

TRAIT d'Union

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



Evaluer les pratiques

Les Dossiers :

Droit et soins

Responsabilité Civile Professionnelle

Evaluation des Pratiques Professionnelles

Démarche, points de références, acteurs, fonctionnement...

Actions

Nouvelle organisation de l'URML RA / Agenda de l'ado /
Test unipodal / Dépistage du cancer du sein...

Systèmes d'information

Colloque ASTRH@

Permanence des soins

Les maisons médicales de garde / Nouveaux décrets



au sommaire :

"Réagir après la canicule, prévenir l'ostéoporose, évaluer nos pratiques, les protéger, les organiser avec la permanence des soins, la télémédecine, les enquêtes auprès des patients... Toutes nos missions, toutes nos actions..."

Brèves

Dates à retenir

Maisons médicales de garde

3 avril 2004

Colloque placé sous la responsabilité de Bernard ROUGIER et Danielle ATAYI

Les droits et obligations des patients. 16^{èmes} entretiens

du centre Jacques Cartier

1 - 2 décembre 2003

Université Jean Moulin Lyon 3

Intervention de Jacques CATON

Les Jeudis de l'Europe

29 novembre 2003

Forum médical lyonnais au Centre de Congrès de l'Espace Tête d'Or Villeurbanne

12 et 13 décembre 2003

Séminaire F.M.C. indemnité

" Contrôle de l'asthme chronique " avec Frédéric GORMAND

Hôtel Axotel Perrache - Lyon 2e

Inscriptions :

Par courrier : Maison d'Hippocrate 20, rue Barrier - Lyon 6e

Par téléphone : 04 72 83 06 83

Par mail : info@jeudis-europe.asso.fr

Séminaire " Prise en charge des personnes âgées "

5 juin 2004

placé sous la responsabilité

d'Emile OLAYA et Jacques CATON

Cette rencontre sur la prise en charge des personnes âgées rassemblera des personnalités politiques et sociales de niveau national, pour faire le point sur les différents aspects et proposer des orientations à l'échelon de Rhône-Alpes.

Les responsables des URML de France qui conduisent des études, des projets dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées seront invités à partager des expériences, faire la synthèse des difficultés communément rencontrées dans les différentes régions et pourquoi pas, aboutir à la rédaction d'une sorte de livre blanc ou plateforme commune de propositions à présenter aux décideurs politiques et sociaux comme pour la permanence des soins.

Publications Rhône-Alpes en ligne sur le site de l'Union :

- Bilan du fonctionnement du FAQSV 2002, URCAM

- Mise en perspective régionale des schémas de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, DRASS-RA

ASTRH@ soutient les usages et services de la télémédecine (Telematic for Health) dans la région Rhône-Alpes et bien au-delà depuis des années.

Les échanges qu'elle organise visent à développer les actions de soins et de maintien à domicile, une meilleure couverture médicale de la ruralité grâce à la télé expertise, et surtout une meilleure circulation des informations entre les structures et les acteurs du monde médical.



contact :

michel.amiel@urmlra.org

Conseiller télémédecine - Président ASTRH@

Colloque : ASTRH@

Association pour la télémédecine en Rhône-Alpes

Dix forums nationaux

Une équipe rhônalpine travaille depuis 2002 sur le thème de la télémédecine, lors de forums d'experts, notamment sur le dossier " médecine partagée ". Les initiateurs d'ATM 74, APICRYPT, Bioserveur, Netcare, TIRCEL, Odyssée, Unimédecine, aXigate, réseaux et systèmes d'information, ont exposé leurs savoir-faire et partagé leurs expériences au cours de nombreuses rencontres qui ont permis de mieux définir la place du patient et le rôle du soignant en télémédecine, valoriser et stimuler les volontés concernées.

Un colloque international

Le Professeur Michel AMIEL, Président d'ASTRH@ et le Docteur Jacques CATON, Président de l'URML Rhône-Alpes souhaitent désormais ouvrir les perspectives de la télémédecine française et déployer ses applications en réunissant acteurs régionaux et européens.

Au programme du **Colloque e-Santé européen inter-régional (Système d'information et dossier médical partagé - Communicating electronic health record)** qu'ils ont initié :

Les innovations réglementaires, la genèse des projets, les obstacles et les exemples de réussites, et des tables rondes prospectives sur la collaboration internationale, la conférence des Quatre Moteurs, la coopération des équipes européennes.

Les quatre moteurs :

- **Bade Württemberg**
Allemagne
- **Lombardie**
Italie
- **Catalogne**
Espagne
- **Rhône-Alpes**
France

Les régions invitées :

- **Wallonie**
Belgique
- **Canton de Genève**
Suisse

Les dates :

- **Juin 2004**
dates et horaires seront précisés ultérieurement

Comité d'organisation :

Président : Pr. Michel AMIEL

Dr. Jacques CATON
Dr. Bernard ROUGIER

PERSONNES AGEES ASSURANCES EN RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE... L'UNION TOUJOURS DANS SON ROLE

Depuis plusieurs années, l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes s'est attaquée aux problèmes de la prise en charge des personnes âgées, avec un premier travail recensant les Etablissements les accueillant dans la région Rhône-Alpes, en préalable à un travail de fond sur leur fonctionnement et leurs difficultés. Plusieurs réunions ont été organisées, avec les personnalités compétentes dans ce domaine, pour essayer de faire évoluer la situation ; une situation que nous avons toujours considérée comme explosive, notamment en matière de déficit de lits de soins de suite. Malheureusement, l'on en a vu une des conséquences lors de la catastrophe sanitaire que représentent les milliers de décès de cet été.

Nous n'avons pas l'intention d'ajouter aux analyses qui ont été faites sur les causes de cette véritable hécatombe, néanmoins, il faudra savoir en tirer les leçons et tout d'abord évaluer, au niveau de notre région, quel a été le nombre exact de décès attribués à la canicule, au moins dans les établissements qui accueillent des personnes âgées et les difficultés rencontrées par ces établissements.

Nous avons été atterrés de voir que certains se défaussaient sur les médecins libéraux - et notamment sur les médecins généralistes - en leur faisant " porter le chapeau " d'une partie de ces décès. En effet, ce ne sont pas les vacances des médecins libéraux qui ont entraîné un engorgement des urgences mais surtout les difficultés en ce qui concerne la politique d'aval des établissements hospitaliers. Il faut par ailleurs en ce domaine agir en amont, car lorsqu'une personne âgée arrive aux urgences, il est souvent trop tard.

