

# Trait d'Union

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



Photo : © - Arnaud FARVACQUE

## L'Union dans tous les débats

"Premier séminaire national sur les Maisons Médicales de Garde - Palais des congrès de Lyon, samedi 3 avril 2004"

### au sommaire :

**"Editorial : l'Union et la réforme de l'assurance maladie.**

**Campagne de dépistage du cancer du sein, boire moins, colloque e-santé ASTRH®, évaluation des risques professionnels, portail Pieros, pharmacovigilance, enquête démographique..."**



### Enquête démographie

Une étude sur la "Féminisation de la profession médicale" est jointe à ce Trait d'Union

### Les Dossiers :

#### Réseau péri-natal Aurore

Entretiens avec le Pr Rudigoz et le Dr Derrien...

#### Sondages IPSOS

Image interne de l'Union / Pratiques religieuses et pratiques médicales dans les maternités en Rhône-Alpes...

#### Reportages

Conférence de presse MADO / Soirée débat Féminisation  
Projection privée "La grande séduction" / Colloque MMG

#### Evaluation qualitative et quantitative

L'Agenda de l'Ado



# ASTRH@ - 3 & 4 Juin 2004

## au Palais des Congrès de Lyon

### Colloque e-santé européen inter-régional sur le dossier médical partagé.



contact :  
michel.amiel@urmlra.org  
Conseiller télé médecine - Président ASTRH@

Dans la suite de la collaboration déjà engagée en 2001 sur ce sujet, le dossier médical partagé était le thème central de la réunion des acteurs européens de la télémédecine. Autrement intitulé « Communicating Electronic Health record », ce colloque invitait ses participants à établir un état des lieux des expériences acquises dans les régions des Quatre Moteurs de l'Europe (Catalogne, Lombardie, Bade Wurtemberg, Rhône-Alpes), en Suisse (Canton de Genève) et Belgique (Wallonie), et envisageait une collaboration prospective sur cet élément essentiel du suivi du patient.



Les co-organisateurs, le Pr Michel AMIEL, Président d'ASTRH@ et Président du Comité d'Organisation et le Dr Jacques CATON, Président de l'URML RA et Président du Conseil Scientifique, ont proposé de réunir tous les acteurs concernés par cette modernisation des outils mis à la disposition des acteurs de santé, en partenariat avec le Conseil Régional Rhône-Alpes.

L'objectif de cette rencontre, au-delà des exposés des spécialistes du thème et des décideurs politiques concernés, était d'envisager une fédération des moyens mis en œuvre et une collaboration inscrite dans la durée entre ces régions sur ce thème fondamental du Dossier Médical Partagé, au centre du débat sur la réforme de l'assurance maladie.

#### Au cœur des débats

Le programme du colloque mettait l'accent sur les innovations réglemen-

taires, examinait la genèse des projets, les obstacles et les exemples de réussite. Des tables rondes prospectives mettaient en lumière l'intérêt d'une collaboration internationale, la Conférence des Quatre Moteurs, la coopération des équipes européennes, en particulier celles du Bade Wurtemberg, de Catalogne, de Lombardie, de Rhône-Alpes, et des régions invitées de Belgique et de Suisse. Pierre ajoutée à l'édifice de la construction européenne, ce colloque e-santé consolidait des partenariats innovants et prometteurs pour l'avenir de notre système de santé.

#### Le contexte

Les avancées des nouvelles technologies d'information et de communication favorisent une meilleure organisation des actions de soins, une meilleure couverture médicale de la ruralité grâce à la télé expertise, une meilleure circulation des infor-

mations entre diverses structures et divers professionnels, hopitaux, médecine de ville et patients.

Au cœur de ce chantier ambitieux, le citoyen trouve sa place, grâce à l'intervention d'associations telles qu'ASTRH@ (Association pour la télémédecine en Rhône-Alpes) et l'URML RA (Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes).

#### Stimuler les volontés

ASTRH@, interlocuteur reconnu à l'échelle locale, régionale et nationale, représente un point de ralliement entre professionnels de santé et institutions, un lieu d'échange et de veille sur l'évolution des technologies et des pratiques, un initiateur et accompagnateur de projets. Au cours de la rencontre qu'ASTRH@ et l'URML RA organisaient sous l'égide de la Région Rhône-Alpes, les experts sollicités ont défini ensemble la place du patient et le rôle du soignant en télésanté.

## L'UNION ET LA REFORME DE L'ASSURANCE MALADIE

Dans le catastrophisme ambiant, entretenu volontairement par les différents acteurs, il me semble important de faire entendre la voix de l'Union Régionale qui représente les 11 000 médecins libéraux de la Région Rhône-Alpes ayant un exercice libéral en Cabinets ou en Etablissements Hospitaliers Privés ou Publics.

**Les dépenses de santé continueront à croître...** Ceci a déjà été dit mais nous ne cessons pas de le répéter. En effet, l'organisation du système français est le meilleur au monde (référence OMS) et la France, avec le Japon, détient le record de longévité de la population qui, qu'on le veuille ou non, montre l'excellent état du niveau sanitaire de la population française. En effet, les Français vivent 3 mois de plus tous les ans et ceci est en grande partie dû à l'excellence de notre service de santé et de notre service médical. Ceci étant posé, il est bien évident qu'améliorer la santé de nos concitoyens ne peut aller qu'avec une augmentation des dépenses de santé d'autant que les français placent la santé au premier rang de leurs préoccupations. De plus, les activités de santé génèrent en France et tout particulièrement dans notre région, ainsi que nous l'avons montré, six milliards d'euros de valeur ajoutée et 100 000 emplois en équivalent temps plein, uniquement pour la pratique libérale. Si l'on globalise ces chiffres à l'ensemble de la France en incluant les activités de santé publiques, privées, médico-sociales c'est plusieurs millions d'emplois et une valeur ajoutée au moins égale au budget de l'Assurance Maladie.

Ce n'est pas non plus ce catastrophisme ambiant qui va pousser nos enfants à embrasser la profession médicale. Nous n'avons pas honte de dire que nous avons fait ce métier par vocation et qu'il est nécessaire que ces vocations se poursuivent si l'on veut qu'il y ait un renouvellement du corps médical. **La crise démographique** actuelle est due à la maîtrise comptable des dépenses de santé entretenue volontairement par les différents décideurs qui ont voulu pour contenir les dépenses maintenir à un bas niveau le recrutement des médecins créant ainsi, un « **numerus clausus** » délétère pour l'avenir de la Médecine Libérale et Hospitalière. En effet, on n'a cessé de dire à la population que « **la meilleure façon de diminuer les dépenses de santé était de réduire le nombre de médecins** ». On a vu où cela nous a conduit. Aujourd'hui la plupart des spécialités poussent des cris d'alarme, il n'y a plus de gynécologues **obstétriciens**, il n'y a plus de **chirurgiens**, il y aura pénurie d'anesthésistes. D'autres spécialités prennent ce dramatique chemin (ophtalmologie, cardiologie, etc.). La cause de la persistance de ce problème est double ! **Tout d'abord financière** avec absence de relèvement significatif des honoraires. Par ailleurs, l'absence de règlement du problème des assurances en **Responsabilité Civile Professionnelle** vient encore aggraver cette situation.

Cessons d'opposer sans cesse Public et Privé. Ces deux logiques sont complémentaires, n'oublions pas que dans les grandes agglomérations de notre région, la grande majorité des spécialistes de villes ont une activité hospitalière et qu'un grand nombre de médecins hospitaliers ont également une activité libérale. Il est grand temps de donner un sens médical à la coordination ville hôpital. Peu importe pour le patient le lieu de prise en charge car seule la qualité compte. Pour cela, L'URML RA a mis en place l'évaluation des pratiques professionnelles, il est pour nous indispensable de la corréler à la formation médicale continue. Enfin, de par leurs statuts, les Unions sont au cœur des régions et la régionalisation d'une partie du système de santé devrait permettre de gérer au mieux et au plus près les allocations et les finances de l'Assurance Maladie car tous les acteurs se connaissent.

**Ainsi, si chacun garde son rôle, si l'Etat reste le garant de la solidarité nationale, si la représentativité des patients est bien assurée au niveau de l'Assurance Maladie, si les mutuelles restent dans leur rôle d'assureur complémentaire sans intervenir dans la gestion de l'Assurance Maladie, si la juste application et la juste revalorisation de la réforme de la nomenclature des actes médicaux (consultations et actes techniques) avec une revalorisation régulière des actes est appliquée, si la liberté d'installation est garantie pour les plus jeunes alors OUI, tous les espoirs sont permis pour un départ de l'Assurance Maladie sur de nouvelles bases, pour une saine organisation sanitaire à la française, concourant encore à une meilleure prise en charge de la santé de nos concitoyens que nous appelons également à plus de responsabilité envers un système qui leur est cher.**



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](mailto:urmlra@urmlra.org)

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

Directeur de la Publication :

Jacques CATON

Rédacteur en chef :

Bernard MULLER

Editeur délégué :

TRANSIT Communications

18, place Tolozan

69001 Lyon

[transit@mci-group.com](mailto:transit@mci-group.com)

Direction :

Jean Louis CLUZEL

Rédaction :

Sylvie FINAND

Conception Graphique :

Raymond GARDE

Crédits photographiques :

© 2004 TRANSIT Communications

Impression : Imprimerie REBOUL

ISSN 1294 - 9671



entretiens :  
Docteurs Gilles SOURNIES et Emmanuel PEIGNE  
contacts :  
gilles.sournies@urmlra.org  
emmanuel.peigne@wanadoo.fr

# Religions et pratiques médicales

## dans le cadre du suivi de grossesse

### Rappel du contexte socio-historique par le Dr Gilles SOURNIES

« La spécialité gynécologie-obstétrique manie du sociétal et ne peut s'en abstraire. L'accoucheur intervient dans un contexte psycho-affectif fort, socialement ritualisé et religieusement chargé de nombreuses valeurs. Cette période de la grossesse et de la naissance est liée aux enjeux de vie et de mort, perçus de manière différente selon les convictions religieuses et philosophiques de chacun. Il est normal qu'un accoucheur s'implique et s'adapte aux évolutions de la société, mais il se doit de travailler dans la sérénité pour le bien de tous. Nous devons reconnaître qu'une dérive clientéliste des établissements publics ou privés a entraîné une ambiguïté de leurs responsables face à la laïcité. Les principes de la laïcité n'ont pas toujours été imposés de manière claire et ferme, et tant mieux si le libre arbitre de chacun a pu s'exprimer. Les libéraux ont d'ailleurs, de leur côté, le droit de choisir qui ils soignent... Il faut également reconnaître que les Lois françaises peuvent être interprétées de manières contradictoires, en particulier l'amendement GARRAUD (reconnaissance du fœtus comme une personne), « utilisé » par les catholiques intégristes contre l'IVG et par les détracteurs de l'arrêt PERRUCHE contre le concept de « préjudice de vie »... Mais si du côté des patients, le refus de soin d'une femme par un homme peut être accepté tant qu'il ne s'agit pas d'urgence, il devient inadmissible en cas de violence ou de mise en péril de la vie de la femme et de l'enfant. Il apparaît donc qu'en dernier recours, la force de Loi permet d'imposer les règles de la République face au fait religieux lorsqu'il entrave la pratique médicale et entraîne de trop importants litiges entre patients et soignants. »

### Les limites de la Loi

Par le Dr Emmanuel PEIGNÉ, gynécologue obstétricien libéral à Villefranche sur Saône.

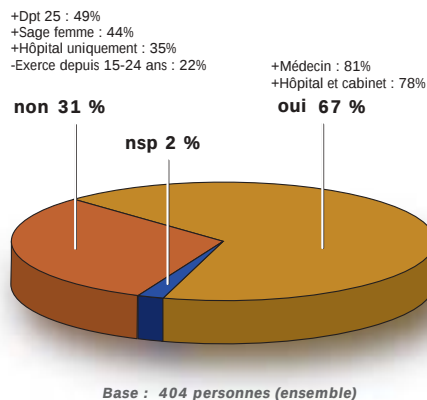
Ce praticien constate lui aussi que les Lois influent considérablement sur les interactions entre patients et médecins. « Notamment la Loi KOUCHNER de mars 2003 sur le droit des malades, qui prend mieux en compte leurs exigences. Pour les appliquer s'il n'est plus à même d'en parler, le malade doit désigner une personne de confiance, qui devra suivre ses directives. Concrètement, à partir de mon expérience personnelle : lorsque

vons pas promettre en consultation de respecter leurs désirs lors de leur accouchement, qui sera assuré par l'un ou l'autre d'entre nous.

