations doivent être investies par les acteurs locaux.

La médecine libérale a son droit de cité en médecine de famille, mais il faut absolument que les Unions puissent faire une expertise sur les plateaux techniques, puisque maintenant l'imagerie va être dépendante des plateaux d'hospitalisation.



“ Je plaiderais assez pour que les Unions s'investissent dans cette mission d'expertise aux côtés du Conseil National de la Chirurgie. ”

Selon Pierre MONOD, Président de la Conférence des Présidents des URML

Le caractère des URML est essentiellement régional. Tous les syndicats ont à passer des commandes aux Unions en disant : “ on a un problème, est-ce que vous êtes en mesure de nous

travailler et qui vont être efficaces, tout en ayant bien entendu une origine et une sensibilité syndicale. Quand on parle de contractualisation, nous n'avons pas à contracter avec l'URCAM pour tout ce qui touche la vie professionnelle du médecin. Effectivement, c'est de l'ordre des syndicats. Par contre, je crois à notre place en tant qu'experts représentants de la profession, sur un tas de sujets techniques.

En 2006, il y a des élections qui vont

Jean-Claude REGI :

J'ai préféré venir ici dire ce que je pensais d'une manière démocratique, clairement, sans agressivité, plutôt que de faire des non-dits parce que la campagne des élections a commencé.

Je suis convaincu qu'on peut arriver à travailler parce que je suis dans une Union où je travaille et où l'Union travaille.

On n'a pas à faire la démonstration de cela. Mon désir aurait été que



Un petit coup de crayon de Philippe DOUSTE-BLAZY sur le stand de l'URML Bretagne....



Un accueil chaleureux de P. DOUSTE-BLAZY



et de Xavier BERTRAND sur le stand de l'URML RA...

donner un avis, de nous faire une expertise là-dessus ? ”

“ Certains syndicats nous diabolisent parce qu'il y aurait une hégémonie de la CSMF. Il se trouve que les Présidents d'Unions sont démocratiquement élus et qu'il y a une majorité, c'est comme cela.

Qu'il y ait une vie politique syndicale, au sein des Assemblées, c'est normal. Du fait que l'importance des élections aux Unions, c'est, pour les syndicats, leur représentativité. Pour nous, les Unions, cela devient de plus en plus d'avoir des gens qui vont

permettre d'établir la représentativité des syndicats, elles sont donc fondamentales. Je souhaite que, jusqu'à la fin 2005, on puisse travailler dans la sérénité, dans ce qui fait notre unité dans les Unions, malgré tout ce qu'on dit. ”

Qu'est-ce qui unit les syndicaux médicaux au travers des unions professionnelles ?

Jean Gabriel BRUN :

Je pense qu'il y a des choses qui nous unissent. En particulier le colloque singulier entre le médecin et son patient qu'il nous faut maintenir.

tout le monde soit autour de la table parce que l'Union est un lieu où on doit faire progresser la défense de la médecine libérale.

Michel CHASSANG :

N'abandonnez pas vos syndicats, ils ont besoin de vous. Ce sont vos syndicats qui ont permis d'accéder aux unions professionnelles et vous montrez, par votre travail, que vous êtes tout à fait dignes de notre respect. Je repars conforté sur le fait que nous partageons l'essentiel des préoccupations. C'est-à-dire que nous avons pour ambition d'améliorer l'exercice libéral de la médecine.



Docteur Jean DERRIEN
Président du Collège des médecins spécialistes
contact :
jean.derrien@urmlra.org

Gestion sanitaire d'une catastrophe : La place du médecin libéral

En collaboration avec la zone de défense sud-est, le Conseil de l'Ordre, le SAMU 69 et les Hospices Civils de Lyon, l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes a organisé le 23 septembre dernier une réunion d'information coordonnée par Jean Derrien sur la place des médecins libéraux dans la gestion médicale d'une catastrophe.

Les intervenants en alerte

Le Docteur Vincent MARSALA, Médecin Inspecteur Régional de Rhône-Alpes de la DRASS, a précisé l'implication de sa structure dans une telle démarche. L'existence des menaces terroristes et de risques technologiques comme l'ont récemment démontré les attentats de Madrid et l'accident de l'usine AZF de Toulouse, imposent la mise en place de plans d'actions coordonnés, évoqués par le Docteur Jean-Pierre VINCENT, Coordonnateur Zonal de la Zone de Défense sud-est.

Le Docteur Laurent MATHON du SAMU 69 a souligné que l'inadéquation temporaire entre les besoins médicaux et les moyens disponibles peut engendrer une catastrophe sur le plan médical.

Réactions orchestrées

Il existe donc différents schémas de prise en charge (plan blanc, plan rouge, piratox, piratome et biotox) qui s'adaptent à la spécificité de chaque menace, nucléaire, chimique ou biologique. Ces schémas doivent être connus des intervenants potentiels pour être efficaces.

Le Docteur Boris CHATIN, Président

de la Commission Santé Publique du Conseil National de l'Ordre des Médecins, a mis en avant l'ampleur des conséquences de ces agressions éventuelles et leur ubiquité possible. Qu'elles aient lieu en centre ville comme à Madrid ou New York, dans le métro comme à Tokyo, elles imposent à chaque acteur un rôle défini. Dans chaque dispositif, le médecin libéral joue un rôle indispensable.