Nous travaillons depuis de nombreuses années à essayer de trouver des solutions pour le maintien à domicile des personnes âgées : changement de structures des maisons de retraite, projet avec la Région pour le service à la personne avec un habitat intelligent, développement de la formation des auxiliaires de vie, etc. **Nous avons d'ailleurs prévu d'organiser, à Lyon, le 5 juin 2004, un séminaire sur les Personnes Agées.**

Un autre problème qui risque de devenir explosif en fin d'année est celui des assurances en responsabilité civile professionnelle. Nous en avons fait l'analyse dans ce numéro. Nous avons déjà tiré la sonnette d'alarme lors de l'Etude Démographique sur les gynécologues obstétriciens. Cette étude avait montré qu'au-delà de 10.000 € de primes, la plupart d'entre eux abandonneraient l'obstétrique et nous en avons averti nos tutelles. Les primes d'assurance actuelles vont encore augmenter au cours de l'année 2004. Les chirurgiens orthopédistes ont une prime qui frise actuellement les 15.000 € et qui vraisemblablement sera supérieure à 20.000 € en 2004, cela n'est plus possible et n'est plus compatible avec l'équilibre financier des cabinets médicaux et un exercice médical normal.

Quatre Unions, dont celle de la région Rhône-Alpes, ont été à l'initiative d'un projet intitulé " **Réconcilier Droit et Soins** ", destiné à faire baisser les primes d'assurance.

Ces Unions initiatrices ont vu se rallier à ce travail toutes les autres Unions de France, de Métropole et des Départements d'Outre Mer. Il faut que le Ministère nous entende, ce qu'il n'a pas fait jusqu'à présent. Il faut faire baisser la température au niveau des relations entre l'Assurance Maladie, le Ministère de la Santé et les Médecins Libéraux. Sans cela, d'autres bombes à retardement finiront par exploser et feront un certain nombre de dégâts.

J. CATON
Président



Jacques CATON
Président de l'URML RA

Trait d'Union :

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

URML Rhône-Alpes :

20, rue Barrier 69006 Lyon

Tél : 04 72 74 02 75

Fax : 04 72 74 00 23

E-Mail : urmlra@urmlra.org

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

Directeur de la Publication :

Jacques CATON

Rédacteur en chef :

Bernard MULLER

Editeur délégué :

TRANSIT Communications

18, place Tolozan

69001 Lyon

transit@mci-group.com

Direction :

Jean Louis CLUZEL

Rédaction :

Sylvie FINAND

Conception Graphique :

Raymond GARDE

Crédits photographiques :

© 2003 TRANSIT Communications

Impression : Imprimerie REBOUL

ISSN 1294 - 9671

les maisons médicales de garde : un an de permanence des soins



contact :

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

Confronter les expériences

Avec prudence, le Dr ROUGIER, membre de la Commission Urgences, indique d'emblée ce que ces maisons ne doivent pas devenir : " Selon moi, si elles pallient aux problèmes démographiques qui se posent dans certaines zones rurales, elles ne doivent pas réinventer les dispensaires médico-sociaux, connotés " médecin du pauvre " par la population, ni les centres de santé intégrés avec des médecins salariés. Surtout, elles ne doivent pas devenir des substituts d'urgences hospitalières ".

Une régulation essentielle

Pour éviter les amalgames, les horaires d'ouverture de ces maisons ne concurrenceront pas ceux des cabinets de généralistes. Surtout, le médecin régulateur joue

ra un rôle essentiel d'aiguillage des patients. Le bon usage du médecin par le patient s'installe dès l'appel téléphonique, qui évite les visites à domicile et les réponses par SOS Médecins, souvent inutiles.

Organisation, rémunération, motivation...

La mission des maisons médicales de garde a été reconnue d'intérêt général par la Loi, mais si l'on veut motiver des volontaires, les collectivités territoriales doivent être elles-mêmes volontaristes ! Les besoins organisationnels de ces structures relèvent, entre autres, des Conseils généraux et des Mairies. Les expériences de Rennes et du Havre paraissent probantes, mais il faut savoir que dans certains départements, les médecins refusent le parcours du combattant administratif que représente le montage des maisons de garde. Un toilettage du

système doit donc pouvoir s'opérer au vu des innovations en Rhône-Alpes (Chambéry, Ambérieu...) et ailleurs.

Clarifier les statuts

Pour les libéraux, la modification des textes prévue par le Ministère de la Santé sur l'article 77 du code de déontologie ainsi que sur l'organisation des gardes et la notion de volontariat, a été publiée au Journal Officiel du 16 septembre. Les Comités départementaux pour l'aide médicale urgente devraient devenir des CODAMU PS (Comités départementaux pour l'aide médicale urgente et la permanence des soins) et élargir leurs missions en intégrant les hospitaliers ET les libéraux. Un cahier des charges à destination des Comités départementaux pour l'aide médicale urgente des collectivités locales devrait également les inviter à s'impliquer plus fortement, tout en garantissant le statut libéral de ces maisons de garde. Mais les moyens suivront-ils ? "



contact :

danielle.atayi@urmlra.org
Vice-Présidente du Collège des généralistes

L'exemple des maisons de garde lyonnaises

L'Association des maisons médicales de garde libérales lyonnaises ouvre trois sites. 16 quai général Sarrail (pour les 1er, 2ème, 4ème et 6ème arrondissements); 264 avenue Berthelot (pour les 3ème et 7ème arrondissements); 173 avenue Barthé-

lémy Buyer pour le 5ème. La quatrième maison sera implantée dans le quartier de Vaise (9ème), dans un futur proche.

" L'une des plus grosses difficultés, concède Danielle Atayi, membre de l'AMMGLL, a été de contacter et motiver les médecins

" Les praticiens sont aujourd'hui prêts à s'investir et attendent l'ouverture des maisons avec impatience ! "

des différents arrondissements de Lyon, et de leur présenter l'intérêt du projet. La désaffection pour les gardes s'accroît, nous avons donc mis du temps à donner une image positive de nos maisons. Nous avons exposé aux praticiens qu'ils travailleraient dans des conditions sécurisantes, avec des fréquences de garde moins contraignantes et une meilleure gestion des appels. Ils sont aujourd'hui prêts à s'investir et attendent l'ouverture des maisons avec impatience ! "

Le problème épineux de la régulation des appels a trouvé une solution. Une convention est en voie de finalisation avec le Centre 15 et en collaboration avec l'Ordre des Médecins du Rhône. Aux heures d'ouverture des maisons médicales de garde, les appels seront régulés par un

médecin de l'AMMGLL, qui orientera les patients vers la structure de soins la plus adaptée. Ces cabinets recevront les patients appelant pendant les heures de permanence des maisons médicales. Ils seront équipés de matériel pour les gestes de petite chirurgie (sutures) et seront dotés d'électrocardiogrammes. En aucun cas ces maisons médicales ne remplaceront le SAMU. En cas d'urgence vitale, les médecins de ces maisons auront la possibilité de faire intervenir les équipes du SAMU en priorité. Un médecin fixe et une secrétaire accueilleront les patients ; pour les personnes intransportables, un médecin volant se déplacera avec un chauffeur. Les maisons médicales de garde seront ouvertes de 19h à minuit en semaine, le samedi de midi à minuit et le dimanche de 10h à minuit.