### L'Etat au chevet de la médecine

L'Etat qui lui-même a édicté cette loi favorable aux patients (Loi KOUCHNER) se trouve paradoxalement dans la position de défendre les médecins quand ils sont attaqués. L'histoire de ce médecin de Nancy poursuivi pour transfusion par un couple Témoin de Jéhovah illustre cette contradiction : L'Etat s'est constitué partie civile pour le médecin en cassation. Il est vrai que plus les croyants de toutes religions sont fondamentalistes, moins ils sont interventionnistes dans le suivi de grossesse. En refusant par exemple le diagnostic anté-natal et l'amniocentèse. Ce que je comprends, dans le sens où ce « fatalisme » est à opposer à l'eugénisme de certains couples hyper-matérialistes. Le refus de césarienne, plus courant chez les Musulmans, met la vie en danger. En cas de rythme cardiaque fœtal très pathologique, nous faisons appel au Procureur de la République. Cette démarche nous autorise à être plus autoritaires : elle nous évite d'être attaqués pour coups et blessures volontaires après la césarienne.

Un refus par une patiente de faire réaliser un diagnostic anténatal pour raisons religieuses ?



nous signalons au mari d'une future accouchée que sa famille pourra se retourner contre lui pour non assistance à personne en danger s'il refuse qu'elle soit réanimée, il se ravise le plus souvent. Je pense ici aux Témoins de Jéhovah qui opposent leurs pratiques religieuses à nos pratiques médicales de manière beaucoup plus ferme que Musulmans et Juifs. De même, nous faisons partie de grandes équipes et nous avertissons nos patientes que nous ne pou-

### D'où vient la violence ?

En pratique, nous avons la chance d'être choisis en clinique par nos patients qui sont donc plus enclins à nous faire confiance, à suivre nos conseils. Les parents s'inclinent : c'est aussi la chair qui décide... J'en veux pour preuve les femmes musulmanes qui sont souvent moins fondamentalistes que leurs maris. Pendant le Ramadan, les époux qui s'opposent à la prise de médicaments ne savent peut être pas que leurs épouses,

Souvent évoqués mais pas encore quantifiés, les obstacles opposés par les pratiques religieuses à l'exercice médical ont été analysés par l'Institut IPSOS, lors d'une enquête commanditée par l'URML RA, en mars et avril 2004.

étant très maternelles, se soignent malgré tout... Elles relativisent ! On m'a offert le Coran et je le lis, je n'ai jamais eu de cas de conscience douloureux avec des islamistes. Certaines de mes patientes Maghrébines demandent à être accouchées par des sages-femmes, je me tiens donc dans le bureau à côté, au cas où... Je respecte la règle du jeu, elles aussi. L'anesthésiste ne voit que leur dos, leur pudeur n'est pas mise à mal. Le renouvellement du corps médical va sans doute féminiser la profession, ce qui va également renforcer une offre de soin mixte. J'ai beaucoup de considération pour mes collègues des hôpitaux, qui sont parfois consultés « par défaut » et donc plus facilement contrés. Car il faut reconnaître que le monde médical impose lui aussi des choses parfois violentes aux patients. Nos pratiques, comme les IMG, agressent le corps, les hémorragies sont possibles. Se pose aussi l'épineuse question de la réanimation néo-natale, pour laquelle notre politique est moins volontariste qu'autrefois. Si les parents savent que des séquelles graves sont à redouter, leur projet de vie entre dans le débat, ils sont amenés à décider rapidement. De toutes façons, le patient n'est pas un consommateur, nous devons respecter ses choix moraux, religieux, citoyens, et il doit reconnaître notre rôle de médecins qui oeuvrons pour la vie. »

L'enquête en Rhône-Alpes

404 personnes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens, ont répondu à la consultation des 72 établissements médicaux disposant d'une maternité. Soit un taux de retour important qui témoigne de l'intérêt porté par les professionnels concernés pour les questions posées, même si de nombreux répondants ont

affirmé que les réticences rencontrées ne sont pas toujours d'ordre religieux.

responsables et décisionnaires dans les situations de refus les plus com-

| Situation :                                             | A - Proportion de répondants y ayant été confrontés | B - Occurrence moyenne sur les 2 dernières années | C - Proportion de cas violents | Indice d'occurrence totale (A x B) |
|---------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| Refus de réalisation d'un diagnostic anténatal          | 67 %                                                | 10,0                                              | 1 %                            | 670                                |
| Refus de soins par un homme situation d'urgence         | 53 %                                                | 5,6                                               | 38 %                           | 297                                |
| Refus d'une IMG                                         | 51 %                                                | 2,4                                               | 2 %                            | 122                                |
| Refus de soins par un homme situation classique         | 50 %                                                | 9,8                                               | 18 %                           | 490                                |
| Refus de transfusion sanguine                           | 45 %                                                | 2,8                                               | 20 %                           | 126                                |
| Refus de se dévêtir devant du personnel masculin        | 42 %                                                | 8,1                                               | 18 %                           | 340                                |
| Refus de soins durant certaines périodes (Ramadan etc.) | 33 %                                                | 8,8                                               | 6 %                            | 290                                |
| Refus de fournir son consentement éclairé               | 22 %                                                | 4,5                                               | 15 %                           | 99                                 |
| Demandes nuisant au bon déroulement de l'accouchement   | 18 %                                                | 4,6                                               | 48 %                           | 83                                 |
| Refus de césarienne                                     | 16 %                                                | 1,3                                               | 66 %                           | 21                                 |
| Refus de se prononcer sur réanimation néonatale         | 5 %                                                 | 1,6                                               | 4 %                            | 8                                  |
| Refus de se dévêtir avec volonté de cacher son identité | 4 %                                                 | 4,9                                               | 54 %                           | 20                                 |

Les médecins plus directement concernés

Les interférences entre pratiques médicales et croyances religieuses sont une réalité pour près de 7 professionnels interrogés sur 10. Les opinions des médecins se révèlent plus tranchées sur ce point que celles des sages-femmes, 76% d'entre eux étant tout à fait ou plutôt d'accord avec cette affirmation, contre 63% pour les sages-femmes. Dans ce contexte, 59% du personnel médical interrogé affirment avoir déjà dû adapter ses pratiques médicales aux convictions religieuses de leurs patientes. Ici également, le clivage médecins sages-femmes est perceptible : 65% des médecins déclarent avoir adapté leurs pratiques, contre 52% des sages-femmes. On peut supposer que les médecins -

plexes - assument plus directement ces situations que les sages-femmes.

Les points sensibles

La situation d'interférence la plus fréquente concerne le refus de diagnostic anténatal. Il arrive en première position, suivi du refus de soin dans une situation classique de consultation et du refus de se dévêtir devant un homme. La réalisation d'un diagnostic anténatal est un examen qui peut susciter une hésitation des patients concernés, en raison des risques pour l'enfant. Par ailleurs, le personnel médical a pour obligation d'informer les patientes en suivi de grossesse de l'existence de l'amniocentèse, qu'elles y soient favorables ou non par rapport à un possible refus d'interruption médical de grossesse.





Dès lors, il n'est pas surprenant que cet examen se positionne en tête de ce classement, les raisons religieuses se mêlant ici probablement également à des refus d'ordre psychologique et physique (risques pour le fœtus etc.) et à des mises en garde exprimées par le personnel médical.

Points de détails

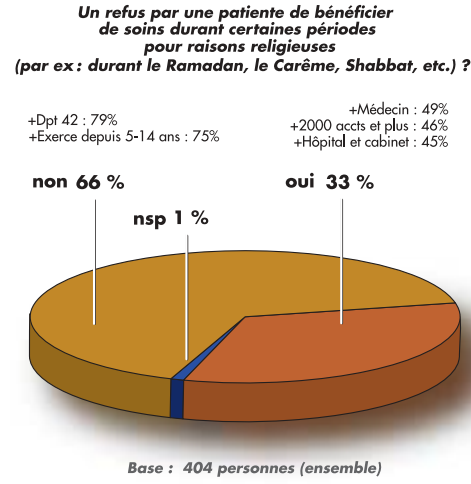
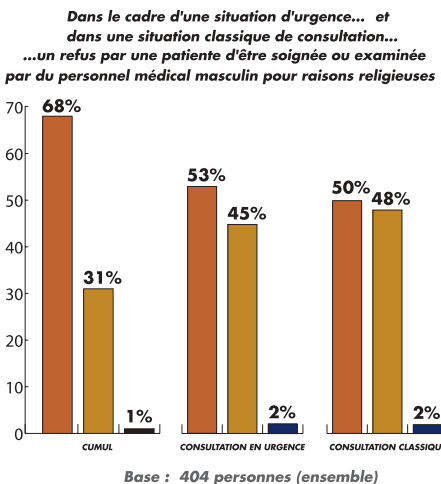
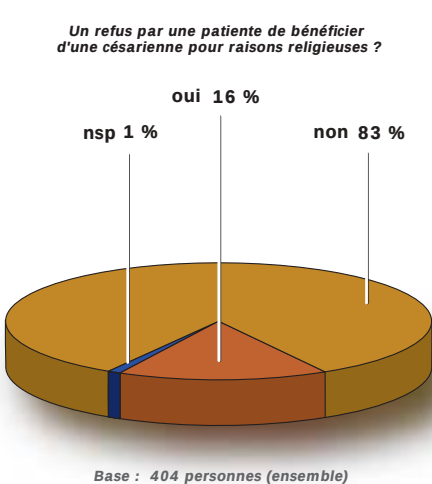
Les situations plus bénignes concernent les obstacles au déroulement d'une consultation classique et non à une situation d'urgence. Ainsi, si certaines situations apparaissent courantes, telles que le refus de soin dans une situation classique de consultation, le refus de se dévêtir devant un homme, le refus de soins

du personnel interrogé déclarent avoir été confrontés à des situations plus conflictuelles, dans le cadre du refus de soin par un homme dans une situation d'urgence, du refus de transfusion sanguine, du refus d'une IMG (et dans une moindre mesure d'une césarienne).

Urgence et violence

L'urgence de la situation semble déterminer la violence d'expression des refus. C'est le refus de césarienne qui induit les comportements les plus violents, 66% du personnel médical y ayant été confronté, déclarant que le refus du patient a été manifesté de façon « brusque ou violente ».

chir posément ou tout simplement d'envisager d'autres alternatives : ils suscitent des comportements plus pacifistes. Ainsi, le refus de soins par un homme dans une situation classique (18%), le refus de se dévêtir devant du personnel masculin (18%), le refus de fournir son consentement éclairé (15%) et le refus de soins durant certaines périodes affichent des taux de comportements violents plus faibles, systématiquement inférieurs au 1/5ème. Enfin, et assez logiquement, les décisions sont exprimées calmement lorsqu'il s'agit de situations laissant à la patiente le choix de mener l'acte médical ou non. Ainsi, le refus de se prononcer sur une réanimation néo-



durant certaines périodes, d'autres au contraire semblent plus anecdotiques comme le refus de se dévêtir avec une volonté de cacher son identité qui est un phénomène sporadique. Les obstacles liés au refus de la réalisation d'un acte médical (IMG, transfusion sanguine, césarienne, soins par un homme en situation d'urgence) sont moins fréquents. Cette moins forte opposition peut s'expliquer par les conséquences de ces refus : le refus d'une césarienne peut avoir une issue dramatique, ce qui est moins le cas du refus de la réalisation d'un examen par du personnel médical masculin, par exemple. Ainsi, respectivement 53% et 33%

Suivent les autres refus ou demandes formulées dans une situation d'urgence, telles que le refus de se dévêtir avec une volonté de cacher son identité (54% de refus brusques ou violents), les demandes nuisant au bon déroulement de l'accouchement (48% de comportements brusques ou violents), le refus de soin par un homme dans une situation d'urgence (38%) ou encore le refus de transfusion sanguine (20%).