Le rôle des libéraux

Il est par exemple évident qu'en cas d'attaque biologique par une maladie comme la variole, les premiers cas de cette maladie seront vraisemblablement diagnostiqués par les médecins libéraux au cours de leurs consultations. C'est alors à eux qu'il conviendra de mettre en place l'alerte auprès des organismes concernés. Encore faut-il avoir en mémoire, comme l'a rappelé au cours de son exposé le Professeur PEYRAMOND du CHU de Lyon, les éléments sémiologiques amenant au diagnostic parfois plus difficile dans certains cas.

Apprendre à limiter les dégâts

Les risques liés aux agents chimiques (dénomination actuelle des

anciens gaz de combat), doivent également être connus afin d'éviter d'aggraver les pertes humaines.

En effet, porter secours à un intoxiqué part d'un sentiment humain et civique. Or l'intoxiqué par un agent chimique pouvant être lui-même contaminant, une réaction en chaîne au niveau du personnel soignant peut être ainsi déclenchée avec les conséquences catastrophiques que l'on imagine. Ces exemples illustrent la nécessité d'une formation adaptée aux médecins libéraux dans ce domaine.

Formez-vous !

La région Rhône-Alpes est un site pilote pour la France dans cette campagne d'information. C'est la raison pour laquelle l'Union Régionale des Médecins Libéraux, en collaboration avec les institutionnels concernés, met en place un module de formation. Celui-ci comportera 4 soirées et sera décliné dans 3 villes de la région Rhône-Alpes à partir du premier trimestre 2005.

Renseignements :

URML RA 20, rue Barrier – Lyon 6^{ème}
Tél : 04 72 74 02 75

L'informatique et les systèmes d'information



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

La loi sur la réforme de la sécurité sociale votée cet été prévoit la tenue d'un dossier médical patient sur un support informatisé, consultable via Internet par le patient lui-même. Le mode de sécurisation du système n'est cependant pas encore précisément déterminé...

1- Un contexte national en mutation

La loi sur la réforme de la sécurité sociale votée cet été prévoit la tenue d'un dossier médical patient sur un support informatisé, consultable via Internet par le patient lui-même. Les données médicales seront stockées par des hébergeurs - sociétés de service qui gèrent des ordinateurs en réseau sur le web - agréés par le Ministère. Par ce biais, le dossier médical pourrait être alimenté et consulté par les médecins expressément autorisés par le patient. Le mode de sécurisation du système n'est cependant pas encore précisément déterminé, mais il s'agira vraisemblablement d'une solution hybride, entre le système " log in/mot de passe " et celui des cartes Sésame Vitale et de la carte professionnelle de santé qui identifie le lecteur.

La finalité de ce dossier médical patient est d'éviter des redondances entre les intervenants, préjudiciables à la santé du patient lui-même et à l'équilibre financier de l'assurance maladie.

Le patient pourra à tout instant retirer l'autorisation des médecins de son choix.

Le citoyen est donc en théorie entièrement propriétaire de ses données médicales et de leur usage.

Toutefois, pour bénéficier des prestations de l'assurance maladie et des complémentaires, il lui faudra autoriser le médecin consulté à prendre connaissance de son dossier, sans quoi il perdra tout droit à remboursement.

Sur le plan éthique, il existe un risque non négligeable de déviance de la part des assureurs, que la réglementation devra savoir prévenir.

Sur le plan technique, le Ministère, après avoir convoqué un colloque courant octobre sous la houlette de l'ANAES, semble opter a priori pour **une solution de départ minimaliste de type "boîte à chaussures"**, avec empilement chronologique des données.

Cette méthode s'apparente à celle des banques : le client peut consulter ses mouvements bancaires sur le web et chacune de ses opérations apparaît sur une liste chronologique.

Il s'agit donc d'une informatisation des données simplissime, déjà éprouvée. Pour le professionnel, le problème est déjà plus compliqué parce qu'il utilise en local sur son ordinateur personnel un logiciel " métier " qui n'a pas été conçu pour communiquer via Internet.

Les éditeurs de logiciels vont donc devoir proposer des passerelles pour alimenter ces dossiers – ce qui, n'en doutons pas, ne sera pas gratuit pour le médecin, ou bien le médecin devra effectuer une double saisie, ce qui engendrera pour lui une perte de temps supplémentaire.

2 – Le projet régional : divergences et convergences

Autour du DPPR (dossier patient partagé réparti), **une synergie s'est développée ces deux dernières années entre différents acteurs régionaux :**

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation et les services informatiques des principaux hôpitaux de la région, vont déployer le système intra hospitalier " Crystal-Net ".

Du côté de la médecine libérale, l'URML RA a cherché à promouvoir un système permettant aux médecins de communiquer entre eux en gardant le logiciel médical qu'ils utilisaient déjà. Ce projet a débouché d'abord sur un module de structuration des données entre ces différents logiciels, " Episodus ", dont les premiers essais encourageants ont commencé à travers une étude sur la prise en charge de l'obésité dans les cabinets médicaux.

Pour permettre aux systèmes hospitaliers et aux médecins libéraux de communiquer,

Le groupe " Télémédecine " du SROSS III a décidé de promouvoir l'interface indispensable qui est basée sur trois outils dont deux sont développés par le centre de ressources en informatique hospitalière de Grenoble :

► le STIC (serveur télématique d'identité communautaire) dont la vocation essentielle est d'attribuer un identifiant à chaque individu, évitant les homonymies et les erreurs de saisie concernant l'identité du patient

► le PEPS (plateforme d'échange entre professionnels de santé)

Le "serveur de lignes de vie Odyssee" dont nous avons déjà exposé les grandes lignes dans un précédent article, sera le troisième élément, qui viendra compléter cet ensemble pour

... suite de l'article en page 19.



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

Géographie de la médecine où et quand s'installer en Rhône-Alpes ?