Pour inaugurer le logiciel médical et de recueil épidémiologique Episodus, la commission Systèmes d'Information* organise une étude simple sur la prise en charge des patients obèses dans les cabinets de médecine générale, en région Rhône-Alpes.

EPISODUS : test grandeur nature avec une enquête sur l'obésité



Forte implication des médecins rhônalpins

" Nous n'espérons que 30 inscrits, explique Jean-François Brûlet, mais le fort taux de participation volontaire à cette première (plus de 750 réponses sur l'ensemble des médecins généralistes régionaux sollicités) a porté à 50 le nombre de praticiens enquêteurs. Ils ont été tirés au hasard parmi un panel de volontaires en Rhône-Alpes, en cherchant une représentativité pour la répartition géographique et l'âge.

Tous se servent de l'un des quatre logiciels de cabinets les plus fréquemment diffusés (Axisanté, Médigest,

programmées dans le trimestre de recueil des données ; au cours de ces journées, le médecin relèvera toutes les consultations de la journée en indiquant : motif de contact - poids - taille - âge - sexe - obésité ou non selon le médecin. Ces trois journées constitueront une base de comparaison statistique.

Le mode de recueil des données et utilisation d'Episodus

Le médecin fait son relevé de consultation dans son dossier médical informatisé habituel.

Lorsqu'il effectue une consultation d'un patient considéré comme obèse, il

Les données recueillies feront l'objet d'un traitement statistique par les soins du service d'épidémiologie qui a participé à la préparation de l'enquête. Les résultats seront diffusés par l'URML RA en 2004.

contact :
jean-francois.brûlet@urmlra.org
Commission Systèmes d'Information - URML RA

* Messieurs LETRILLIART (épidémiologiste et chef de projet), BRULET, BARBEDIENNE, ROUGIER, DESCOMBE, BREMOND, FRANCOIS.

Le comité scientifique : Laurent LETRILLIART, Martine LAVILLE, Cyrille COLIN, Michel AMIEL, Jacques CATON.

Episodus recueille alors l'information de façon automatique dans le logiciel métier habituel du praticien

Eglantine, Hellodoc), afin de constituer des groupes homogènes pour la formation. La journée de formation que chacun suivra entre septembre et octobre portera sur l'installation et l'utilisation du logiciel Episodus dans le cadre de l'enquête. "

La méthode

Le recueil des données s'appliquera du 20 octobre 2003 au 20 janvier 2004, à toutes les consultations faites à des hommes ou femmes en dehors de la grossesse, de plus de 18 ans et "considérés comme obèses" par le médecin, qu'ils consultent ou non pour leur problème de poids.

Les éléments à relever au cours de la consultation concernent le poids, la taille, l'âge, le sexe, le motif de la consultation, la prise en charge ou non de l'obésité ; si oui : sous quelle forme (choix dans une liste), les autres problèmes gérés pendant la même consultation.

Par ailleurs, trois journées test sont

déclenche le relevé des éléments utiles de cette consultation par le logiciel.

Episodus recueille alors l'information de façon automatique dans le logiciel métier habituel du praticien. Le traitement de l'information dans Episodus consiste à coder les motifs de rencontre et les diagnostics selon la CISP, puis à les organiser en épisodes de soins le long d'une ligne de vie. L'ensemble des tâches est automatisé et prend moins de 45 secondes pour un médecin entraîné.

Traitement épidémiologique

Les données recueillies sont anonymisées avant d'être expédiées par courrier électronique vers un serveur d'épidémiologie (serveur Prométhée déjà utilisé en Ile de France).

L'expédition des messages regroupés est effectuée comme pour la télétransmission, soit en fin de journée, soit à chaque message selon le type de connexion téléphonique ; le message est très court, et passe en quelques secondes.

Brèves

Sommet Mondial des Villes sur la Société de l'Information 4 - 5 décembre 2003

Le sommet de LYON, carrefour mondial de valorisation, d'information et d'échanges réunira 500 représentants des villes et acteurs locaux de tous les continents. Il introduira le Sommet Mondial sur la Société de l'Information (SMSI) qui se tiendra à Genève du 10 au 12 décembre. Ces sommets viseront à "démocratiser" l'usage des nouvelles technologies de l'information à travers le monde.

Brèves

Améliorer sans pénaliser



Depuis quelques années, de multiples secteurs de l'économie s'impliquent dans l'évaluation et la certification de leurs pratiques (les normes ISO en témoignent), mais les médecins libéraux restent réticents face à cette démarche. Pour beaucoup, l'évaluation suppose un contrôle, une répression, voire des sanctions et un risque de restriction à la pratique libérale.

contact :

guy.chauplannaz@urmlra.org
Commission évaluation
des pratiques professionnelles

Guy CHAUPLANNAZ (Président de l'Association des Neurologues Libéraux de Langue Française, Chargé de projet ANAES pour les référentiels en neurologie et Responsable de la Commission évaluation URML) rappelle que l'EPP est une démarche **volontaire et non-sanctionnante**, à la différence de l'accréditation des établissements hospitaliers, obligatoire et sanctionnante. " Seuls des manquements graves à la sécurité des patients, précise-t-il, non corrigés après observation par le médecin habilité, peuvent faire l'objet d'un signalement au Conseil de l'Ordre. Et à la différence des systèmes de certifications ISO, la satisfaction des clients - patients n'est pas prise en compte. " Ce spécialiste de l'évaluation met en avant deux aspects hautement positifs de ce principe : " Elle apporte une crédibilité vis à vis du patient et elle oblige à être rigoureux. Ce qui, à terme, simplifie la pratique. En renseignant d'emblée tous les critères du dossier patient, par exemple, on évite les recherches ultérieures qui perdent du temps. "

Démarche collective ou individuelle

Le décret du 28 décembre 1999 donne à tout médecin libéral la possibilité de réaliser un audit de sa pratique avec l'aide d'un confrère libéral, le médecin habilité (MH). L'EPP est un service rendu qui apporte un regard extérieur, confidentiel et confraternel

sur la pratique professionnelle. Pour l'EPP collective, une réunion d'appropriation d'un référentiel est organisée par un groupe de médecins libéraux, le plus souvent groupe de FMC, sous la conduite d'un MH. Chaque participant réalise un audit de sa pratique à l'aide du référentiel, puis il en communique les résultats au MH. Ce dernier restitue les résultats au groupe sous une forme collective, lors d'une seconde réunion. Chacun peut alors situer sa pratique par rapport au groupe et aux recommandations, sans nommer personne.

Les points de référence

La première série de référentiels utilisés pour l'évaluation des pratiques a été élaborée pour la médecine générale. Les 10 questions posées se basent sur les recommandations de bonne pratique de l'ANAES, de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé pour ce qui concerne le médicament, et des sociétés savantes, en collaboration avec les professionnels de santé. Les référentiels permettent de mesurer l'application de ces recommandations dans la pratique quotidienne.