Suivi et tempérance

Les refus formulés dans des situations de consultation « classique » permettent au patient et à son interlocuteur médical d'échanger, de réflé-

natale (4% de refus violents), le refus d'une IMG (2% de refus violents) et le refus de réalisation d'un diagnostic anténatal (1%) peuvent être considérées comme des situations non sujettes à la violence des patients, puisque leur laissant le choix de la décision finale. Pour finir, il est à noter que les médecins et sages-femmes interrogées soulignent l'importance de l'entourage familial de la patiente dans ces interférences. En effet, invités à s'exprimer librement, ils sont nombreux à déclarer que « Les refus sont aussi du fait du conjoint, parfois même davantage que du seul fait de la patiente ».

# Vous êtes employeur ?

## Avez-vous rédigé le document unique de sécurité ?

Depuis le 7 novembre 2002, tout employeur a une obligation générale de prévention des risques pour la santé et la sécurité de ses salariés.

La Loi s'applique, de fait, aux cabinets médicaux qui emploient du personnel, ne serait-ce qu'une seule personne.

### Document Unique de Sécurité : votre Cabinet Médical est-il en règle ?

Pour prévenir les risques, un outil de contrôle répertorie les dangers d'accidents du travail et de maladies professionnelles : « le document unique de sécurité ». Sa forme est libre, mais il doit obligatoirement être rédigé par le responsable du cabinet médical. Il doit être tenu à la disposition des salariés soumis à un risque pour leur sécurité ou leur santé, des représentants du personnel, des membres du CHS-CT, du médecin du travail, de l'inspecteur ou du contrôleur du travail, des agents des services de prévention des organismes de sécurité sociale. Les inspecteurs du Ministère du Travail développent en effet leurs contrôles selon une circulaire diffusée ce 27 janvier et la peine encourue en cas de manquement à cette obligation est une amende de 1500 €...

### Identification d'une faille

Concrètement, l'évaluation porte de manière globale et exhaustive, pour toutes les entreprises, sur les procédés de fabrication, les équipements de travail, les substances ou préparations chimiques, l'aménagement ou le réaménagement des lieux de travail, la définition des postes de travail. Après l'identification et le classement des risques et au vu d'un inventaire précis, un programme d'actions de prévention doit être établi et faire l'objet d'un suivi régulier. Cette démarche suppose une volonté d'information de la part des employeurs sur les principes généraux de prévention.

### « Document unique » Mode d'emploi

Pour plus d'informations sur le document unique, il vous est possible de consulter l'INRS (Institut national de recherche sur la sécurité – <http://www.inrs.fr>), la CRAM, la MSA. L'Ordre des Médecins conseille aux cabinets de contacter le médecin du

### Le rôle du médecin du travail en entreprise

*Luce ROUGIER, médecin du travail, visite depuis 20 ans 350 entreprises du plateau du Vercors et de Grenoble et a établi avec elles des liens de confiance. Elle les conseille, notamment sur la manière de remplir ce « document unique » et constate qu'« elles se sentent relativement peu motivées pour les démarches de prévention, surtout quand elles ont moins de dix salariés. Mon rôle est donc d'aider l'employeur à trouver la documentation adéquate, de faire prendre conscience des risques et de les classer par importance et fréquence. Pour cela, la « fiche d'entreprise » est utile puisqu'elle recense les points de surveillance en rapport avec les nuisances spécifiques de chaque établissement, sous la responsabilité du médecin du travail. Cependant, l'employeur doit être le seul rédacteur du document unique. Je note par ailleurs que la demande d'explications émanant des cabinets de médecins est inexistante, sans doute parce que les médecins, eux-mêmes exposés aux risques, le surveillent de près. »*

*Mme ROUGIER relève tout de même qu'hormis les produits dangereux manipulés par tous (risques sanguins – sida, hépatite B, liés à la petite chirurgie), les secrétaires, assistantes dentaires ou vétérinaires, sont exposées à un stress parfois considérable quand elles font l'interface entre patients impatientes et praticiens débordés, ou quand elles secondent les gardes du week end et assurent le standard téléphonique.*

travail de leur secteur et de consulter la fiche d'entreprise qu'il remplit pour les structures de plus de 10 salariés. L'Union Nationale des Professions Libérales a élaboré un document-type

pouvant servir de base à l'élaboration du document unique. Il est disponible auprès du secrétariat de l'URML RA au prix de 6 €.



contact :  
bernard.muller@urmlra.org  
Responsable de la Commission communication



entretien :  
Luce ROUGIER  
Médecin du travail  
luce.rougier@free.fr



contact :  
patrick.romestaing@urmlra.org  
Commission démographie

# Soirée-débat sur la féminisation du métier de médecin

**Soirée au Restaurant « Les Muses de l'Opéra »**

**Judicieusement organisée le 17 mars dans un site dédié aux inspiratrices des Arts, la soirée sur la féminisation de la profession médicale rassemblait 35 personnes du monde médical, des institutions et de la presse autour d'une idée fondamentale : l'activité des femmes médecins n'est pas comparable à celle de leurs homologues masculins.**

## Démographie et liberté d'installation

Les résultats de l'enquête menée en collaboration avec le CAREPS ont été exposés par le Dr Jacques CATON, Président de l'URML-RA et le Dr Patrick ROMESTAING, Président du Conseil de l'Ordre. Ils ont révélé les données objectives de la féminisation et plus généralement de la démographie médicale actuelle.

## Le féminin s'accorde avec le quotidien...

L'enquête - dont vous trouverez la synthèse en complément de votre *Trait d'Union* - montre que la parité numérique hommes/femmes qui s'annonce dans notre profession est en passe de modifier profondément

sionnelle pour lequel les femmes se mobilisent depuis des décennies, s'impose aujourd'hui comme un exemple de vie pour l'ensemble des jeunes générations, soucieuses de préserver famille, loisirs et liberté. Le Dr ROMESTAING souligne que la diminution de l'offre de soins, due à la baisse du nombre de médecins et à la baisse du nombre d'heures effectuées par chacun(e), est une donnée essentielle.

Mais reprend-il, « les décideurs de la planification doivent également comprendre que les femmes travaillent moins mais aussi autrement. Elles choisissent des filières et des statuts qui ne sont pas les mêmes que ceux des hommes. Surtout, il faut s'attendre à ce que leur attitude ouvre la voie aux jeunes médecins hommes. »



« illusions perdues » des plus anciens et les aspirations des plus jeunes.

## L'élément fort à retenir :

**en 2020, 50% des médecins en exercice seront des femmes, alors qu'elles représentaient seulement 24% du corps médical en 1984 et 36% en 2001.**

la pratique médicale. Sur le plan national, les projections démographiques (en terme de *numerus clausus* par exemple) utiles aux responsables du système de santé ne pourront ignorer, après cette étude, les particularismes de l'exercice de la médecine au féminin.

Dans la vie des praticiens, l'équilibre entre vie personnelle et vie profes-

## Une vie en équilibre

« Notre angle d'étude n'était ni discriminant ni sexiste, précise le responsable de la Commission, puisque le questionnaire de l'enquête a été adressé aux hommes et aux femmes.

C'est à cette seule condition que nous pouvions cerner les disparités d'exercice, et mieux comprendre les changements en cours en évaluant les

**Nous savions d'expérience que même si elles abrègent leurs congés de maternité, les femmes travaillent moins que leurs homologues médecins tout au long de leur vie. Nous voulions aussi savoir comment elles travaillent et dans quel esprit.**

Les réponses nous ont confirmé que les femmes portent au quotidien la responsabilité de la famille, tiennent compte de la carrière de leurs époux, s'occupent de l'éducation des enfants et sont d'une manière générale beau-

coup plus exposées aux contraintes extérieures, dans leurs choix personnels et professionnels.

Regrets paternels

Cela ne signifie pas que les hommes, moins présents concrètement dans leurs familles, n'en ont pas de regrets. Beaucoup seraient plus attentifs à leur qualité de vie personnelle « si c'était à refaire »... Notre enquête révèle donc un fort sentiment d'inadéquation entre réalité et objectifs de départ, pour les hommes et les femmes. Très franchement, nous ne doutions pas de la profondeur de l'amertume exprimée par nos confrères et consoeurs. Elle explique l'évolution des mentalités chez les jeunes, qui ne veulent plus vivre comme leurs aînés et battent en brèche une trop forte implication professionnelle. Le sacerdoce des 80 heures hebdomadaires est bien loin des 35 heures obtenues par les salariés actuels. Les jeunes générations ne veulent pas être les lésées de la société et s'apprêtent, légitimement, à tourner la page sur un engagement « sacrificiel ».

Dimension humaine

Les enseignements de cette enquête sont tout à la gloire des femmes qui concilient métier et famille. Leur volonté a un coût psychologique élevé que l'on ne peut ignorer : la toile de fond qui s'esquisse parfois derrière les chiffres prend une teinte parfois triste, souvent émouvante. Les difficultés rencontrées par les femmes dans l'exercice de leur profession, les renoncements qui, souvent, ont été les leurs pour tenter - quand elles y parviennent - de concilier ce qu'elles sont en droit de revendiquer : un épanouissement personnel, familial et professionnel, ne laissent pas indifférent. L'évolution des mentalités allant plutôt dans le sens d'une volonté de réduction de l'activité, il paraît difficile d'imaginer que l'attitude des femmes médecins puisse être différente dans le futur de ce qu'elle est aujourd'hui. »



21a1

télécharger l'étude complète sur le site en tapant le code référent à l'article.

Cette étude est également disponible dans sa version papier à l'URML RA, 20 rue Barrier, 69006 Lyon



En complément de l'affiche jointe dans ce Trait d'Union : **“Votre enfant a de la fièvre, faites les trois bons gestes”** une plaquette à destination des patients peut être téléchargée sur le site Courlygones

<http://courlygones.free.fr/index.php>



**IVG**  
L'URML RA et la DRASS ont édité en avril une plaquette adressée aux généralistes et gynécologues, concernant les conditions et méthodes d'interruption volontaire de grossesse. Elle reprend les points essentiels de la démarche à suivre, pour les femmes majeures et mineures, et aborde également l'après IVG (contrôle, entretien avec une conseillère conjugale...), la prise en charge financière, les complications possibles. Ce document apporte en particulier des informations importantes sur les modalités nouvelles d'IVG médicamenteuse en ambulatoire. En Rhône-Alpes, près de 18 000 IVG ont été réalisées en 2002, soit 1 pour 4 à 5 naissances.  
0810810714 : ce N° Azur régional répond aux questions du grand public sur Contraception / IVG / Sexualité

**Prévention des infections liées aux soins réalisés en ville**  
A lire sur le site [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr), le guide des bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé. Mis en ligne sur le site du Ministère de la Santé, ce dossier précise les recommandations et pratiques d'hygiène à appliquer par tout professionnel de santé exerçant en

ville. Cette démarche d'amélioration de la qualité des soins prévient les risques infectieux, pour la sécurité des patients et des soignants eux-mêmes. Ce guide aborde notamment les nouvelles exigences nées de la survenue de nouveaux agents pathogènes avec lesquels le professionnel de santé peut être mis en contact lors de son exercice.

La vie de l'Union

Depuis un an, quelques mouvements ont modifié la composition de notre direction :  
Démission du Dr LEORIER remplacé par le Dr MARQUIS, généraliste à Suze la Rousse (26).  
Démission du Dr MOUTEL remplacé par le Dr MORAND, rhumatologue à Roanne (42).

Etude Géosanté

Le mercredi 16 juin 2004 à 17h, l'URML RA invite institutions locales et régionales, futurs médecins et élus de l'Union à la présentation des résultats de l'étude démographique réalisée en Rhône-Alpes par GEOSANTE : **Géographie de la Médecine Générale : une projection dans l'espace et dans le temps.** Cet exposé prévu dans les locaux de l'Union sera suivi d'un cocktail.