L'accès aux soins pour tous, rapide et facile, risque de s'amoin- drir dans notre pays, à court ou moyen terme si l'organisation du système de santé ne tient pas compte des disparités territoriales en terme d'encadrement médical, de l'opposition entre les régions du Nord et du Sud de la France, de l'opposition entre la ville et la campagne...

A ces obstacles recensés depuis des décennies, s'ajoute depuis les années 2000 le vieillissement du personnel de santé, dans de très nombreuses régions sur- encadrées ou sous-encadrées. Les années 2008-2010 s'annoncent détermi- nantes pour la démographie médicale tant les départs seront nombreux : la France risque de manquer cruellement de médecins, en particulier à la cam- pagne et à la périphérie des villes.

Analyse à la carte

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'initiative d'analyser la démogra- phie 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 démogra- phique (hypothèse d'un départ à la retraite à 65 ans) sera-t-il majeur ?
- ◆ Comment le risque démogra- phique va-t-il se manifester ? A quel point ?

Méthode et outils

◆ L'échelle analysée est le territoire desservi par un cabinet médical (Inventaire communal, INSEE).

◆ L'étude porte sur 6 160 méde- cins généralistes en exercice dans la région. Cet effectif correspond au croisement des fichiers issus de la CNAM, du CNOM et de la DRASS.

- ◆ Les principes du S.D.M. :
 - (1) Identification géographique des flux entre les médecins généralistes et les populations (Inventaire commu- nal).
 - (2) La cartographie des bassins d'acti- vité des médecins généralistes.
 - (3) L'identification géographique des priorités géo-sanitaires (bassin dont d'activité dont le généraliste est âgé de 50 ans et plus, et exerce seul.)
 - (4) L'identification des bassins d'acti- vité présentant un risque démogra- phique :

◆ Niveau 0 : bassin d'activité ne présentant aucun des critères retenus pour les niveaux 1, 2 et 3.

◆ Niveau 1 : 100% des généra- listes sont âgés de 50 ans et plus.

◆ Niveau 2 : 100% des généra- listes sont âgés de 48 ou 49 ans.

◆ Niveau 3 : 50% des généralistes sont âgés de 50 ans et plus.

(5) La réalisation d'une fiche détaillée pour chaque bassin comprenant des précisions sur l'environnement socio- sanitaire, les populations...

(6) Les recommandations portent sur chaque bassin présentant un risque démographique.

Les bassins d'activité

◆ La région compte 1 011 bassins d'activité, couvrant 99, 8% de la population régionale.

Chaque bassin compte en moyenne :

- ◆ 6 médecins généralistes
- ◆ 3 communes
- ◆ 5 577 habitants
- ◆ soit 930 habitants pour un médecin généraliste

La distribution des bassins d'activité en fonction de leur taille montre une nette sur-représentation des bassins à structure mono-communale. Près d'un bassin d'activité sur deux est formé d'une seule commune. Cette forme d'organisation répandue concerne 40, 6% de la population et 40, 1 % des médecins généralistes. Elle est à l'origine des bassins d'activité " auto-alimentés " où la plupart des habitants consultent le ou les médecins généralistes installés dans leur commune de résidence.

Les priorités géo-sanitaires

L'identification des bassins d'acti- vité sensibles repose sur l'approche croisée de 2 variables : (1) l'âge du

générale :

praticien (50 ans et plus), (2) l'activité isolée sur le bassin d'activité. 180 bassins d'activité sensibles ont été identifiés, soit 17, 8 % des bassins d'activité (4, 9 % de la population; 2, 9 % des généralistes).

Tous les départements sont touchés, certains plus que d'autres. L'agencement des bassins témoigne d'une forte dispersion sur le territoire, peu d'espaces sont épargnés. Paradoxalement, ces bassins sont aussi soumis à la concentration, ce qui va accentuer les répercussions des cessations d'activité. Le Rhône (48, 1 %) et la Haute-Savoie (48, 7 %) sont les départements les moins touchés. Au contraire, l'Ardèche (60, 2 %), la Savoie (64, 3 %) et la Drôme (66, 3 %) sont les plus marqués.

Zones sensibles

Les bassins à risque démographique concernent 40, 7% de la population mais 63,3% en Ardèche et 69,7% dans la Drôme.

67,2% des bassins dont plus de 10% de la population est âgée de plus de 75 ans enregistrent un risque compris entre 1 et 3.

Les bassins à risque démographique concernent 36,8% des généralistes en exercice, 61,9% en Ardèche, 68,2% dans la Drôme.

Vision à moyen terme

Dans un premier temps, le S.D.M. mesure le risque démographique à partir de trois niveaux définis en fonction de critères relatifs à l'âge des praticiens (561 bassins).