Les spécialistes ne sont pas en reste puisque 5 spécialités ont déjà leurs grilles : cardiologie, dermatologie, neurologie, gynécologie et ORL. Ces référentiels, encore débattus pour les deux dernières spécialités, sont en cours d'élaboration pour de nombreuses autres spécialités. Les documents de recommandations ou les conférences de consensus (à revoir tous les 5 ans), l'étude de la littérature

et les avis d'experts sont rassemblés, pour chaque spécialité, par un groupe de travail restreint de 5 à 8 praticiens libéraux, qui définit les objectifs des bonnes pratiques, leurs critères d'évaluation et enfin une grille d'audit. Un groupe élargi de 40 professionnels valide les objectifs, les critères et les grilles. Pour la neurologie par exemple, le premier référentiel a été basé sur le texte long de la Conférence de Consensus sur la maladie de Parkinson. Les référentiels seront bien sûr adaptés aux évolutions scientifiques.

Les acteurs

Le décret précise les rôles respectifs des organisateurs de l'EPP : 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 candidature 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.

Budget

L'évaluation d'un médecin est estimée à environ 1300 €. Une visite est indemnisée à 12 C, un rapport 12 C, soit 720 €, sans compter les frais de déplacement du MH, les frais de secrétariat et d'impression. En Rhône-



Alpes, 1000 médecins devraient être évalués chaque année, en vitesse de croisière. Pour la phase expérimentale, la région a demandé 50 MH, et provisionné deux évaluations de la part de ces MH sur l'année. Chaque évaluation dure environ deux jours. " L'idéal, note Guy CHAUPLANNAZ, serait que chaque MH réalise 5 EPP par an. Mais au-delà de la phase expérimentale, l'extension de l'EPP à toutes les régions de France va poser la grave question de son financement. Les ressources des URML ne suffiront pas. Le recours à la démarche collective, moins coûteuse que l'EPP individuelle, pourra être une solution."

son activité à partir du référentiel sur le dossier médical et d'un second référentiel choisi parmi les référentiels disponibles. Il prend rendez-vous à sa convenance avec le MH pour une demi-journée de visite au cabinet, au cours de laquelle le recueil des données réalisé est complété par un échange confraternel au sujet d'un échantillon de dossiers anonymisés. Les médecins identifient ensemble les points qui peuvent faire l'objet d'une amélioration et élaborent un programme d'action.

Immédiatement après la visite, un pré-rapport est établi en concertation avec le médecin évalué.

Forte motivation en Rhône-Alpes

Depuis 2001, l'URML RA a participé comme Union observatrice à la mise en place de l'expérimentation de l'EPP dans quatre régions pilotes (Basse-Normandie, Lorraine, Nord-Pas de Calais, Ile de France). Dans ces régions, près de 500 candidats au rôle de MH ont fait l'objet d'une rigoureuse sélection assurée par l'ANAES avec le concours d'un cabinet de recrutement, et après l'avis du Conseil de l'Ordre. 93 médecins libéraux (50 généralistes et 43 spécialistes) ont été retenus à l'issue d'une

Au centre de l'évaluation

Le dossier médical est l'objet central de l'évaluation : il est la meilleure source d'informations disponibles sur la pratique médicale. La tenue de ce dossier est en elle-même le thème d'une recommandation de l'ANAES. Les éléments qu'il rassemble permettent la comparaison entre la pratique du médecin et les pratiques idéales spécifiées dans les référentiels validés par les professionnels. La mesure des écarts avec la tenue idéale ouvre un champ de solutions pour améliorer la qualité des soins.

Comment ça se passe ?

Tout médecin intéressé adresse une demande à son Union régionale. Celle-ci désigne les MH qui l'aideront dans sa démarche d'évaluation. Un guide pratique qui comprend la méthodologie à utiliser et les référentiels est remis au médecin qui peut ainsi mener à bien son auto-évaluation et préparer la visite du médecin habilité. Le travail personnel du médecin consiste à décrire objectivement sa pratique et analyser

Un rapport définitif est adressé par le MH au médecin engagé, et à lui seul. Enfin, le MH informe l'Union de la fin du cycle d'évaluation. Celle-ci adresse une attestation au médecin évalué et au Conseil départemental de l'Ordre. Le médecin pourra alors en faire mention selon les dispositions prévues par l'article 79 du Code de déontologie médicale, lorsque l'Ordre aura modifié cet article dans cette optique.

formation de deux week end et d'une auto-évaluation avec un autre confrère.

En juin 2003, 392 volontaires rhônalpins ont répondu à l'appel de l'Union, " souvent des personnes investies dans la FMC, curieuses, ouvertes, ou désireuses d'autres horizons que ceux de leur pratique quotidienne ", constate Guy CHAUPLANNAZ, tout en précisant qu'aucun profil précis n'était recherché.

La nouvelle organisation de l'Union

Comme il est prévu dans les textes, le voici la liste des responsables de l'URML



Jacques CATON
Président de l'URMLRA

jacques.caton@urmlra.org



Etienne CROZIER
Vice-président

etienne.crozier@urmlra.org



Bernard ROUGIER
Secrétaire général

bernard.rougier@urmlra.org



Pierre BERTHET
Secrétaire adjoint

pierre.berthet@urmlra.org



Jean-Paul DONZEL
Trésorier

jean-paul.donzel@urmlra.org



Georges GRANET
Trésorier Adjoint

georges.granet@urmlra.org

Le bureau

Président : Jacques CATON

chirurgien orthopédiste (69) CSMF

Vice président : Etienne CROZIER
généraliste (69) SML

Secrétaire général : Bernard ROUGIER
généraliste (38) CSMF

Secrétaire adjoint : Pierre BERTHET
radiologue (38) SML

Trésorier : Jean-Paul DONZEL
anatomopathologiste (73) CSMF

Trésorier adjoint : Georges GRANET
généraliste (69) FMF

Collège des spécialistes

Président : Jean DERRIEN
gynécologue (69) FMF

Vice président : Bernard MULLER
anatomopathologiste (74) CSMF

Secrétaire : Dominique ROUHIER
gastro-entérologue (26) CSMF

Très pris par ses fonctions de Président du Conseil de l'Ordre du Rhône, Patrick ROMESTAING ne s'est pas représenté au poste de Président du collège des spécialistes :

" Mes responsabilités au Conseil de l'Ordre, qui comprend 8000 médecins, occupent une large part de mon emploi du temps. En quittant le bureau de l'URML, je souhaitais redonner toute sa clarté à mon statut ordinal. J'ai eu beaucoup de satisfaction à travailler au sein de l'Union, en collaboration avec Jacques CATON, et je tiens à mener à terme les travaux que j'ai entamés en tant que Président de la Commission Démographie médicale.