# Evaluation qualitative et quantitative de l'Agenda de l'Ado

contact :  
bernard.muller@urmlra.org  
Responsable de la Commission Communication



## Historique du projet

La santé des jeunes constitue une préoccupation nationale et régionale constamment affirmée par les différentes instances chargées de fixer les objectifs prioritaires de santé publique. En écho à ces orientations et aux constats quotidiens des professionnels de santé en contact direct avec les adolescents, l'URML RA, l'Union Régionale Des Caisses d'Assurance Maladie de Rhône Alpes, la DRASS, la MILDT ainsi que le Rectorat de Lyon se sont mobilisés. **En Rhône-Alpes**, une première diffusion a eu lieu dans les départements du Rhône et de l'Ain lors de l'année scolaire 2002-2003 auprès des élèves de classe de troisième des établissements publics et privés. **La Loire**, connue pour son dynamisme en matière de prévention et son large réseau de partenariat, a été choisie pour reconduire l'action à la rentrée 2003 et réaliser une évaluation de cet outil.

## Contenu de l'agenda version « Loire »

L'Agenda de l'ado a été construit par des équipes éducatives, des médecins et des collégiens de Bretagne. Il est structuré autour de **10 thèmes** développés sur les mois de l'année scolaire :

- Pour bien vivre ensemble, il faut des règles
- Le stress
- Etre et paraître
- Etre soi-même
- Bien dans son assiette
- Comment j' suis fait, j' suis pas beau
- Le sport... à bonne dose
- Quand on est maltraité...

- Et la sexualité ? C'est pas n'importe quoi, réfléchissons
- Pour être en forme le jour de l'examen

Le thème est annoncé au début de chaque mois puis illustré de dessins humoristiques représentant des situations vécues par les adolescents. A la fin du mois, des réponses, des conseils et des réflexions complètent le sujet.

Cet agenda contient aussi une page de **numéros téléphoniques nationaux** liés à la santé, la maltraitance... ainsi que **10 pages locales**.

**Les pages locales** présentent les structures ligériennes, notamment associatives, susceptibles de répondre aux besoins et aux attentes des adolescents en matière de santé. Elles reprennent certains des thèmes mensuels et en développent de nouveaux :

- Solitude, déprime, besoin de parler...
- Bien manger, c'est facile !  
Manger de tout pour ne manquer de rien
- Anorexie, boulimie
- Les sectes
- Contre la violence
- Inspirer, expirer !
- Tabac, alcool, drogue... quels risques ?
- Les vaccins
- Aimer, mais se protéger

Elles sensibilisent aussi les collégiens au dépistage bucco-dentaire et les informent sur l'aide que peuvent leur apporter leur médecin de famille et l'équipe santé scolaire.

Enfin, **les organismes d'Assurance Maladie et la Mutualité Française Loire consacrent deux pages à leur engagement** quotidien en faveur de la promotion de la santé afin de rappeler aux élèves et équipes éducatives qu'ils peuvent être aidés techniquement et financièrement s'ils souhaitent monter un projet.

Pour rédiger ces pages, **un comité de pilotage** a été mis en place par la CPAM de Saint-Etienne (Mmes N'DIAYE et LEDIN) ; avec le soutien de plusieurs élus de l'URMLRA de la Loire, (Drs RÊCHE, MILLON, EGLINGER, CHOMETTE) ; du chef de projet pour l'URMLRA, le Dr Bernard MULLER ; des représentants des partenaires financiers (Mutualités de la Loire, MSA, CMR), du rectorat et de M de ANGELIS de l'URCAM.

**L'évaluation de l'Agenda** diffusé dans la Loire a eu lieu en octobre 2003. L'Education Nationale, l'Union Régionale des Médecins Libéraux et les organismes d'Assurance Maladie ont collaboré à la construction méthodologique de cette évaluation, dont les résultats ont été analysés en toute indépendance par le Dr Pascale GAYARD.

Le premier objectif de l'évaluation est **d'appréhender l'accueil de l'agenda** par les élèves, les enseignants principaux, les médecins, les infirmières et les assistantes sociales des collèges. Le second objectif est **de savoir si l'agenda a suscité des actions structurées** de promotion de la santé, de les connaître et d'identifier les facteurs susceptibles d'aider à la mise en place de ces actions.



ma puberté,  
c'est quand ?

### Résultats positifs

La distribution de l'agenda de l'ado a été effectuée pratiquement auprès de tous les collégiens de troisième de la Loire. Les professeurs principaux, les enseignants de Sciences et Vie de la Terre, le personnel de l'équipe médico-sociale, les conseillers principaux d'éducation ont également reçu l'agenda. Il est considéré comme pratique et intéressant et plait aux adolescents comme aux adultes. Une majorité des collégiens a lu les messages qu'il contient et est sensible à son humour. Parents, professeurs principaux et équipes médico-sociales ont jugé l'outil intéressant, pratique et attrayant. Enfin, les nombreux com-

mentaires libres recueillis auprès des parents montrent que l'agenda, par les informations qu'il contient et qui restent à disposition de leur enfant, les rassure. Selon eux, les informations sont bien faites et accessibles aux adolescents. De l'avis des collégiens et de beaucoup d'adultes, le programme est donc à reconduire.

### L'Agenda de l'Ado en quelques chiffres

Pour l'année scolaire 2003-2004, le programme « Agenda de l'ado, bien dans sa peau » a été mis en œuvre dans le département par l'URML, le Rectorat de l'Académie de Lyon, les organismes d'Assurance Maladie, les CPAM de Saint-Etienne et de Roanne, la Mutualité Sociale Agricole de la Loire, la Caisse Maladie Régionale du Rhône, la Mutualité Française Loire, sous l'égide de l'URCAM Rhône

Alpes, avec la participation financière de la DRASS Rhône Alpes.

L'agenda a été distribué début septembre 2003 à **78 collèges** soit à **8 275 élèves**.

Le coût unitaire d'un agenda est de 3,32 euros (impression et diffusion).

### Les résultats de l'évaluation :

► 84% des collégiens qui utilisent l'agenda sont favorables à une nouvelle distribution l'an prochain. De même, chez des non-utilisateurs, le taux de réponses positives est de 82 %.

► 6% des collégiens ont déclaré avoir utilisé un numéro de téléphone ou une adresse au cours de la période septembre 2003-janvier 2004.

► 73% des élèves et 84% des parents trouvent l'agenda pratique et intéressant.

► 14% des parents ont discuté d'un des thèmes de l'agenda avec leur enfant grâce à l'agenda.

## CRISAP Rhône-Alpes

Par les Dr Bernard FONTANIERE, Président du CRISAP Rhône-Alpes et le Dr Bernard MULLER, Vice-Président du Bureau du collège des Spécialistes URMLRA

### Le CRISAP Rhône-Alpes établit un état des lieux régional sur les structures d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques (ACP).

Le CRISAP Rhône-Alpes (Centre de Regroupement Informatique et Statistique en Anatomie et Cytologie Pathologiques) forme un groupe "pathologistes" pour participer aux travaux du groupe "Convergence Rhône-Alpes des réseaux de cancérologie" réunissant des représentants pluridisciplinaires des réseaux Arc Alpin, Concorde, ONCORA et Réseau Stéphanois. Dans ce cadre, un état des lieux doit identifier les structures d'anatomie et cytologie patholo-

giques, publiques et privées, susceptibles de rejoindre des réseaux de soins en cancérologie. Cette enquête est financée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes. Sa réalisation a été confiée à un organisme d'études spécialisé dans le champ de la santé publique : le CAREPS (Grenoble).

L'étude prévue est principalement axée sur **l'environnement informatique des structures et sur les pos-**

**sibilités de transmission des données**. Elle s'attache également à décrire quelques caractéristiques de l'activité des structures d'ACP de Rhône-Alpes et des équipes qui les animent. Le point sur la **démographie** de la profession sera utile : à l'instar de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales, les perspectives démographiques en anatomicopathologie sont relativement inquiétantes à court terme, que ce soit dans le public ou dans le privé.

# Boire moins, c'est mieux !



contact :  
paul.barbedienne@urmlra.org  
Médecin généraliste

Prendre une minute en fin de consultation pour demander : « Où en êtes-vous avec le tabac ? Avec l'alcool ? » ne va pas de soi, les praticiens le confirment... Même si une récente enquête prouve qu'interroger un patient sur le tabac et l'alcool double ses chances de sevrage !

Des acteurs de santé régionaux ont donc fédéré leurs efforts pour éditer, dès fin 2004, un CD Rom pédagogique, contenant des vidéos de médecins en situation (avec de jeunes adeptes du cannabis, des femmes enceintes dépendantes de la cigarette...), et divers documents imprimables comme un test à remettre au patient, des conseils, des affiches, une bibliographie, des adresses de sites et de structures de soins.

La question que se posent aujourd'hui les porteurs du projet concerne son taux de pénétration possible auprès de la cible visée, déjà très sollicitée sur le plan informatif. Les solutions envisa-

gées : des infirmières payées pour présenter le CD au cours d'un entretien d'une demi-heure ; une promotion auprès des organismes de FMC, de la CPAM, des associations de consommateurs ; une rémunération des généralistes qui s'engagent (5 € par intention, 10 € par questionnaire rempli avec le patient).

L'évaluation de l'action menée, éventuellement prise en charge par l'URML RA, portera sur la diffusion du produit et sur ses retombées en terme de santé publique, calculées selon les objectifs nationaux du Ministère de la Santé.

## Les partenaires du projet :

**URCAM** (financier à 100%)  
**ANPA** délégation régionale de l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie  
**CRAES-CRIPS** (Collège Rhône Alpes d'Education pour la Santé et Centre Régional d'Information Sida)  
**DRASS**  
**URML RA**  
Un financement complémentaire est envisagé de la part du **FAQSV, de la Ligue contre le cancer, de l'industrie pharmaceutique.**



Réunion de travail à l'URML RA

## Dépistage du cancer du sein

Compte rendu de la soirée du 3 décembre 2003



Emile OLAYA, Jacques CATON, et une participante à la soirée débat, en présence du photographe Jacques DAMEZ.

Le 3 décembre 2003, la presse locale et les professionnels de la région étaient invités à une soirée informative et conviviale, au cours de laquelle le Dr OLAYA leur a présenté les résultats d'une étude inédite\* sur le dépistage du cancer du sein chez les femmes entre 50 et 74 ans. Ce dépistage qui se systématisait en France comme dans les huit départements de Rhône-Alpes rencontre quelques obstacles.

L'étude réalisée dans la région entre 2001 et 2003 a permis de cerner les réticences psycho-sociologiques et matérielles que les patientes oppo-

sent à la mammographie.

Elle a également déterminé les difficultés liées au contexte de la consultation du côté des praticiens, gynécologues ou généralistes.

A l'occasion du cocktail dînatoire qui a suivi cette présentation, les œuvres de Jacques DAMEZ, inspirées par la féminité, ont été exposées comme message d'espoir et témoignage de l'attention que le corps médical porte au corps féminin, non comme une somme d'organes mais comme une entité sensible.

**\*Etude téléchargeable sur le site [www.urmlra.org](http://www.urmlra.org)**

# « La santé dans la ville »

## sur Lyon 1ère (90.2 FM)



Entretien :  
Brice de SANDOL ROY  
LYON 1ère

Depuis le 13 janvier, une nouvelle émission traite tous les mardis en direct, de 18 à 19 h, de l'organisation médicale au sens large, sans s'arrêter sur les pics d'intérêt de l'actualité. L'URML RA soutient cette nouvelle tribune d'information et d'expression, destinée au grand public et aux 100 000 professionnels de santé de Rhône-Alpes.

Préparée par Brice de SANDOL ROY, animée par le Dr Serge PELLEGRIN et le journaliste Thomas SAUPIQUE, cette émission est enregistrée à la Cour des Loges. Le programme a été élaboré en concertation avec l'IFROSS, le service de communication de Lyon 1 (UCBL) et des HCL, « nos cautions intellectuelles », note Brice de SANDOL ROY.