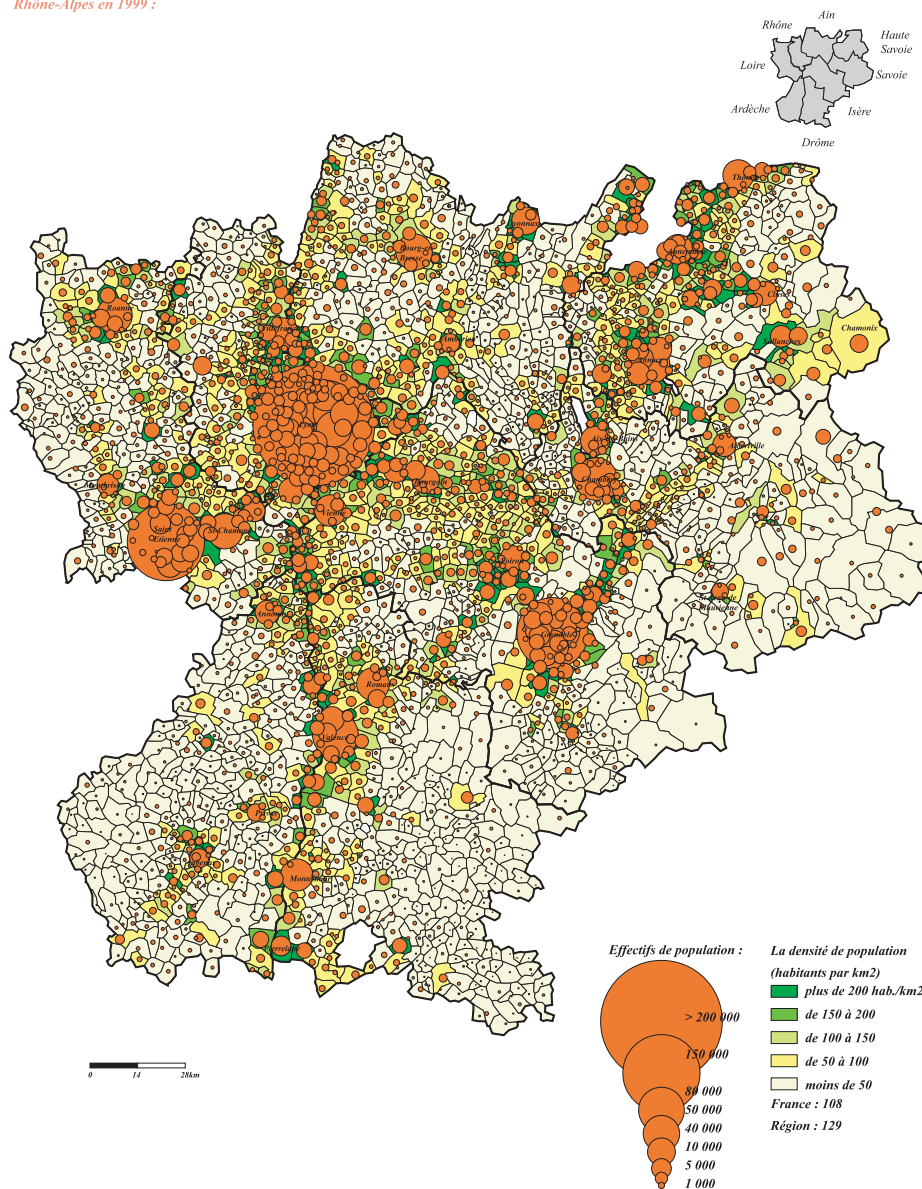
Dans un second temps, une observation attentive de chaque bassin à risque permet d'émettre des recommandations sur 375 bassins. Deux cas de figure se présentent :

◆ (1) Le bassin d'activité est confronté à une disparition théorique du cabinet médical (213 bassins) : le nombre

1

La répartition de la population de la région Rhône-Alpes en 1999 :

SCHEMA DE DEMOGRAPHIE MEDICALE EN RHONE-ALPES



Source : INSEE - RGP, 1999

URML Rhône-Alpes
GEOSANTE - GEOS

L'exemple de Charbonnières-les-Bains

Département : Rhône (69)		Niveau n° 3
Bassin 69 044 : Charbonnières-les-Bains		Rang 4
Médecin généraliste 1	Année de naissance : âge en 2004 : Sexe : Année de thèse : Lieu de thèse :	1952 52 ans homme 1978 Lyon
Médecin généraliste 2	Année de naissance : âge en 2004 : Sexe : Année de thèse : Lieu de thèse :	1954 50 ans homme 1982 Lyon
Médecin généraliste 3	Année de naissance : âge en 2004 : Sexe : Année de thèse : Lieu de thèse :	1959 45 ans femme 1985 Lyon
Médecin généraliste 4	Année de naissance : âge en 2004 : Sexe : Année de thèse : Lieu de thèse :	1967 37 ans femme 1996 Lyon
Age moyen du bassin	46 ans	
Indice de vieillesse	1,0	
1^{er} départ en retraite	2 017 (soit dans 13 ans)	
Bassin 044 (1 commune)	69044 - Charbonnières-les-Bains	4 377 hab.
Démographie du bassin	Population (1990) : Population (1999) : Population (2008) : Taux de var. annuel : Variation absolue 90/99 : Naissance : Décès : Pop. moins de 19 ans : Pop. de 20 à 59 ans : Pop. de 60 à 74 ans : Pop. de plus de 75 ans : Indice de vieillissement :	4 033 hab. 4 377 hab. 4 750 hab. +8,5% +0,9% +433 -315 26,7% 51,9% 16,5% 5,0% 0,6
Environnement médical :	Etablissement de soins Ambulance Centre médico-social, Centre de soins Dentiste Infirmier Laboratoire Kinésithérapeute Pharmacie Soins à domicile (pers. âgées) Centre de soins de jour (, ,) Maison de retraite	non (à 12 km) non (à 12 km) non oui (3-4) oui (3-4) non (à 12 km) oui (1) oui (2) non non non
Environnement social :	Crèche Halte garderie Ecole maternelle Classe enfantine Bus de ramassage scolaire Cantine scolaire Garderie périscolaire Ecole primaire Collège public ou privé Bus de ramassage Lycée	non oui oui non non oui oui oui non (à 12 km) oui oui
Profil social :	Agriculteurs, exploitants Artisans, commerçants Ouvriers Employés Professions intermédiaires Cadres supérieurs Chômeurs Retraités Autres inactifs	0,0% 5,6% 3,1% 10,3% 13,1% 18,0% 4,1% 20,2% 25,8%
Scénario :	Desserte médicale en 2003 Desserte médicale en 2008 Desserte après 1 ^{er} départ en 2017	1 094 h. p. 1 gén 1 188 h. p. 1 gén 1 719 h. p. 1 gén
Pôle urbain le plus fréquenté	Lyon (445 452 hab.)	à 12 km (15 mn)

d'habitants du bassin à la cessation détermine les recommandations de réorganisation du site, si la population est inférieure à 1 000 habitants.