Ce thème me passionne, et je poursuis avec grand intérêt le pilotage de plusieurs études. Notamment sur la féminisation de la profession et sur le transfert de compétences, avec le Dr PEGOURIE, ophtalmologue. "

Jean DERRIEN, qui lui succède au poste de Président, expose ses motivations :

" Je souhaite tout simplement prolonger et amplifier les orientations prises par l'équipe précédente, et aider les spécialistes libéraux dans l'exercice de leur profession. Mon intention est de mettre à leur disposition, comme le prévoit le décret de fondation des Unions, les renseignements et informations concernant l'exercice de la médecine libérale (l'organisation du temps de travail, la démographie médicale, les transferts de charge du secteur public sur le secteur libéral...)

Je crois en effet que d'une manière générale, les professions libérales se connaissent mal et que la médecine libérale, en particulier, n'a pas conscience de sa valeur ajoutée, de son efficacité et de son efficience. Au-delà de nos pratiques individuelles, nous devons nous percevoir

comme un groupe face à des interlocuteurs avertis. Le statut d'Union nous permet d'étudier les paramètres qui font de nous une force de proposition. Notre poids économique, par exemple, doit appuyer notre participation dans les actions engagées par l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale. Notre rôle est de faire entendre la position et de maintenir la place de la médecine libérale, organe remarquable et unique dans sa proximité du terrain. "

Collège des généralistes

Président : Emile OLAYA (07) FMF

Vice présidente : Danielle ATAYI (42) CSMF

Secrétaire : André MILLON (69) CSMF

Stabilité à la tête du collège des généralistes : le Président sortant, actif dans plusieurs commissions et initiateur de nombreuses enquêtes et rencontres est reconduit dans ses fonctions.

Le recentrage actuel sur les problématiques majeures de notre profession est le fruit de neuf années d'existence et d'expérience de l'Union. Notre instance se restructure pour être en phase avec les attentes des médecins et des institutions partenaires.

L'évolution récente de en droit médical français



contact :
jacques.caton@urmlra.org
Président de l'URML RA



Par le biais de 10 propositions soumises au Ministère de la Santé, les URML Rhône-Alpes, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Basse-Normandie, Provence Côte d'Azur, souhaitent modifier les dernières lois KOUCHNER et ABOUT, pour freiner l'augmentation vertigineuse des primes d'assurance, à l'heure où les assureurs annoncent une nouvelle hausse de leurs tarifs, déjà multipliés par 10 en un an pour certaines spécialités
(ex : chirurgie orthopédique, cotisation de 20.000 € à prévoir).

On comprend aisément que cette inflation n'est pas compatible avec l'équilibre économique des établissements hospitaliers, des cliniques privées et des cabinets médicaux libéraux. Au-delà de l'insécurité financière, une pénurie de médecins s'installe dans ce contexte dommageable pour toute la société, puisque la France manque déjà de gynécologues obstétriciens, d'anesthésistes et de chirurgiens. Ainsi, par exemple, en 2002 à Paris, aucun lauréat du concours de l'internat en médecine n'a choisi la discipline de la chirurgie digestive, jugée trop risquée par les futurs praticiens...

Le contexte juridique

Traditionnellement, en droit français, le médecin était tenu pour responsable de sa faute lorsque le patient ou sa famille établissait un lien de causalité entre la faute et le dommage subi.

Mais, depuis une vingtaine d'année, la jurisprudence tend à protéger les intérêts du patient, comme le montrent de récents arrêts de la Cour de Cassation, la loi KOUCHNER du 4 mars 2002 et la loi ABOUT du 30 décembre 2002, qui ont grandement modifié l'environnement judiciaire de l'exercice médical en France.

Désormais, le médecin n'est pas seulement tenu de donner des soins

conscientieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, mais il a également des obligations d'information envers son patient, et des obligations de moyens, de résultat et de sécurité.

Pour ce qui concerne l'obligation particulière d'informer, la loi Kouchner cumule désormais les critères de fréquence et de gravité des risques encourus, et attribue la preuve de la charge aux professionnels ou à l'hôpital public ou privé.

Comment les médecins payent les inondations (Cf. Article 5 de la loi About)

Les réformes du droit français ont exposé les médecins, les hôpitaux et leurs assureurs à une maîtrise difficile et aléatoire du risque médico-légal. On peut donc craindre que l'objectif du législateur, qui était de mieux protéger les patients, ait des effets pervers dans la prochaine décennie. Pour contrer ces effets indésirables, les propositions des URML, sans bouleverser l'état de droit, ont une seule ambition : servir l'intérêt commun des praticiens et des usagers de la santé.

Proposition n°1

La proposition n°1 des URML va à l'encontre de l'article 5 de la loi About selon lequel lorsqu'un praticien change d'assu-

rance, c'est le nouvel assureur qui prend en charge tout son passif, l'ancien assureur pouvant se retirer du marché en emportant les cotisations sans être responsable des sinistres passés. Ce principe favorise les assureurs qui se sont retirés du marché, or les URML considèrent qu'il convient de rétablir la responsabilité des assureurs pour toute la durée de responsabilité des médecins libéraux qui s'étend, pour les actes antérieurs au 5 mars 2002, aux trente années passées, et même au-delà, jusqu'à 48 ans auparavant (soit l'année 1954) lorsque ces actes ont porté sur une personne mineure.

Proposition n°2

La proposition n°2 a pour but de réduire les prérogatives d'actions récursoires des Caisses d'Assurance Maladie aux seules hypothèses des fautes inexcusables ou intentionnelles des praticiens.

Proposition n°3

La proposition n°3 permettrait de partager avec l'assurance maladie une partie du risque civil professionnel qui pèse sur les médecins et les cliniques, en le gérant au sein d'une seconde section de l'ONIAM.

Bureau de l'Union est renouvelé tous les trois ans. Après les élections de juin, RA et leurs contacts.



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



Bernard MULLER
Vice-Président du Collège
des médecins spécialistes
bernard.muller@urmlra.org



Dominique ROUHIER
Secrétaire du Collège
des médecins spécialistes
dominique.rouhier@urmlra.org



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



Danielle ATAYI
Vice - Présidente du Collège
des médecins généralistes
danielle.atayi@urmlra.org



André MILLON
Secrétaire du Collège
des médecins généralistes
andre.millon@urmlra.org

Le point sur les priorités de l'URML RA avec le Dr Marc BREMOND

Si on s'interroge sur le rôle de l'Union à la lecture des actions dans lesquelles elle est engagée, trois niveaux de missions apparaissent.

Le premier concerne la **présence de l'Union** dans le fonctionnement de diverses instances et commissions **auprès des partenaires institutionnels régionaux**, qu'ils soient administratifs ou politiques (ARH, URCAM, DRASS, Conseil Régional, Rectorat, ORS, etc). Citons par exemple sa participation au conseil d'orientation pour la révision du SROS, au comité de pharmacovigilance, au réseau de documentation, au comité de gestion du FAQSV.

Le deuxième niveau concerne l'**activité de production de travaux d'études**, soit directement pilotés par l'Union, soit menés conjointement avec d'autres organismes comme par exemple les études sur la démographie, sur les systèmes d'information, sur les cabinets libéraux, etc.