### Le patient citoyen

« L'idée première, rappelle l'initiateur, était d'expliquer la réforme de la sécurité sociale à tous, puis d'aborder toutes questions sur un secteur que les Français connaissent moins bien que la Justice. Un paradoxe, puisqu'il est plus rare d'aller dans un tribunal

que dans un hôpital... Nos sujets vont nous permettre de suivre le parcours d'un patient ou plutôt d'un citoyen dans l'univers sanitaire et social, en détaillant son histoire, ses divers aspects. **Nous valorisons la responsabilité de chacun en matière de choix budgétaires, éthiques, médicaux.** Citons entre autres sujets : les infections nosocomiales, la liberté de se détruire, toxicomanie et prise en charge politique, numerus clausus, évaluation/accréditation en santé, accès aux soins et CMU, urgences/SAMU et maisons médicales de garde... »

### Equilibre des temps de parole

Cette émission représente un outil

d'information, voire de prévention, pour l'ensemble du milieu médical puisque les institutions, professionnels de santé, organismes de tutelle, associations, sont invités à s'exprimer. Le ton est plus France Culture que Skyrock, nous illustrons le thème avec un micro-trottoir et des interviews. Sans refaire l'hémicycle, nous avons des débats vivants et motivés : tous les interviewés ont accepté de participer à notre émission, notamment Jacques CATON, Président de l'URML RA, au sujet de la démographie médicale. Toutes les tendances se défendent courtoisement, car même s'il y a débat, le public et le privé sont pourvus de frontières on ne peut plus poreuses. »

# EPP : 36 médecins habilités

A l'issue de leurs deux stages de formation, 36 médecins ont été habilités par l'ANAES pour l'Evaluation Pratique Professionnelle.

L'ANAES sélectionne et forme les MH, elle élabore ou valide le guide d'évaluation et les référentiels utilisés pour l'EPP. Les URML organisent l'évaluation individuelle et collective en

réponse à la demande des médecins libéraux. Elles choisissent les MH sur la liste nationale établie par l'ANAES. Les MH sont des professionnels volontaires, ayant répondu à un appel à can-

didature de leur Union. Ils sont soumis au devoir de réserve, signent une charte qui encadre leur mission avec leur Union, et sont eux-mêmes évalués dans des conditions rigoureuses.

|            |            |       |                       |                |              |       |                    |
|------------|------------|-------|-----------------------|----------------|--------------|-------|--------------------|
| ALTERMATT  | Pascal     | 01690 | ST ANDRE/VEUX JONC    | IMBERT         | Patrick      | 38220 | VIZILLE            |
| BARDON     | Michel     | 74600 | SEYNOD                | JUVET          | J-Christophe | 69330 | MEZIEU             |
| BEORCHIA   | Sylvain    | 69002 | LYON                  | LAFORET        | Sophie       | 38000 | GRENOBLE           |
| BERLING    | Gérard     | 74100 | AMBILLY               | LEORIER        | Christian    | 26130 | ST-PAUL 3 CHATEAUX |
| CASANOVA   | J-François | 69800 | SAINT PRIEST          | LEYNAUD        | Philippe     | 69003 | LYON               |
| CHASSAGNON | Henri      | 69200 | VENISSIEUX            | MEYER          | Jean Yves    | 07200 | AUBENAS            |
| COCHET     | Philippe   | 42000 | ST ETIENNE            | NOTELET        | Philippe     | 26260 | ST DONAT           |
| DUCROT     | Patrick    | 69650 | QUINCIEUX             | PERRIN         | J-Claude     | 01300 | BELLEY             |
| DUIVON     | J-Pierre   | 69002 | LYON                  | PERRIN NICOLET | Christine    | 69004 | LYON               |
| ELBAZ      | Robert     | 42300 | ROANNE                | PERROTTE       | Christian    | 73420 | VIVIERS DU LAC     |
| FARHAT     | Salam      | 69780 | ST PIERRE DE CHANDIEU | PETIT          | Gérard       | 69006 | LYON               |
| FARIZON    | Frédéric   | 42055 | ST ETIENNE            | POMMET NICOT   | Catherine    | 69004 | LYON               |
| FARROUCH   | J-Patrick  | 69340 | FRANCHEVILLE          | PRIGENT        | Alain        | 74500 | EVIAN              |
| FOUILLET   | Pierre     | 38100 | GRENOBLE              | ROELAND        | Alain        | 07100 | ANNONAY            |
| FROGER     | Patrick    | 07300 | ST JEAN DE MUZOLS     | ROULET         | J-Pierre     | 38880 | AUTRANS            |
| GAUTHERON  | Thierry    | 73604 | MOUTIERS              | SOCIAS         | J-Pierre     | 42110 | FEURS              |
| GUERPILLON | Bruno      | 69160 | TASSIN LA DEMI LUNE   | THIERRY        | M-Hélène     | 73200 | ALBERTVILLE        |
| GUEZ       | C.Henry    | 69110 | STE FOY LES LYON      | VIDALAIN       | J-Pierre     | 74000 | ANNECY             |

# Pharmacovigilance



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

## Infos en ligne

« La meilleure connaissance du médicament et de ses effets indésirables est un élément fondamental de la qualité de la prescription. Sur ce site il est possible de trouver les dernières études conduites par les centres de pharmacovigilance, les informations de l'AFSSAPS, les alertes sanitaires de la Direction générale de la Santé et des flashs de mise en garde sur des effets risqués médicamenteux récents.

« Depuis son ouverture, 1981 d'entre vous ont consulté sur le site [www.uplmra.org](http://www.uplmra.org) la rubrique « pharmacovigilance » mise en place par l'URML et les centres de pharmacovigilance de Lyon, Saint Etienne et Grenoble. Ces centres disposent d'une masse d'informations essentielle dans le domaine du médicament et nous avons pensé qu'il était intéressant d'ouvrir un nouveau mode de consultation plus adapté à certaines contraintes des médecins.

## Alimenter le site

Il est possible de décrire en ligne les effets indésirables observés et d'obtenir les informations souhaitées de la part du centre de pharmacovigilance. Plusieurs dossiers bien documentés issus de la pratique quotidienne des médecins ont pu être ainsi constitués. Le site sera bientôt ouvert aux infirmières dont les observations sont complémentaires des nôtres en matière de médicament mais aussi de matériel médical. Cette coopération originale entre les centres de pharmacovigilance et la médecine libérale nous permet d'offrir sur le site de l'URML une information indépendante et de qualité sur le médicament. »



# “PIEROS” fait circuler l'information

Les principaux partenaires en santé publique de la région Rhône-Alpes ont constitué, à l'initiative de la DRASS, un groupe de travail sur « l'observation de la santé ». Ce groupe informel a pour objectif majeur d'améliorer la circulation de l'information entre partenaires et une coordination des travaux entrepris par chacun.

PIEROS (Portail d'Informations sur les Etudes Régionales en Observation de la Santé) a vu le jour grâce à une convention pluriannuelle signée en mai 2003 entre les quatre financeurs du projet : l'ARH, la DRASS, l'URML et l'URCAM ; l'ORS étant chargé de sa réalisation. Les documentalistes de ces différents organismes ont travaillé sur la constitution d'une base de données régionale accessible sur Internet.

Sur ce site, sont présentés :

- les objectifs du site
- le groupe Observation en santé
- les différents partenaires
- la base de données avec deux modes de recherche (simple ou guidée). La recherche guidée permettant de rechercher par organisme, par thème, par département/région et/ou par année.

Les résultats de l'interrogation s'affichent sous la forme d'une liste cour-

te, avec possibilité d'afficher une notice longue de description. Un lien sur le document en texte intégral (s'il existe) est proposé sur le site producteur de l'étude. Le site PIEROS est complété d'une lettre d'information semestrielle sur les études en cours, diffusée par courrier électronique, est proposée uniquement aux organismes partenaires.

<http://www.pieros.org>



Jacques CATON - URML RA



Pierre ALÉGOËT - DRASS



Georges DORME - URCAM



Jacques MÉTAIS - ARH

# Le réseau périnatal Aurore

**Le réseau périnatal Aurore regroupe depuis un an les établissements obstétricaux et néonataux du Grand Lyon, soit 38 établissements autorisés à pratiquer l'obstétrique, privés et publics, situés dans la zone d'influence des Hospices Civils de Lyon.**



Entretiens :  
Jean DERRIEN Président du Collège des médecins spécialistes  
René Charles RUDIGOZ Coordonnateur du réseau de la maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse  
contact :  
jean.derrien@urmlra.org et rene.rudigoz@chu-lyon.fr

## Naissances difficiles

Depuis une vingtaine d'années, les plans quinquennaux périnataux successifs n'ont pas suffisamment agi sur la mortalité et la morbidité maternelle et néo-natale en France. Des décrets ministériels, dès 1998, ont donc préconisé un changement global dans la prise en charge de la grossesse. En instaurant notamment des normes de sécurité minimales et une obligation de mise en réseau des établissements avec un objectif : favoriser une prise en charge précoce et la naissance dans les établissements les plus adaptés aux risques potentiels identifiés pour la mère et l'enfant. Il est en effet impossible d'ignorer que 2 à 3% des nouveaux-nés posent d'emblée un problème grave nécessitant un séjour en réanimation néonatale, et que 7 à 8% des nouveaux-nés nécessitent une surveillance particulière, dans une unité de soins intensifs ou de néonatalogie.

## L'adhésion des libéraux

Le Pr RUDIGOZ, coordonnateur du réseau installé à la maternité de l'Hôpital de la Croix-Rousse, voit « le réseau en extension sur le plan géographique et sur le plan qualitatif avec les sages-femmes, gynécologues, généralistes libéraux et les organismes de PMI. L'adhésion sera possible, sans doute à court terme, à titre individuel pour les professionnels libéraux amenés à prendre en charge des grossesses, pour peu qu'ils adhèrent à la charte de fonctionnement. » Les représentants des établissements du réseau Aurore ont en effet tous signé une charte de fonctionnement qui privilégie la sécurité des patientes. Une harmonisation s'est mise en place autour du respect de protocoles communs et une déontologie favorisant le retour des patientes dans leur établissement d'origine dès que possible.

## Trois bonnes raisons de se connecter au réseau

Un comité de travail mis en place par l'URML RA et animé par Jean DERRIEN, gynécologue libéral intervenant également à l'hôpital de la Croix-Rousse, axe actuellement sa réflexion sur la possibilité pour les médecins libéraux intéressés de rejoindre le réseau Aurore :

- la plateforme informatique existe déjà et il serait dommage de créer un doublon. Les dossiers patients communicants accessibles à tous les professionnels concernés par le périnatal, y compris les médecins de

le recours aux examens complémentaires est de plus en plus fréquent. Le nombre d'intervenants concernés par une naissance a augmenté depuis 30 ans. Avec la raréfaction des gynécologues-obstétriciens, qui parfois ne peuvent intervenir qu'à partir du 7<sup>ème</sup> mois dans le suivi de la grossesse, les différents intervenants se relaient et il faut que tous parlent le même langage, pour alléger la complexité du suivi.

- Il devient donc indispensable d'uniformiser les protocoles de suivi avec des examens de base à respecter, des « bornes » qui posent des limites entre suivi ambulatoire et spécialisé. La morbidité la plus forte est liée aux accouchements prématurés, il faut donc détecter et agir au mieux en aiguillant les futures mères sur les établissements adéquats (maternités de type 1, 2 ou 3).

L'optimisation de l'organisation du suivi de grossesse donnerait à notre région l'opportunité d'être leader dans ce domaine. »



famille, gagnent beaucoup de temps et d'argent, évitent les courriers et les examens inutiles. En outre, en cas d'urgences (contractions le week end par exemple), il est important que le dossier rempli par le libéral, stocké sur une plateforme, puisse être accessible à n'importe quelle maternité.

- Le maillage entre les établissements à plateau technique et les libéraux correspond à une nécessité actuelle :

## La cellule d'orientation

Située dans les locaux du SAMU de l'Hôpital Edouard HERRIOT, une cellule de régulation des transports périnataux est dirigée par un gynécologue obstétricien qui gère 24h/24 tous les transferts en urgence, in-utéro ou post-nataux.