Ces recommandations préconisent une installation si la population est suffisante pour la continuité du site.

◆ (2) Le bassin d'activité est confronté à une diminution théorique de ses effectifs : le départ d'un médecin peut ne pas entraîner de répercussions majeures sur l'encadrement médical (la desserte), ce bassin n'est pas retenu (186 bassins).

Ce départ a des répercussions, il est retenu et l'on préconise une installation (162 bassins).

11

La proportion de personnes âgées de plus de 75 ans par bassins d'activité* en 1999 :

SCHEMA DE DEMOGRAPHIE MEDICALE EN RHONE-ALPES



Conclusion

Le S.D.M. a identifié 1011 bassins d'activité en Rhône-Alpes, parmi lesquels 561 présentent un risque démographique de niveaux 1 à 3.

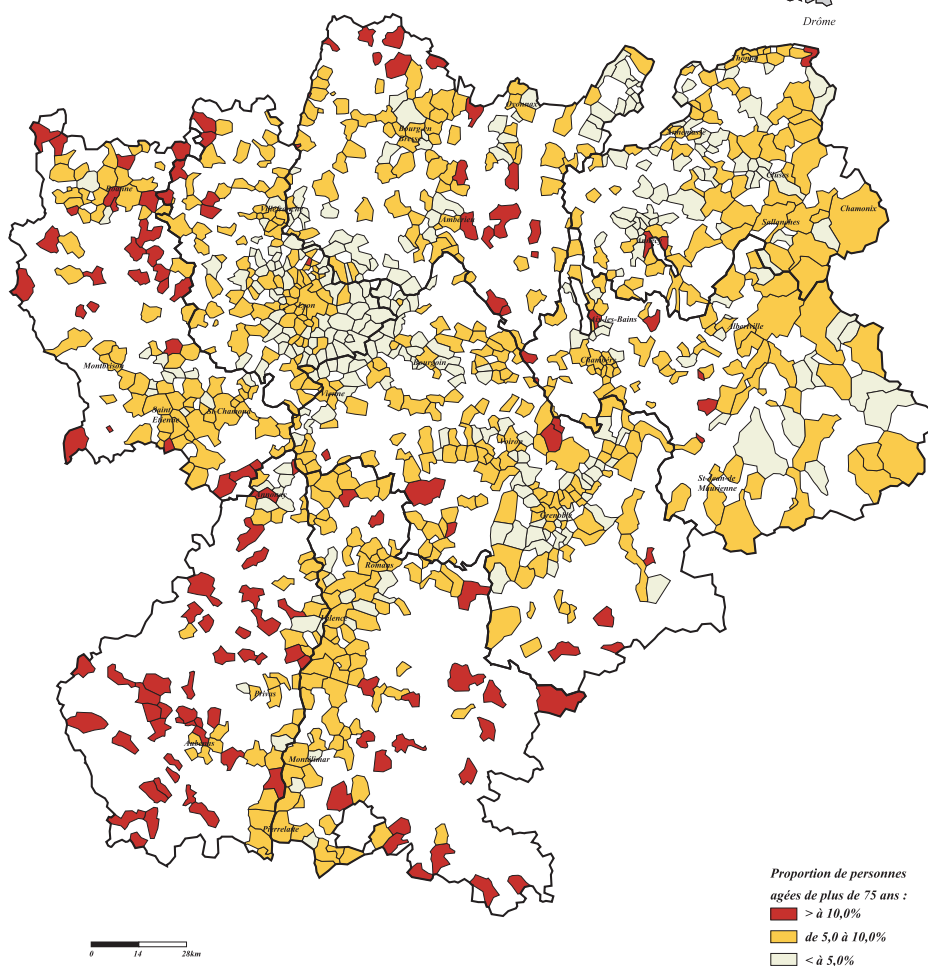
375 bassins d'activité font l'objet de recommandations urgentes.

Le maintien d'activité d'un cabinet médical sur le mode traditionnel, dans 41 bassins semble difficile, compte tenu de critères démographiques défavorables.

334 bassins d'activité nécessitent l'installation de praticiens dans les années à venir pour maintenir les conditions actuelles d'accessibilité, sachant que pour 172 bassins d'activité, la non-installation est synonyme d'une cessation définitive de l'activité médicale.

Comme le montre cette étude, de nouveaux modes d'organisation de l'offre de soins s'imposent dans les bassins où le cabinet médical pourrait disparaître au départ de médecin, mais aussi dans les secteurs où la dégradation des conditions d'exercice décourage de nouvelles installations.

Ce travail complète les réflexions que l'URML conduit avec les médecins en exercice, les étudiants et les institutions sur les mutations importantes que connaît la médecine générale, et qui seront le thème central de notre congrès de fin d'année 2005.



Proportion de personnes âgées de plus de 75 ans :
 > à 10,0%
 de 5,0 à 10,0%
 < à 5,0%

Région : 7,1%

(*) Seule la commune à l'initiative du bassin apparaît.