Le troisième concerne la **réalisation d'actions** visant l'accompagnement des professionnels de santé libéraux dans la **mise en œuvre de changements sur le terrain**. L'Union s'implique actuellement dans l'évaluation des pratiques professionnelles, la mise en place d'innovations organisationnelles (maisons médicales de garde, système d'information partagée ville-hôpital).

Confronté depuis deux ans à la montée

en puissance de ces actions, le bureau de l'Union a souhaité récemment revoir l'organisation interne de l'URML RA pour tenter de mettre en phase son fonctionnement avec son développement.

Cette réorganisation interne vise à rendre lisibles l'action et les missions de l'Union pour favoriser une meilleure articulation avec les demandes concernant l'organisation de la vie professionnelle qui émanent des médecins libéraux de la région Rhône-Alpes.

Les six commissions

La commission " Systèmes d'information " couvre tous les aspects de la vie professionnelle qui sont directement reliés avec la question du partage et de l'échange d'informations comme par exemple le dossier médical partagé.

La commission " Dépendance " assure la responsabilité des études et des travaux de terrain pour promouvoir de nouvelle forme d'organisation visant à préserver l'autonomie des personnes notamment âgées dans leurs recours au système sanitaire et médico-social.

La commission " Analyse des besoins et organisation des soins " prend en charge les travaux comme ceux de la démographie médicale, comme l'analyse de la demande de soins vue par les usagers, comme l'accompagnement des réseaux de santé.

La commission " Evaluation des pratiques professionnelles " va accompagner sur le terrain les premières expériences rhônalpines d'évaluation des pratiques en médecine libérale en coordination avec l'ANAES.

De cette réflexion est né un découpage en six axes de travail animés chacun par une commission. Par ailleurs deux thèmes font l'objet d'une approche plus transversale.

La commission " Etablissements de soins " pilote des travaux portant sur les réorganisations des pratiques libérales en établissements de soins.

La commission " Droit et soins " assure un travail de vigilance sur les liens entre les textes réglementaires définissant les droits des patients et les conditions d'intégration de ces nouvelles données dans la pratique professionnelle.

A côté de ce découpage en commissions, deux autres structures au travail plus transversal viennent s'ajouter :

Le comité de "pilotage des actions et études en santé publique " qui constitue une innovation puisqu'il a en charge la coordination de l'investissement de l'Union dans les différentes études, actions et participations aux instances qui relèvent de ce champ.

La commission " communication " prend en charge le travail de liaison et de communication avec les partenaires de l'Union et les médias.

la preuve

La création de cette seconde section serait destinée à couvrir la quasi-totalité des préjudices subis par les patients en cas de cause médicale, hors les fautes détachables du service, la première section n'ayant prévu de ne prendre en charge que les dommages les plus graves (taux d'invalidité supérieur à 25% ou arrêt de travail égal ou supérieur à six mois).

Cette seconde section de l'ONIAM viendrait :

- abonder une participation des assurés eux-mêmes comme l'a suggéré le rapport Domergue, sous la forme d'un forfait patient.

- L'Assurance Maladie en serait le co-financeur partiel. De ce fait, il n'y aurait plus de droit de recours contre les praticiens

- et enfin les praticiens eux-mêmes y participeraient.

Cette proposition permet la simplicité et la rapidité de l'indemnisation des patients et de leurs familles, la sécurité pour les patients, la transparence des tarifs d'assurance, la sérénité pour les praticiens et la responsabilité de tous les acteurs. Ces propositions ont été validées par la totalité des Présidents d'URML lors de leur Assemblée Générale du 5 juillet 2003. Ces propositions qui doivent aboutir à l'élargissement de l'indemnisation des patients, doivent permettre une véri-

table évaluation et une gestion du risque médical par une transparence sur la sinistralité. Toutes ces propositions pour réconcilier Droit et Soins, organisées par les URML, ont pour but de mutualiser le risque pour les accidents non imputables à une faute intentionnelle ou inexcusable, de faire baisser les primes d'assurance, d'assumer la responsabilité des médecins uniquement pour les fautes inexcusables et d'organiser " le risk management ".

Les autres propositions

Elles ont pour but de réécrire la loi du 30 décembre 2002 afin d'écarter toutes les hypothèses de trou de garantie, ainsi que le titre 1er de la loi du 4 mars 2002 afin d'écarter le risque d'une résurgence de la jurisprudence Perruche. Les URML souhaitent également supprimer la disposition de la loi du 4 mars 2002 qui donne droit aux patients à être partie au procès disciplinaire, alors qu'ils peuvent déjà se porter devant les juridictions civiles et pénales ; enfin, elles veulent redéfinir l'obligation d'information du patient par le praticien et fixer précisément les limites du droit reconnu au patient de refuser des soins.

Brèves

Etude du coût de trois interventions chirurgicales

Cette étude analyse le coût de revient des 3 interventions suivantes :

- la résection endo-urétrale de prostate
- la cholécystectomie
- la prothèse totale de la hanche

Le cabinet CEMKA EVAL est chargé de cette mission par l'URML RA. Cinq établissements de soins, deux publics et trois privés, ont été choisis. Ce sont les comptes facturés à l'assurance maladie qui vont être calculés en fonction des différentes informations disponibles dans les établissements.

Les cliniques Emilie de Vialar et Trénel ainsi que l'infirmier protestante ont été visitées.

Le cabinet CEMKA a également rencontré un des directeurs adjoints des HCL pour l'hôpital Lyon Sud et le CH de Villefranche sur Saône.

La Newsletter de l'URML RA Arrive sur vos écrans !

Brève alerte sur les points chauds de notre actualité de médecine libérale, elle donne rendez-vous tous les mois aux abonnés. L'URML RA souhaite plus que jamais ouvrir les débats, sensibiliser les consciences, prendre sa place au cœur de la réorganisation du système de santé.

Outil d'information immédiate, la Newsletter annoncera sans délais les travaux de l'Union : les études en cours, les synthèses des résultats, les actions et manifestations à suivre.

Fenêtre ouverte sur l'activité libérale, cette page informative renverra par des liens multiples au site Rhône-Alpes www.urmlra.org et aux sites des autres Unions pour faire connaître leurs publications majeures.

La bibliographie du service de documentation de l'Union sera elle aussi accessible directement par des liens vers les PDF concernés, pour que chacun puisse télécharger les travaux qui l'intéressent.

Pour s'abonner ou se désinscrire : <http://www.urmlra.org/newsletter/suscribe.php>

Dépistage du cancer du sein

pratiques, perception et difficultés rencontrées



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



contact :
jp.ferley@careps.org
Jean-Pierre FERLEY
Directeur du CAREPS

Contexte

Préalablement à la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein l'URML Rhône-Alpes a souhaité mieux connaître la manière dont se déroule une consultation de dépistage et les difficultés rencontrées par les praticiens.