Ses responsables ont pour tâche de trouver des places disponibles dans les services de pédiatrie ou d'obstétrique. Ils mettent en relation les professionnels impliqués et organisent les transports avec le SAMU et les ambulances privées.

Cet outil précieux est commun à quatre réseaux (Chambéry, Grenoble, Saint Etienne et Lyon) et évite au médecin d'appeler son réseau de connaissances personnelles, sympathique mais pas toujours efficace...

# MADO, lancement d'un projet de maintien à domicile

**MADO est née du constat de l'allongement de l'espérance de vie et du désir profond de chacun de vivre, tout en étant âgé, dépendant ou handicapé, dans le cadre familial du domicile.**

Depuis plus de deux ans, l'URML RA, au vu des besoins exprimés par l'Association Annonéenne des Professionnels de Santé (regroupant plus de 100 professionnels de santé du Haut-Vivarais depuis plus de 20 ans), et en étroite collaboration avec le Conseil Régional, travaille sur un projet de maintien à domicile sur la zone Nord-Ardèche. L'Ardèche Verte comprend 60 000 personnes dont 600 dépendantes et l'expérimentation initiale portera sur 200 personnes. Entretiens avec les initiateurs du projet MADO

*Le Dr OLAYA, généraliste à Annonay, à l'origine du projet MADO, répond à nos questions :*

## - Qui s'est mobilisé autour de MADO ?

« Un listing fou ! Des professionnels de santé, associations d'aide à la vie quotidienne, caisses d'assurance maladie, handicapés, mutualité, Conseil général, établissements d'hospitalisation publics et privés, un hôpital local, des maisons d'accueil pour personnes âgées, une école d'infirmières, des services de soins infirmiers, la DDASS... Sans oublier l'URML RA et le Conseil Régional Rhône-Alpes, véritables moteurs du projet depuis deux ans.

## - Comment se passe le début de la phase expérimentale ?

Nous sommes en phase de réflexion sur les aspects de la domotique et sur la formation des auxiliaires de vie entre URML et Conseil régional. Par ailleurs, les travaux sont en cours pour la constitution du réseau local avec l'ensemble des acteurs de terrain. Leur participation aux réunions de travail est impressionnante par sa régularité et sa qualité.

## - Comment voyez-vous le système (idéal) de maintien à domicile en terme de domotique, logistique

## repas, présence des acteurs, de l'infirmière au kiné en passant par l'auxiliaire de vie ?

La formation des auxiliaires de vie

celle des professionnels, il faut que la constitution des dossiers d'aides légales soit facile, que la mise en place des services soit cohérente. On évitera « le jeu de



L'équipe MADO ...

sociale, telle qu'elle est envisageable pour optimiser les interventions au domicile est un élément clé, et constitue un gisement

piste » en rassemblant les infos dans un lieu unique. »

**Le 14 janvier dernier, l'URML RA conviait la presse à une conférence débat à la clinique des Cévennes d'Annonay, pour le lancement officiel et la présentation du projet MADO (Association Loi 1901 de MAintien à Domicile). Les partenaires présents étaient M. Dominique CHAMBON, Vice Président du Conseil Régional Rhône Alpes - délégué aux politiques territoriales et aux solidarités, à la recherche et à l'innovation - , le Dr Emile OLAYA, Président du collège des médecins généralistes de l'URML RA, le Dr Gérard OLLAT, Président de l'Association MADO et le Dr Jacques CATON, Président de l'Union.**

d'emplois. La prochaine réunion du comité technique régional va être consacrée à une discussion entre les responsables des médecins et infirmières et les structures de formation pour débattre de la délégation de certaines tâches sous leur autorité. C'est une étape essentielle pour le succès du projet. Il nous faut mieux cerner le référentiel métier nouveau et la formation nécessaire.

## - Quel rôle jouent les « aidants » dans votre réflexion ?

Ils font partie de notre cellule de coordination et nous souhaitons mettre en place pour eux un guichet unique. Pour simplifier la vie des familles, mais aussi

*Le Dr Ollat, également porteur du projet ardéchois, s'exprime sur les aspects techniques du maintien à domicile.*

## - Quels ont été les obstacles à la mise en place d'une structure comme MADO ?

« Jusqu'alors, la lourdeur des techniques était dissuasive. En comprenant, enfin, que les technologies doivent s'adapter aux besoins des utilisateurs et non l'inverse, il est désormais possible d'harmoniser les informations utiles à chaque professionnel intervenant auprès du patient mais aussi de recueillir des données permettant d'évaluer les actions conduites. Le main-

tien à domicile des personnes à autonomie réduite n'est envisageable que si l'on peut garantir un confort, une sécurité de l'environnement, une télésurveillance médicale. Les coûts et les difficultés technologiques ont été un frein jusqu'à présent au développement de la domotique. Il est envisageable de centraliser les informations sur l'environnement du patient, sur des éléments médicaux qui le concernent et de les transmettre à la structure compétente. De la très répandue téléalarme à la surveillance à distance du cardiaque ou du diabétique, les solutions proposées devraient apporter sécurité des patients au domicile et qualité des soins.

La recherche dans le domaine de la télétransmission des données médicales a été



... et son auditoire

largement encouragée par les travaux en Rhône-Alpes. Un séminaire important est d'ailleurs en cours d'organisation, soutenu par l'URML RA et le Conseil Régional. Le Haut Vivarais est un secteur privilégié pour développer la télé-médecine, comme cela a été le cas sur Saint Agrève et bientôt sur Les Vans.

**- Le maintien à domicile ne représente-t-il pas un luxe pour certains patients ?**

Il est vrai que pendant de nombreuses années, les patients à domicile ne disposaient pas toujours des moyens financiers suffisants pour accéder aux services nécessaires. La mise en place de l'APA a résolu en partie ce problème. Paradoxalement nous nous heurtons aujourd'hui à une insuffisance du nombre des professionnels auxiliaires de vie. Le nombre des personnes prises en charge à domicile augmente rapidement. Leurs besoins aussi en raison de l'allongement de la durée de la vie. Nombre d'adultes handicapés aspirent à rester à domicile et ne souhaitent pas entrer dans des institutions.

**- La formation des professionnels du maintien à domicile est-elle prévue à court terme ?**

Il existe un gisement d'emplois considérable dans l'aide à la personne, pourvu que la formation de ces personnels

soit valorisante et qualifiante. Nous ne pouvons que constater, un peu partout en France, les cruelles insuffisances dans ce secteur. C'est pourquoi le Conseil Régional et l'Union souhaitent que cette expérience dans le pays Haut Vivarais soit accompagnée d'un effort particulier de formation des professionnels d'aide à la personne. L'existence sur le bassin d'expérimentation d'une Ecole d'Infirmières nous amène à penser qu'elle pourrait jouer un rôle dans la formation à venir des auxiliaires de vie sociale ou dans la validation des acquis de l'expérience des travailleurs sociaux déjà présents. Un important maillage d'Associations d'Aide à la Personne, de MAPA, de Foyers logements est à noter. L'URML RA est de son côté fortement impliquée par ses travaux, notamment sur le dossier médical partagé et le travail en réseau, par l'aide technique apportée au montage des dossiers de financement complémentaire à venir. La Région, par le biais du Conseil Régional, est elle aussi impliquée dans l'ingénierie du projet MADO.

Le projet MADO doit rassembler toutes les compétences et doit être largement investi par le monde associatif et institutionnel local, car il est synonyme d'espoir pour toutes les personnes en perte d'autonomie et/ou porteuses de handicap. »

# Partenariat

## Convention de partenariat entre l'URML RA et la Région Rhône-Alpes

**En préambule, il est rappelé notamment que « le Conseil Régional a engagé une politique volontariste et innovante destinée à prévenir les situations d'isolement et de dépendance, en particulier liées au vieillissement de la population rhônalpine » en soutenant l'émergence des réseaux de santé et la professionnalisation des métiers de l'aide à domicile. Les missions de la Région et celles de l'URML RA se rejoignent donc sur de nombreux points, puisque l'Union a vocation à contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins..**

**Article 1 – Objet de la convention**

La Région et l'Union Régionale des Médecins Libéraux souhaitent faire converger leurs efforts pour améliorer la prise en charge des personnes âgées et handicapées à domicile. A cet effet, il est convenu que l'URML RA collabore avec la Région dans les domaines suivants :

- Le développement d'initiatives permettant d'accroître l'autonomie et l'intégration des personnes dépendantes, qu'elles soient handicapées et/ou âgées, et présentant une alternative à l'hospitalisation.
- Le développement d'initiatives visant à favoriser l'usage des technologies de l'information et de la communication, tant dans le domaine de la formation qu'en

faveur du développement de nouvelles pratiques de coordination des services auprès des personnes dépendantes.

- Le diagnostic des besoins de formation et/ou de professionnalisation, notamment dans les métiers de l'aide à la personne, en amont de la préparation des programmes de formation de la Région.

**Article 2 – Durée de la convention de partenariat**

La présente convention de partenariat entrera en vigueur à compter du jour de sa signature, pour un an. Elle se renouvellera par tacite reconduction, par périodes d'un an, pour une durée de trois ans.

**Article 3 – Suivi**

L'URML RA soumettra à la Région, deux mois avant chaque renouvellement de la convention, un bilan détaillé sur la réalisation de chacun des trois volets du partenariat.

*Le 13 Décembre 2003 était signée la convention de partenariat URML RA / Région Rhône Alpes*



# Enquête auprès des dermatologues de la région Rhône-Alpes



Entretien :  
Dr. DESCOMBE  
contact :  
jean-marie.descombe@urmlra.org  
Commission démographie

En 1999-2000, l'URML a entamé une approche prospective de la démographie médicale et mis en place une méthodologie d'évaluation de l'offre de spécialistes nécessaire. Trois spécialités avaient été sélectionnées pour cette première approche : la pédiatrie, la gastro-entérologie et l'orthopédie.

En 2001-2002, deux autres spécialités ont été étudiées : la gynécologie-obstétrique et l'anesthésie-réanimation. L'URML a souhaité reconduire ce type de travail sur la dermatologie.

### Des spécialistes heureux

9 dermatologues sur 10 choisiraient la même spécialité, si c'était à refaire ! Les principaux arguments motivant ce choix sont les suivants :

- Essentiellement la **très grande diversité des pathologies et de l'activité**, qui en font un métier sans routine et dynamisant
- Une spécialité qui s'intéresse aux **deux sexes et à toutes les tranches d'âge**
- Le **faible nombre d'urgences et l'absence de garde** : deux éléments qui engendrent moins de stress que d'autres spécialités et rendent la profession compatible avec une vie de famille
- L'**aspect psychologique de la pathologie et la relation avec le patient**
- Le fait que ce soit **une spécialité manuelle avec de la petite chirurgie**
- La **proximité avec la médecine interne** et le recoupement avec plusieurs autres spécialités.

### Modélisation et simulations

Les volumes d'actes réalisés dans la région ont été estimés à partir des données de l'enquête, en les redressant au nombre total de praticiens. Trois grands types de facteurs d'évolution de l'offre et de la demande, et donc de simulations, peuvent être distingués :

- Les caractéristiques de la demande : âge de la population essentiellement ;
- Les caractéristiques de l'activité des médecins : temps de travail, temps consacré à la gestion/administration, féminisation de la profession,

augmentation ou diminution de la fréquence de certains actes... ;

- L'organisation des soins : transfert de certaines activités vers d'autres médecins ou d'autres professionnels de santé, changements technologiques...
- Nous avons simulé des changements de pratiques "possibles", à **structure de consommation équivalente** (Cf. tableau ci-dessous) :

- La limitation du temps total de travail à 169 heures par mois (ETP

entraînerait une hausse de 16% de l'effectif nécessaire en dermatologues ;

- Un doublement du temps de gestion (télétransmission, codage, assurance qualité...) nécessiterait une hausse de 8% de l'effectif, à temps de travail égal ;
- La féminisation de la profession (20% de femmes en plus par rapport à la proportion actuelle) entraînerait une hausse de 5% de l'effectif. Cette simulation est basée sur une répartition hommes-femmes de 41%-59%

### Estimations sur le nombre de dermatologues nécessaires à partir de simulations (à structure de consommation équivalente à la consommation actuelle)

| Simulation réalisée                                                                                      | Variation engendrée par rapport à la situation actuelle (en % de l'effectif global actuel) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| ETP* = 169 heures par mois                                                                               | Hausse de 10%                                                                              |
| ETP = 35 heures par semaine (151,5 heures/mois)                                                          | Hausse de 23%                                                                              |
| 25% de consultations en plus                                                                             | Hausse de 16%                                                                              |
| Gestion multipliée par 2 à temps de travail égal (informatisation, télétransmission)                     | Hausse de 8%                                                                               |
| Féminisation de la profession probable (plus de temps partiel) : + 20% de femmes parmi les dermatologues | Hausse de 5%                                                                               |

\* Equivalent temps plein

salarié) nécessiterait une hausse de 10% de l'effectif ;

- La limitation du temps total de travail à 35 heures par semaine (ETP salarié) nécessiterait une hausse de 23% de l'effectif ;
- L'augmentation d'un quart du nombre de consultations (plus grand nombre de patients, patients adressés par des médecins généralistes ...)