Source : INSEE - RGP, 1999

URML Rhône-Alpes
 GEOSANTE - GEOS



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

Réforme législative de l'assurance maladie

Cette réforme correspond à 150 pages de texte de loi, qui seront suivies d'une centaine de décrets ou arrêtés et d'une nouvelle convention pour tous les médecins d'ici la fin de l'année.

La Responsabilité de gestion est transférée au Directeur de la nouvelle Union des Caisses d'assurance maladie (UNCAM). Les syndicats médicaux conservent le pouvoir de négociation de la convention nationale qui pourra comporter des volets spécifiques à certaines disciplines et des accords régionaux. Les discussions se feront directement entre les syndicats médicaux et le Directeur de l'UNCAM. Un droit de veto est donné aux syndicats majoritaires aux élections des Unions régionales de médecins. Il n'y aura plus la possibilité pour un ou deux syndicats minoritaires de signer une convention qui engagerait l'ensemble du corps médical. La mise en application régionale se fera avec la participation des Unions Régionales des Médecins Libéraux, face à l'URCAM et l'ARH. Des Unions Régionales des Professions Paramédicales et une Union Nationale des Professions de Santé sont créées, leurs contours restent à définir.

Les répercussions directes sur notre exercice médical

1 Un dossier médical informatique devrait voir le jour en 2007

Les patients seront dans l'obligation d'autoriser les médecins à consulter ce dossier sous peine de perdre leurs droits de remboursement. La tenue de ce dossier entraînera pour les médecins des charges de secrétariat et des investissements : les pouvoirs publics se souviendront-ils des difficultés de la mise en place de Sésame Vitale ?

2 La notion de " médecin traitant "

Obligatoirement désigné par chaque patient elle est inscrite dans la loi pour faciliter la coordination des soins. Ce médecin sera chargé de coordonner les différentes consultations ou les exécutions des prescriptions médicales. Si le patient consulte un autre médecin sans passer par son médecin traitant, le premier pourra pratiquer des dépassements d'honoraires comme dans l'actuel secteur II. Le " médecin traitant " est une avancée par rapport à l'ancienne et maladroite formule du médecin " référent ", boudé à la fois par les généralistes et les patients : moins de contrainte administrative pour le médecin vis-à-vis de l'assurance

maladie ; pas d'obligation de tiers payant, pas de perte de libre choix pour le patient, mais un retour d'information obligatoire envers le médecin traitant.

Une rémunération pour cette charge de travail particulière sera définie par la convention. Elle se substituera à la fois aux sommes versées aux anciens médecins référents, et à celles versées dans le cadre des ALD.

3 L'évaluation des pratiques professionnelles devient "obligatoire"

Cette EPP représente un investissement en temps, qui se substituera au temps de consultation ou s'y rajoutera. Il est donc indispensable que les médecins évalués bénéficient d'avantages tarifaires optionnels ou promotionnels pour compenser leur effort de formation. La mise en place se fera par les Unions Régionales des Médecins en liaison avec la haute autorité de santé. Les médecins hospitaliers et les médecins conseils devront également se plier à l'EPP.

Notre profession a compris qu'une transparence de sa pratique est indispensable pour garder la confiance de ses malades. La majorité des médecins n'est pas hostile à une évaluation obli-

gatoire si les moyens lui en sont donnés. Mais ces moyens devront être considérablement développés pour passer du "sur mesure artisanal" au "prêt-à-porter industriel".

4 La classification commune des actes médicaux (CCAM) remplace la nomenclature

La CCAM technique, pour les investigations ou les interventions chirurgicales faisant appel à un plateau technique, concernera plus particulièrement certaines disciplines spécialisées et devrait voir le jour à partir du 1er janvier 2005.

La CCAM " clinique " concernera des disciplines ayant une pratique plutôt clinique comme les généralistes, les pédiatres, les psychiatres, etc. Elle devrait aboutir à une hiérarchisation des actes de consultation à plusieurs niveaux (3 au maximum) selon leur longueur, leur complexité et les responsabilités à prendre. Il s'y ajoutera des modulateurs selon des critères géographiques ou des contraintes particulières (urgence, permanence des soins). L'Union Régionale Rhône-Alpes se penche déjà sur le problème du dossier médical, de la permanence des soins et a lancé depuis un an l'évaluation des pratiques professionnelles.

Accord signé avec le Ministère et les centrales syndicales

Un accord valorisant la chirurgie signé avec le Ministère et les centrales syndicales, accord ayant également un retentissement sur les autres spécialités.



Docteur Jacques CATON

Président de l'URML RA

contact : jacques.caton@urmlra.org

"La crise démographique frappe de plein fouet la chirurgie française et le numerus clausus imposé par l'assurance maladie et les ministères successifs n'a fait qu'aggraver la situation, nous l'avons déjà démontré dans les différentes études faites à l'Union. La dégradation des conditions d'exercice des chirurgiens (judiciarisation, hausse des primes d'assurance en RCP, blocage des honoraires..) ont largement détourné les jeunes de cette belle profession.

Pour remédier à une catastrophe sanitaire annoncée, les chirurgiens français avaient prévu un départ symbolique en Angleterre fin août afin de signifier au gouvernement ce que pourrait être une France sans chirurgiens. Heureusement, des accords ont été signés les 23 et 24 août 2004 pour la chirurgie libérale et le jeudi 2

septembre 2004 pour la chirurgie hospitalière publique, avec le Ministre de la Santé et de la Protection Sociale Philippe DOUSTE-BLAZY.