Objectifs

Décrire les caractéristiques et le contenu d'une consultation de dépistage ; repérer la nature des réticences exprimées par les patientes et

des difficultés rencontrées par les médecins ; analyser leur position en regard du dépistage organisé.

Méthode

Enquête transversale réalisée par le CAREPS auprès de 176 généralistes et 85 gynécologues volontaires (solicitation d'un échantillon aléatoire de 1327 praticiens). Dénombrement prospectif pendant 2 semaines de toutes les consultantes de 50 à 74 ans et enquête systématique sur celles n'ayant pas passé de mammographie dans les 24 mois. Questionnaire complémentaire sur les pratiques générales du médecin.

Résultats

1296 fiches ont été remplies pour des patientes n'ayant pas passé de mammographie dans les 24 mois. Certaines ont exprimé des réticences lorsque le dépistage était abordé : sentiment de ne pas être concernée (36%), peur de savoir (31%), douleur provoquée par l'examen (29%), doutes quant à

l'efficacité (19% en médecine générale). Certains éléments sont pointés par 20 à 30% des médecins comme susceptibles de limiter réellement leur adhésion : lourdeur administrative, non adaptation de la nomenclature et, pour les gynécologues, crainte d'une évolution vers une médecine encadrée, dévalorisation de la position du médecin libéral. Cependant, 71% des généralistes voient dans le dépistage organisé une avancée certaine (80% dans les départements où il existe déjà et 57% dans les autres). Les autres n'y voient qu'une avancée relative (9%), voire aucune avancée (11%). Les gynécologues apparaissent plus réservés : avancée certaine pour 54% (de manière voisine dans les 2 groupes de départements). Le dépistage organisé est jugé plutôt complémentaire de l'exercice libéral par 85% des généralistes et 76% des gynécologues et plutôt en interférence par 15% et 24%. La complémentarité est plus souvent relevée chez les généralistes des départements où existe un dépistage organisé mais la position des gynécologues est pratiquement identique dans les deux cas.

Conclusions

Les médecins généralistes interrogés expriment majoritairement une opinion favorable au dépistage organisé du cancer du sein, d'autant plus s'ils exercent dans des départements où préexiste une telle organisation. Des réserves plus fréquentes, quoique encore minoritaires, sont relevées chez les gynécologues, de manière comparable dans les départements avec dépistage organisé et dans les autres. Ces réserves expliquent que la pratique du dépistage individuel soit toujours très répandue même là où est proposé un dépistage organisé. L'étude a également permis de pointer l'existence d'une proportion encore importante de femmes non correctement suivies sur le plan mammographique et d'identifier leurs réticences.

Enquête sur l'URML RA : remerciements aux répondants

Deux groupes de médecins libéraux urbains et ruraux ont été réunis les 26 mai et 2 juin au siège d'IPSOS Régions à Lyon pour établir un bilan d'image et de communication de l'URML RA. A partir de cette phase d'analyse qualitative, l'institut a interrogé 200 médecins sur 8 départements (volet quantitatif) du 26 juin au 3 juillet pour mieux connaître son image auprès de ses membres.

L'URML RA remercie tous les praticiens qui ont accepté de participer aux diverses phases de cette investigation. Leurs avis, positifs ou négatifs, permettront d'améliorer encore les modes d'action et de communication de l'Union.

Nouvelle charte graphique

La plupart des Unions françaises portent le sigle URML, en conséquence l'UPML Rhône-Alpes entre dans la logique nationale et abandonne le " P " de " Professionnelle " au profit du " R " de " Régionale ". Les adresses mail, le site web et l'ensemble de la communication de l'Union Rhône-Alpes intègrent le changement de sigle pour une meilleure lisibilité auprès des confrères, des autres Unions et de nos partenaires.

Dans la foulée du renouvellement de nom et de charte graphique, un nouveau logo simplifie et réactualise l'ancien, tout en conservant son esprit. L'arbre à huit branches représentant les huit départements, davantage stylisé, reste vert, symbolisant la végétation, la vie et l'espoir.

Café de la Santé

L'association " La santé du droit " organise, comme l'an dernier, une série de rencontres à la Maison des Ecritures (26, place Bellecour - Lyon 2e). Les thèmes abordés par des hommes de Loi et de médecine au cours de débats ouverts au public, traitent des interactions entre droit et santé (le dossier du patient, la santé en prison...). Pour connaître le programme 2004-2005, consulter www.santedudroit.com ou contacter Brice de Sandol Roy, Président de l'association, au 06 64 45 93 27. Par mail : bdesandolroy@free.fr

Nouveaux décrets

La permanence des soins repose désormais sur :

- le volontariat individuel
- l'organisation départementale :
 - un CODAMU modifié (CODAMU-PS)
 - une régulation centralisée sur le centre 15 SAMU ou interconnectée
 - des horaires de PDS précisés (en dehors de l'ouverture des cabinets)
 - la réponse à l'appel régulé peut être une consultation (au cabinet) mais pas forcément une visite



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

Le premier décret modifie l'article 77 du code de déontologie qui devient :

" Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent. "

Il se borne donc à renvoyer au second décret dont voici les grandes lignes :

" La permanence est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le CODAMU.

" Le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques et en tenant compte de l'offre de soins existante, après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et du CODAMU.

" L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU.

" Les médecins libéraux peuvent participer à la régulation. "

Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat. En cas d'absence ou d'insuffisance constatée par le Conseil départemental de l'ordre, ce conseil, après avis des organisations représentatives des médecins libéraux et des médecins des centres de santé, complète le tableau de permanence en tenant compte de l'état de l'offre de soins disponible.

"A la demande du médecin chargé de la régulation médicale, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou, le cas échéant, par une visite.

"Un cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. Ce cahier des charges est établi sur la base d'un cahier des charges type fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Il comporte notamment l'état de l'offre de soins et l'évaluation des besoins de la population. Il fixe les modalités de détermination des secteurs géographiques,

prévoit les indicateurs d'évaluation et précise, le cas échéant, les collaborations nécessaires entre les médecins assurant la permanence et les structures hospitalières. Il précise en outre les modalités de participation des médecins spécialistes. Il est arrêté par le préfet après avis du CODAMU.

" La présence des médecins libéraux au sein des CODAMU est renforcée par :

- Un médecin représentant l'Union régionale des médecins exerçant à titre libéral.
- Un médecin d'exercice libéral désigné sur proposition des instances localement compétentes de chacune des organisations représentatives au niveau national.
- Un représentant de chacune des associations de permanence des soins lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de permanence des soins au niveau départemental. "

Ce qui n'est pas dans le décret :

Le financement des associations locales et départementales par les collectivités locales (Conseil général, Mairie, regroupement de communes) n'a pas été rendu obligatoire dans le texte. Mais elles peuvent participer au financement

à différents niveaux : support de régulation libérale, maison médicale de garde, véhicule dans les villes, sécurité des effecteurs, aide au transport des patients par ambulance ou pompiers, matériel médical, etc...