(CNOM novembre 2001), l'hypothèse d'une hausse de 20% du nombre de femmes se traduisant alors par une baisse moyenne de 2,5 heures du temps de travail hebdomadaire sur l'ensemble des dermatologues.

### Synthèse et conclusion

Cette enquête montre une profession féminisée, avec un âge moyen relativement élevé (48 ans).

Les dermatologues déclarent travailler en moyenne 43 heures par semaine. Quasiment tous exercent en cabinet libéral (93%), un tiers ayant une autre activité en parallèle, à l'hôpital ou en clinique le plus souvent. Au final, 59% ont un exercice exclusivement libéral. Les professionnels sont répartis dans tous les types de communes, assurant ainsi un service de proximité.

La dermatologie couvre des activités très diversifiées, point qu'apprécient particulièrement les professionnels qui l'exercent. Les grands types d'activités exercées en cabinet et à l'hôpital apparaissent relativement proches. L'activité est en revanche plus spécifique en clinique : elle comprend beaucoup plus d'actes techniques et moins de consultations qu'en cabinet ou à l'hôpital. Cette particularité est liée au fait que

les patients viennent en clinique pour des actes techniques et en raison de la technicité des actes à réaliser. Mais l'exercice en clinique concerne peu de dermatologues et, surtout, représente peu d'heures de travail (3 heures en moyenne par semaine).

Par ailleurs, malgré le caractère incomplet de l'étude, il semble que le plateau technique s'améliore.

Cette étude ne permet pas d'observer de décalage significatif entre « l'offre et la demande » : le délai de rendez-vous est en moyenne relativement court par rapport à d'autres spécialités, la prise en charge des urgences est très rapide (du fait de leur faible nombre notamment), et les trois quarts des dermatologues jugent leur volume d'activité normal.

La plupart des dermatologues souhaitent cependant faire évoluer leur activité. Ils évoquent des pistes diverses, les plus fréquentes évoquant une activité plus soutenue dans le domaine de l'esthétique ou de la prise en charge des problèmes psychologiques, ou encore une évolution de l'activité de chirurgie (dans les deux sens selon les médecins).

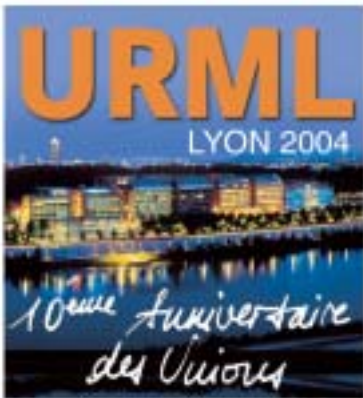
Cette réflexion est souvent liée à l'augmentation des problèmes juridiques, au coût des assurances professionnelles ou à l'absence substantielle de revalorisation des honoraires.



21a2

télécharger l'étude  
complète sur le site  
en tapant le code référant à l'article.

## Dixième anniversaire des Unions 16 octobre 2004



**Palais des congrès  
LYON - 16 octobre 2004**

**L'URML RA reçoit, sous l'égide d'un Comité scientifique national représenté par Jean-Yves HASCOËT (URML Bretagne) et d'un Comité d'organisation présidé par le Dr Jacques CATON, les vingt quatre Unions de France au Palais des Congrès de Lyon.**

de la Conférence des Présidents prévue le vendredi 15 octobre en soirée.

En amont de la manifestation (avant juillet), chaque Union sera sollicitée pour exposer en quatre pages ses actions majeures et son bilan. L'ensemble des textes sera relié pour l'édition d'un document donné aux participants. Il dynamisera la rencontre et sera diffusé en interne et externe.

### L'objectif

L'idée est de faire connaître les Unions, auprès des médecins eux-mêmes et des citoyens, d'informer les acteurs de santé sur le dynamisme des petites et grandes régions.

### Au programme

- Conférence de presse le vendredi après-midi. Texte préparé par Jean-Yves HASCOËT.
- Espace d'exposition
- Chaque Union exposera ses travaux sur un panneau de présentation, dans un espace avec poster et table, ou stand parapluie.
- Interventions courtes

Un historique des dix ans des Unions sera suivi, en séances plénières, de l'exposé de 5 ou 6 grands thèmes nationaux définis par les 24 Présidents d'Union en amont.

### Déroulement de la journée

Il ne s'agit pas d'un séminaire de travail, mais d'une manifestation officielle qui doit véhiculer un discours politique sur le rôle de la médecine libérale dans le système de santé français.

### Les principaux thèmes abordés

- Un chapitre incontournable : les relations URML / URCAM, bonnes ou moins bonnes selon les régions,
- Les FAQSV, fonctionnement et réalisations. Aplanir certaines difficultés, mettre en évidence certaines contradictions.
- Problèmes et analyses de la démographie médicale,
- Démarrage des Maisons Médicales de Garde,
- Recueil des données,
- Prospective sur la régionalisation du système de santé. Avenir et place des Unions dans la nouvelle organisation. Gouvernance de la Sécurité Sociale.

Largement ouverte aux partenaires des Unions, cette journée sera l'occasion de rencontrer les professionnels, politiques et institutionnels, concernés par le système de santé français : le Ministre de la Santé ; Monsieur TEULADE et Madame Simone VEIL, à l'origine de la création des Unions, députés médecins ; les élus impliqués dans la gestion de santé ; les organismes de la CNAM ; les Présidents des syndicats nationaux et bien sûr les Présidents d'Unions et le Secrétaire général de la Conférence des Présidents ; les élus de l'Union Rhône-Alpes.

La manifestation aura lieu le samedi 16 octobre, succédant à une réunion

# « La Grande Séduction »

## Projection privée

*Le 1<sup>er</sup> mars, l'URML RA invitait 300 confrères installés ou en formation, partenaires institutionnels et journalistes à l'avant-première du film canadien « La Grande Séduction », au Pathé Cinéma de Lyon. Après la projection, un débat portait sur la démographie médicale, la désertification de certains territoires et la liberté d'installation. Salle comble, cocktail convivial en fin de soirée, débat fructueux : l'Union remercie les participants et prie les personnes qui n'ont pu être accueillies, faute de place, de l'en excuser.*

La comédie sociale mise en scène par Jean-François POULIOT et jouée par les 125 habitants d'un « trou perdu » (le port de Sainte-Marie-La-Mauderne dans le Nord canadien), illustre les problématiques soulevées - dans notre pays comme ailleurs - par la pénurie démographique galopante au cœur du système de santé. Les participants au débat lyonnais rappelaient les multiples raisons d'un dysfonctionnement et les manières d'y remédier :

Emile OLAYA, généraliste, Président du collège des généralistes de l'URML Rhône-Alpes souligne l'évolution des modes de consommation des patients et son impact sur la demande de soins globale : la réflexion basée sur le décou-

celles effectuées en Rhône-Alpes. Jacques CATON, chirurgien orthopédiste, Président de l'URML Rhône-Alpes, confirme que la planification administrative du système de santé ne correspond à la réalité économique des territoires. La notion de bassins de vie est donc plus logique que la théorie qui repose sur un découpage par communes, cantons et départements.

E. OLAYA constate que les zones rurales et péri-urbaines attirent moins les médecins qui s'installent et qu'il faut donc réfléchir à de nouveaux modes d'organisation des soins dans lesquels les nouveaux installés se sentiraient moins isolés.

est un département fort, dynamique et peuplé, certaines zones se désertifient et les médecins retraités ne sont pas remplacés. Si le nombre de médecins en France augmente (206 000 en 2004), leurs aspirations changent : ils souhaitent, de manière de plus en plus affirmée, « vivre comme tout le monde ».

La densité française est équivalente à celle des autres pays d'Europe, on est passé dans les 20 dernières années, de 209 à 330 médecins pour 100 000 habitants, mais le problème qui se pose aujourd'hui est celui de la répartition sur le territoire géographique, et de la répartition en spécialités. La question de l'allongement des délais



Accueil des invités...



projection - débat...



... et cocktail.

page administratif actuel traduit mal les problèmes d'accès aux soins de la population et les difficultés d'exercice des médecins. Le risque de manque de médecins est à prévoir et anticiper en fonction des bassins de vie, d'où l'utilité des études démographiques, comme

Patrick ROMESTAING, spécialiste, responsable de la Commission Démographie de l'URML RA et Président du Conseil de l'Ordre des Médecins du Rhône, affirme qu'il faut se méfier des chiffres : même si le Rhône (qui compte 8000 médecins)

pour obtenir un rendez-vous avec un spécialiste devient cruciale et s'oppose à une culture de la pléthore. On ne peut donc pas parler de catastrophe démographique mais il faut tout de même réfléchir à la notion de "bassins de vie" et adapter le tissu



sanitaire à ces zones, au-delà même du nombre de médecins.

La féminisation du corps médical fait partie du nouveau paysage de la profession (de 38% en 2004, les femmes représenteront 50% des médecins en 2020). Les femmes médecins, selon une récente étude de l'URML RA, travaillent moins, s'organisent en fonction de la vie familiale, choisissent des spécialités et des modes d'exercice (notamment salariés) différents des hommes. Le numerus clausus devra donc tenir compte de ces données.

Avoir une vie personnelle est un droit. Dans le Rhône, la permanence des soins s'arrête à minuit pour nos généralistes, parce que nous sommes conscients que c'est un besoin vital de vivre pour soi.

Guy LEGAL, médecin conseil chef CPAM, Lyon, confirme que le problème de l'accès aux soins se pose par spécialités et informe que le rapport du Haut Comité de l'Assurance Maladie a évoqué des mesures incitatives à l'installation.

Josette HORVILLER, Présidente de l'association des conjointes de médecins, remarque que l'une des meilleures mesures pour inciter les couples à s'installer dans des zones reculées ou des endroits difficiles consisterait à aider la conjointe du médecin à trouver du travail.

Jacques CATON note en effet que lorsqu'une femme médecin s'installe, c'est souvent un couple de médecins qui s'installe, puisque les femmes médecins sont, beaucoup plus sou-

vent que leurs homologues masculins (qui épousent plus volontiers des femmes issues de professions paramédicales), mariées avec des médecins.

Lisa NAVARRO, Présidente du Syrel, reconnaît que de fortes sommes sont proposées aux internes pour qu'ils s'installent en campagne. Mais cela ne suffit pas : l'évolution de la société les pousse à s'interroger sur les raisons de faire 90 h et non pas 35... Un autre souci : la scolarité des enfants, la proximité des commerces, banques et postes ne sont pas garantis. L'ISNAR (internes de médecine générale) réfléchit à une incitation plutôt qu'à une obligation avec une prime sur 5 ans et une exonération fiscale jugées insuffisantes. L'idée intéressante serait d'améliorer le contexte social et d'adapter l'offre en développant les cabinets secondaires (cf. rapport DESCOURS) dans les petits villages, avec une présence du médecin deux ou trois fois par semaine.