Nous nous réjouissons de ces accords qui vont permettre :

1° le passage des anciens chefs de clinique et anciens assistants des hôpitaux qui le souhaitent en secteur 2 au plus tard au 30 juin 2005.

2° La rémunération de la permanence des soins qui ne devait pas être réservée aux seuls établissements sièges d'un UPATOU ou d'un SAU mais à tous les chirurgiens, anesthésistes et pédiatres réanimateurs de tous les établissements privés, à condition de passer " un contrat relais " avec les

établissements sièges de SAU ou d'UPATOU (astreinte à 150 € par nuit, dimanche et jour férié).

Cet accord a déjà eu un retentissement sur la PDS des médecins généralistes et servira de base à d'autres spécialités. Certaines ont d'ailleurs déjà bénéficié de cet accord.

3° Enfin, la revalorisation financière aboutira, très vraisemblablement à une valeur en équivalence du KCC intégré dans la CCAM entre 2,90 € à 3 €.

Certes, tous les problèmes ne sont pas résolus, en particulier démographiques, mais cet accord sur la chirurgie libérale redonne une lisibilité à la carrière des chirurgiens et permettra, nous l'espérons, de redonner aux nouvelles générations le goût de la chirurgie. "

Concrétisation des accords au Journal officiel :

Le 02/10/2004 : Arrêté modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

*Pour les actes thérapeutiques sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd, mentionnés par l'arrêté du 30 mars 1998, et effectués par les spécialités mentionnées ci-dessous, il est décidé une **majoration transitoire**, désignée par l'indicateur MTC, en sus de la cotation de ces actes. Le montant de cette majoration transitoire est égal à 12,5 % de la cotation de ces actes, soit 0,26 euro multiplié par le coefficient de cotation.*

Les spécialités concernées par la disposition ci-dessus sont les suivantes : chirurgie générale, digestive, orthopédie-traumatologie, chirurgie vasculaire, chirurgie cardio-thoracique et vasculaire, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie pédiatrique et chirurgie gynécologique, chirurgie cervico et maxillo-faciale. "

Les dispositions mentionnées à l'article 1^{er} ci-dessus entrent en vigueur au 1^{er} octobre 2004 et sont applicables jusqu'au 31 décembre 2004.

Adresse URL : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Le 30/11/2004 (Chapitre 7 - Annexe 10) - (NOR : SANS 424060 A) : Arrêté modifiant le règlement conventionnel minimal (RCM) des médecins spécialistes et instituant la rémunération des gardes et des astreintes praticiens des établissements privés.

Ce texte transpose plusieurs accords conclus cet été entre l'assurance-maladie et les syndicats médicaux. Il concerne la valorisation de la qualité des pratiques professionnelles dans le cadre des urgences, de la néonatalogie et de la réanimation. En annexe, sont présentés les contrats de bonne pratique relatifs à la fonction de coordination et de suivi péri-opératoire et postopératoire en chirurgie ; en anesthésie-réanimation ; sur la réalisation d'échographies obstétricales ; sur la prise en charge des urgences. Il prévoit notamment une rémunération forfaitaire et une prise en charge partielle de la prime d'assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP) de certaines spécialités.

Adresse URL : <http://www.legifrance.gouv.fr>

Affections psychiatriques de longue durée

Le Ministère de la santé et de la protection sociale édicte un décret (n° 2004-1049 du 4 octobre 2004) relatif à la liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse

Cette modification de la loi concerne les critères médicaux utilisés pour la définition des affections de longue durée, " maladie d'Alzheimer et autres démences " et " affections psychiatriques de longue durée " et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.

La démence est un syndrome dû à une affection cérébrale habituellement chronique et progressive. Il est caractérisé par une perturbation durable de nombreuses fonctions corticales supérieures, telles que la mémoire, l'idéation, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprendre, le langage et le jugement. Les perturbations cognitives s'accompagnent habituellement (et sont parfois précédées) d'une détérioration du contrôle émotionnel, du comportement social ou de la motivation. Elles ont un retentissement sur la vie quotidienne ou sur la vie professionnelle. Le syndrome survient dans la maladie d'Alzheimer, dans les maladies vasculaires cérébrales et dans d'autres affections, qui touchent le cerveau primitivement ou secondairement (par exemple : VIH, traumatisme crânien, maladie de Huntington, maladie de Pick, maladie de Creutzfeldt-Jakob, maladie de Parkinson, intoxications chroniques à des substances psychotropes, etc.).

Les éléments de diagnostic de ces diverses affections sont en cohérence avec les recommandations de l'ANAES.

Critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection de longue durée " affections psychiatriques de longue durée " et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré

Trois ordres de critères médicaux doivent être réunis pour ouvrir droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré : le diagnostic de l'affection, son ancienneté et ses conséquences fonctionnelles.

I Diagnostic établi selon la liste et les critères de la CIM 10 :

1. Les psychoses : schizophrénies, troubles schizo-affectifs et troubles délirants persistants

Seront exclus les troubles psychotiques aigus et transitoires (bouffées délirantes isolées).

2. Les troubles de l'humeur récurrents ou persistants

Troubles bipolaires (maladies mania-co-dépressives).

Troubles dépressifs récurrents (après trois épisodes au moins).

Troubles de l'humeur persistants et sévères.

Seront exclus : l'épisode dépressif isolé, la réaction dépressive brève, la réaction aiguë à un facteur de stress et la dysthymie légère.