Patrick ROMESTAING souligne que l'Ordre des Médecins perçoit mieux ce mode d'exercice, qui prend en compte le côté humain de l'exercice médical. Deux mesures de réforme du code déontologique pourraient développer les cabinets secondaires :

- L'exercice autorisé en lieux multiples
- La notion de collaborateur libéral (ou salarié). Jusqu'alors et pour l'instant, cette coexistence dans un même cabinet n'est pas permise, mais ce sont des idées qui sont défendues auprès du politique et la démarche

est très longue.

Bernard ROUGIER, généraliste, Secrétaire général de l'URML, estime qu'on ne peut pas saupoudrer tout le territoire de médecins s'il n'y a pas d'infrastructures sanitaires qui facilitent les regroupements pluridisciplinaires. Une organisation bien répartie avec des regroupements techniques (5/6 généralistes, 1 pharmacien, 1 kiné, des infirmières et auxiliaires de vie) serait préférable.

Guy LEGAL annonce que le site de l'URCAM va proposer incessamment une aide à l'installation, en précisant le potentiel des territoires à investir (activités possibles, CA envisageable...)

**Avant son arrivée dans les salles françaises à partir du 28 avril 2004, « La Grande Séduction » a déjà largement touché le public québécois. Ce film a même dépassé au Canada les grosses productions américaines et " Les invasions barbares ", appréciées par les Français.**

**Présenté à la Quinzaine des Réalisateurs à Cannes, il a reçu de nombreux prix internationaux : 13 nominations aux Jutra d'Or 2004 (équivalent des César en France), Grand Prix du Festival International du film de comédie de l'Alpe d'Huez 2004...**

# Premier séminaire national sur les Maisons médicales de garde

Le samedi 3 avril dernier, l'URML RA organisait le premier colloque national sur les MMG en France. Une première qui a passionné les intervenants et invités autour d'une dynamique nouvelle pour la profession, et d'une manière plus globale, pour l'économie des régions françaises concernées.

Le Dr Caton a rappelé en préambule que les MMG avaient été créées pour faciliter la vie des médecins et des usagers et qu'elles modifiaient désormais en profondeur l'organisation de santé de notre pays.

## Expériences locales

Un premier volet concret a permis la présentation d'expériences régionales à travers les témoignages de représentants de Maisons médicales de garde :

Dr Georges GRAGLIA - Maison médicale de garde de Gap (Hautes-Alpes)  
Dr Daniel PENCOLE - CARL (Centre d'accueil répartition libérale) de Rennes (Ille-et-Vilaine).

Dr Danielle ATAYI - Maisons médicales de garde de Lyon (Rhône).

Dr Gérard SEUX - Maison médicale de garde hospitalière de Saint-Etienne

## Points de vue politiques

Les partenaires politiques et institutionnels ont exposé leurs points de vue sur le rôle des MMG dans la mise en place de la permanence des soins : Dr Patrick BOUET, du Conseil national de l'Ordre.

M. Joël MAY, Directeur de la DDASS  
Pr Gérard FOURNIER, Urgences hospitalières HCL.

Professeur Jean-Louis TOURAINE, premier adjoint de la ville de Lyon.

## Enquêtes sur les MMG

Deux enquêtes, l'une qualitative et l'autre quantitative, ont permis de constituer un annuaire de plus de 80 structures et fait état de nombreux projets. Les résultats diffusés ont mis en lumière les importantes disparités existant entre les MMG sur le plan des modalités organisationnelles (lieu d'implantation, nombre de médecins impliqués, nombre de patients vus, rémunération spécifique des médecins, etc.).

## 1 - Chronologie

Il apparaît clairement que le pic de création des MMG se situe en 2002, après deux événements notoires du monde médical : la création des FAQSV (2000) et la grève des méde-

cins de fin 2001. Ces structures nouvelles correspondent donc à une attente des praticiens et à une réorganisation incontournable de la permanence des soins dans notre système de santé qui instaure, en passant, de nouveaux liens entre secteur libéral et hospitalier.

## 2 - Activité de fin de semaine

La fréquentation des MMG par les patients augmente en fin de semaine, et notamment les samedi et dimanche de manière évidente. Les gardes de soirée en semaine, peut-être encore mal connues par les patients, n'ont pas encore trouvé leur « vitesse de croisière ».

## 3 - Disparités budgétaires

L'une des caractéristiques manifestes des MMG réside dans leur hétérogénéité. En terme de bassins de vie couverts, de nombre de médecins impliqués dans les gardes, de modes de fonctionnement et en particulier de modes de financement. 26% des MMG interrogées bénéficient d'un budget annuel estimatif de plus de 100 Km, plus de la moitié d'entre elles fonctionnent avec la moitié de ce budget, voire moins.

## L'évaluation des Maisons Médicales de Garde

Le Dr Marc BRÉMOND a modéré la table ronde autour de ce thème abordé par les spécialistes :

Dr Rémy SEBBAH - URML PACA

Dr Jean-Pierre FERLEY - CAREPS

M. Francis FAGNANI - CEMKA-EVAL

Pr Jean-Pierre CLAVERANNE - IFROSS



(Loire).

Dr Jean-Luc RASTRELLI - Maison médicale de garde rurale de Saint-Girons (Ariège).

Dr Roger-Michel LOUPEC - Maison médicale de garde de Cayenne (Guyane).

Dr Valérie GUINOT - Maison médicale de garde de Rouen (Seine-Maritime).



Les représentants des Maisons Médicales de Garde témoignent de leurs expériences.

Dr Bernard ROUGIER, Secrétaire Général de l'URML RA et membre du bureau du FAQSV Rhône-Alpes

**Vision prospective**

Trois Présidents d'Union (Modérateur : Dr Bernard HUYNH, Président de l'URML Ile-de-France) Dr Jacques CATON, Président de l'URML RA Dr Jean-Claude GOURHEUX, Président de l'URML PACA Dr Rémi UNVOIS, Président de l'URML Lorraine ont échangé leurs visions sur l'avenir et l'évolution possibles des MMG, dans la dynamique professionnelle de leurs régions. En substance, voici quelques idées fortes qui se sont dégagées des débats :

**1 – Rationalisation**

Incontestablement, l'une des valeurs ajoutées des MMG dans le système de santé réside dans la rationalité qu'elles induisent dans les rapports entre les médecins et les usagers. En régulant plus efficacement les appels, elles modifient l'échange social, rendent le patient plus proche d'une citoyenneté responsabilisée, l'orientent vers un nouveau mode de « consommation » raisonnée de la santé. Le médecin « volant », parfois dit « voltigeur », « visiteur » ou « roulant » attaché à la MMG, ne se déplacera plus qu'en cas de nécessité, contrant les habitudes contraignantes

de visites systématiques à domicile, le plus souvent inutiles.

**2 – Dynamisation**

Lieux ressources, sites repères, les MMG ont été rapidement identifiées comme pôles dynamiques du monde libéral, au cœur de bassins de vie recentrés autour de ces nouveaux noyaux organisationnels.

**3 – Fédération**

Qu'elles se situent à l'intérieur ou à l'extérieur des enceintes hospitalières, les MMG constituent la preuve concrète qu'une transformation des rapports entre la ville et l'hôpital est possible. Chargées également de désengorger les urgences hospitalières prises d'assaut, elles établissent des liens plus forts avec tous les acteurs de la permanence des soins, abolissant certaines frontières, réduisant les blocages entre les secteurs libéraux et non libéraux.

**4 – Légitimation**

Au-delà des gardes, revitalisées par le système des MMG, c'est tout le monde libéral qui se restructure autour de ces lieux nouveaux, baptisés dès les années 80 « Maisons de santé »,

« Domus Medica » « CARL », etc. Mieux organisé, soucieux d'une meilleure « lisibilité », le secteur libéral acquiert ainsi un statut d'interlocuteur incontournable, fort d'une volonté définie, libéré de son individualisme traditionnel. Cette avancée bouscule cependant un ordre précaire ou plutôt des équilibres et rapports de force que nous connaissons tous. Inévitablement, cette nouvelle donne met en question la légitimité des Unions dans leur rôle



de porte-parole et promotrices des MMG, qu'elles ont toujours défendu et continuent à défendre. Par ailleurs, **le Dr Jacques CATON, Président de l'URML RA, a avancé l'hypothèse de MMG spécialisées en pédiatrie et psychiatrie.**

Le discours de clôture a été prononcé par le Dr Pierre MONOD, Président de la Conférence Nationale des Présidents d'Unions.

# Image interne de l'Union

**Après 9 ans d'existence, l'URML Rhône-Alpes était curieuse d'en savoir plus sur son image interne. Car son existence, permise par la cotisation de ses membres, se doit de répondre à leurs attentes. Pour savoir ce que l'Union représente pour eux, elle ne pouvait se soustraire à une évaluation en règle.**

Connue, pas connue ? Que fait-elle et pourquoi ? Qu'attend-on de cette structure régionale ? Telles étaient les grandes lignes de l'étude confiée à l'Institut IPSOS.

Au final, elle a permis de dégager les missions et les thématiques les plus porteuses, et d'optimiser les supports de communication qu'elle met en place, tant sur le fond que sur la forme.

## Une image à redessiner

Force est de constater que l'opinion globale positive des médecins sur leur Union est encore tiède : plus d'un sur cinq ne se prononce pas sur l'image qu'il a de l'Union, ce qui témoigne d'une certaine méconnaissance.

En revanche, **l'indépendance de l'Union est jugée réelle par les médecins interrogés, conférée selon eux par l'élection des membres du Bureau par leurs pairs et son financement par les cotisations des médecins libéraux.**

Si un fort consensus apparaît quant à l'objectivité des travaux de l'Union, les opinions sont beaucoup moins tranchées sur ses autres traits d'image : 60% la considèrent comme dynamique, 58% comme représentative à la fois des généralistes et des spécialiste, 55% jugent qu'elle réalise des actions concrètes, 55% qu'elle est réactive par rapport à l'actualité et 50% qu'elle produit des travaux faisant l'objet de communications opérationnelles.

Quant à la vocation et au fonctionnement de l'Union, ils méritent encore des explications : 79% des interrogés disent ignorer ses modes de fonctionnement, 75% ses responsables, 69% ses sources de financement et 68% ses missions.

L'image de l'Union sur son rôle de porte-parole des médecins auprès des institutions de tutelle ainsi que sur l'aide apportée aux médecins dans leur pratique quotidienne est fortement controversée (respectivement 55% et 69% d'opinions négatives).

L'analyse par cible, révèle que pour l'ensemble de ces opinions, les médecins généralistes sont plus critiques que les spécialistes.

## Outils et thèmes adéquats

Concernant sa capacité à communiquer, les travaux de l'Union semblent en adéquation avec les préoccupations des médecins et leurs attentes multiples.

Le thème « Les urgences et l'organisation de la permanence des soins » est celui qui connaît le plus grand niveau d'intérêt, les autres sujets recueillent des niveaux d'intérêt comparables.

Il est clair que les médecins attendent avant tout de l'Union qu'elle forme et informe les médecins et les usagers, puis qu'elle agisse aussi bien dans l'évaluation des pratiques professionnelles (particulièrement auprès des médecins généralistes) que des besoins médicaux de la population.

## Son dispositif d'information n'est pas remis en cause :

L'impact du magazine « Trait d'Union » auprès des médecins de la région Rhône-Alpes est fort, bénéficiant en déclaratif d'une notoriété de 88% et d'une habitude de lecture régulière conséquente. Les médecins généralistes, les médecins de moins de 45 ans et ceux exerçant en ville sont les moins accoutumés à la lecture du magazine et plus nombreux à ne jamais lire « Trait d'Union ».

## Deux médecins sur trois se déclarent satisfaits par Trait d'Union et 28% insatisfaits.

La périodicité trimestrielle du bulletin est plébiscitée (70% des opinions). Elle sera donc conservée, même si la maquette et le contenu ont été transformés depuis l'enquête pour mieux répondre aux attentes identifiées, ainsi que le logo et la charte graphique des documents édités par l'Union.

## Les autres supports et moyens de communication ont une notoriété largement optimisable :

39% des médecins connaissent l'existence du site Internet de l'URML Rhône-Alpes (davantage connu par les hommes et les 45-55 ans) et 28% l'existence d'affiches (davantage connues par les 55 ans et plus).