3. Les déficiences intellectuelles et les troubles graves du développement durant l'enfance

Sous cette rubrique, figurent les déficiences intellectuelles primaires (retard mental, psychoses infantiles

déficitaires) comportant une réduction notable de l'efficacité et intriquées à des troubles psychiatriques et/ou à des troubles marqués de la personnalité ou du comportement. Les troubles du développement retenus débutent dans la première ou la deuxième enfance, et concernent des fonctions liées à la maturation biologique du SNC, avec une évolution continue sans rémission (autisme infantile, troubles graves des conduites et du fonctionnement social débutant dans l'enfance, troubles envahissants du développement,...).

4. Les troubles névrotiques sévères et les troubles graves de la personnalité et du comportement

Sous cette rubrique, il convient de faire entrer des perturbations qui, d'un point de vue nosographique, ont été individualisées sous des terminologies diverses :

- ▶ troubles anxieux graves ;
- ▶ états limites ;
- ▶ troubles profonds de la personnalité : paranoïaque, schizoïde, dyssociale... ;
- ▶ troubles du comportement alimentaire (anorexie mentale...) ;
- ▶ troubles addictifs graves ;
- ▶ troubles précoces de l'identité de genre ;
- ▶ dysharmonies évolutives graves de l'enfance, etc.

Il est essentiel, sur ce terrain, de ne pas étendre à l'excès le cadre des troubles mentaux justifiant l'exonération du ticket modérateur.



A titre d'exemple :

- ▶ parmi les manifestations de type hystérique, retenir seulement les phénomènes de conversion répétitifs et prolongés ou la méconnaissance étendue des éléments de réalité ;

- ▶ parmi les manifestations de type obsessionnel, retenir l'envahissement par des conduites compulsives et/ou par des rites contraignants, la présence de modes de pensée paralysants ;

- ▶ parmi les manifestations de type phobique, retenir l'extension des mesures d'évitement et des moyens contraphobiques, les phases prolongées de sidération ;

- ▶ parmi les manifestations anxieuses, retenir la souffrance du sujet, l'impossibilité de faire des projets, la restriction marquée des

intérêts, l'anticipation systématiquement péjorative de l'avenir.

II. - L'ancienneté de cette affection : elle ne doit pas être inférieure à un an au moment de la demande pour bénéficier de l'exonération.

Il appartient au médecin traitant de fournir des repères chronologiques sur l'histoire de cette affection.

III. - Conséquences fonctionnelles

(aspects cognitifs, affectifs, comportementaux...) qui doivent être majeures et en relation directe avec cette affection. Il s'agit de décrire le handicap créé par l'affection dans la vie quotidienne du patient puisque, en psychiatrie, la sévérité du diagnostic n'est pas toujours corrélée à la sévérité du handicap qui en découle.

... suite et fin de l'article de la page 11 "Le dossier médical du patient".

la médecine libérale : Les détails sont consultables sur le site :

www.celluleodysee.org

Pour permettre l'intégration de ces différents éléments, une convention est en cours d'élaboration entre l'ARH, l'URCAM, la Région et l'URML RA. Cette dernière est reconnue comme l'unique partenaire représentant la médecine de ville pour cet ambitieux projet.

Intéressé par cette collaboration entre la médecine hospitalière et la médecine libérale, le Conseil Régional Rhône-Alpes a décidé de s'associer au projet ainsi que l'a annoncé son responsable dans le domaine de la santé, Thierry Philip, lors du colloque européen sur le dossier patient électronique organisé en juin dernier à Lyon, grâce au partenariat Conseil Régional / ASTRH@ / URML RA.

Cette convention comportera une annexe financière qui précisera les apports des uns et des autres à la réalisation de ce projet, dont on peut espérer qu'il sera retenu par le Ministère pour faire partie des six sites expérimentaux préconisés par le conclave récent de l'ANAES.

ACOMED : l'Association des Conjointes de Médecins

Née en 1971, cette association apolitique et asyndicale a pour but de faire évoluer le statut de conjoint de médecin vers une reconnaissance sociale, fiscale et juridique.

l'ACOMED mène des actions d'information, de formation et suscite des réformes législatives. En 33 ans, elle a obtenu des droits spécifiques pour le conjoint du professionnel libéral :

- ◆ Déclaration de participation à envoyer au Conseil de l'Ordre
- ◆ Allocation de maternité
- ◆ Droit de se constituer une retraite personnelle auprès de la CARMF
- ◆ Possibilité d'avoir un travail rémunéré en dehors du cabinet médical (mi-temps)
- ◆ Possibilité de déduire les cotisations de prévoyance et de retraite complé-

mentaire dans le cadre de la " Loi Madelin ".

Permanence téléphonique :

le jeudi de 14h à 16h
Tél : 01 46 40 38 85
Fax : 03 85 48 58 94
e-mail : acomed@wanadoo.fr
site : www.acomed.free.fr

ACOMED - 120, avenue Charles de Gaulle 92 522 Neuilly sur Seine Cedex

Correspondantes régionales :

Madame Josette Horvilleur
10, rue de la Charité 69 002 Lyon
Tél : 04 78 4220 13
Fax : 04 78 92 98 73
e-mail : alain.horvilleur@wanadoo.fr

Madame Claude Collombel
1, chemin de la Creuzette
69270 Fontaine sur Saône
Tél : 04 72 27 1390
Fax : 04 74 27 13 90

Madame Catherine Lazard-Landry
31 Rue Balland 01100 Oyonnax
Tél : 04 74 73 97 80
Fax : 04 74 77 93 96

Présidente : Catherine Denion
13, rue de la Grâce de Dieu
14 610 Epron
Tél-Fax : 02 31 44 09 72

Congrès national 

“les mutations de la médecine générale” Fin 2005 en Rhône-Alpes

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 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.