Ce financement est donc laissé au bon vouloir des politiques locaux qui doivent prendre leur responsabilité. Il vaut mieux forcer les Préfets à effectuer des réquisitions qui devront être justifiées à chaque fois qu'accepter un mauvais accord local.

Art et culture en milieu hospitalier public et privé et en médecine ambulatoire

Créée par la Commission Art et Culture, l'association Loi 1901 " 11 000 salles d'attente, 11 000 galeries d'art " a pour vocation d'améliorer la qualité des soins en introduisant l'art dans tous les " lieux de santé ".

Des expositions devraient donc fleurir dans les établissements de santé privés ou publics (hôpitaux et cliniques) mais aussi dans les cabinets de médecine de ville. L'idée est d'apporter de nouveaux espaces d'inspiration et d'exposition aux artistes, une démarche enrichissante pour les médecins et une expérience culturelle anti-stress pour les patients, sachant qu'en moyenne le temps d'attente chez le généraliste est de 20 minutes.

Depuis sa création, sous la présidence de Jacques CATON, l'association " 11 000 salles d'attente, 11 000 galeries d'art " réfléchit à une collaboration avec l'Artothèque de Villeurbanne pour des prêts d'œuvres ; à l'accueil d'un artiste en résidence dans un établissement de soins ; à un travail artistique autour de plusieurs symptômes et des expositions tournantes. Un travail de commande à un photographe sur le thème des salles d'attente fera l'objet d'un appel d'offres avec production d'œuvres qui seraient exposées dans les cabinets des médecins.

Cette nouvelle dynamique entre l'art et la santé s'explique à l'échelle locale par les ponts qui relient désormais, au niveau national, le Ministère de la Culture et de la Communication et le Ministère de la Santé. Ces deux structures partagent les préoccupations actuelles des hôpitaux et tendent à améliorer l'ouverture sur la cité, la qualité humaine de la prise en charge des patients, les conditions de travail des personnels. C'est dans cet esprit qu'une convention vient d'être passée entre la Direction régionale des affaires culturelles et l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Rhône-Alpes pour passer d'une logique d'expérimentations locales à une dynamique territoriale : un appel à projets régional a été ouvert à l'ensemble des établissements sanitaires.

Prévention

Un Agenda de l'Ado pour la Loire

Après les collégiens du Rhône et de l'Ain, ce sont les élèves de 3ème du département de la Loire qui reçoivent un Agenda de l'Ado en cadeau de rentrée.

Après les collégiens du Rhône et de l'Ain, ce sont les élèves de 3ème du département de la Loire qui reçoivent un Agenda de l'Ado en cadeau de rentrée. Comme les premières éditions, cet Agenda de l'Ado "bien dans sa peau" 2003-2004 est un outil de prévention et de dialogue attrayant et disponible quotidiennement. La santé des jeunes consti-

tue une préoccupation nationale et régionale constamment affirmée dans les instances chargées de fixer les objectifs prioritaires de politique de santé. En écho à ces orientations, l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes et la CPAM de Saint-Etienne, avec leurs partenaires (service médical du Rectorat de Lyon, Union

Régionale des Caisses d'Assurance Maladie Rhône-Alpes, CMR, MSA, Mutualité), ont édité plus de 10 000 exemplaires. L'ambition de cette démarche est de donner aux jeunes collégiens un outil éducatif sur la santé, de favoriser le dialogue et de proposer un support pédagogique à l'usage des équipes des établissements scolaires.

L'équilibre, ça se teste comme la tension

Tel est le message de la future campagne départementale de prévention des chutes chez la personne âgée.

Cette campagne sera lancée en 2004 par le Département du Rhône et la CRAM Rhône Alpes, dans le cadre des actions du Comité Rhodanien de Coordination Gériatrique (CORHOCOGE). Pourquoi cette campagne ? Parce que la chute peut tuer : elle est responsable de près de 8000 morts par an. Quand elle n'entraîne pas le décès la chute peut, par ses conséquences, marquer l'entrée de la personne âgée dans un état de perte d'autonomie et de dépendance. Cette campagne développée sur le Rhône s'inscrit dans le cadre d'une campagne nationale pilotée depuis plusieurs années

par la CNAMTS.

Elle s'adresse aux jeunes retraités de 60 à 75 ans (les seniors), population encore très active et ayant parfois des comportements à risque, ne se rendant pas toujours compte des limites liées au vieillissement.

Les seniors seront donc invités à parler de leur équilibre à leur médecin ou à un professionnel de santé proche d'eux (infirmière, pharmacien, kinésithérapeute...). **Il sera également suggéré aux praticiens d'intégrer à leur consultation un test d'équilibre en station unipodale (faire tenir le sujet sur un seul pied,**

yeux ouverts, durant cinq secondes).

C'est également l'occasion de faire le point avec le patient sur d'autres aspects de l'équilibre de vie : exercice physique, alimentation, sans oublier que c'est l'âge où peuvent apparaître les premiers signes de déficit neurocognitif. Suite sur ce thème d'actualité dans le prochain numéro de Trait d'Union...



contact :
roland.fayard@rhone.fr
Bureau éducation pour la santé
et santé communautaire

Contact : Conseil général du Rhône - Service Santé Publique et PMI - Docteur Roland FAYARD 04 72 61 43 07

Communication

l'affiche de prévention de l'ostéoporose

Sur 10 millions de femmes ménopausées, 4 millions sont atteintes d'ostéoporose. Pourtant, seule une femme sur cinq est prise en charge !

Face à ces chiffres inquiétants liés au nombre croissant de femmes ménopausées, le GRIO (Groupe de Recherche et d'Information sur les Ostéoporoses), sous l'égide de l'IOF (International Osteoporosis Foundation), veut attirer l'attention sur cette maladie grave et invalidante, aux conséquences importantes et parfois mortelles :

Les fractures vertébrales entraînent souvent des douleurs chroniques du rachis, une limitation des activités et une altération de la qualité de vie chez des femmes encore très actives.

Enfin, on constate que 20 à 30 % des personnes atteintes d'une fracture du col du fémur décèdent dans l'année qui suit cette fracture.

A la veille de la Journée Mondiale contre l'Ostéoporose organisée par l'IOF le 20 octobre, le GRIO avec la participation du CNR (Conseil National de Rhumatologie), a organisé le 18 octobre la Journée Nationale contre l'ostéoporose, à laquelle 15 villes ont participé activement : Lille, Berck, Amiens, Béthune, Valenciennes, Lyon, Strasbourg, Nancy, Saint-Etienne, Bordeaux, Nantes, Orléans, Nice, Clermont-Ferrand et Toulouse.

Son objectif : informer le public sur la maladie et le sensibiliser à la densitométrie osseuse, seule mesure fiable de la densité osseuse.

Trop souvent négligée, bien que considérée comme un véritable problème de Santé Publique (l'ONU a déclaré que la décennie 2000-2010 constituait " The Bone and Joint Decade " : décennie des os et des articulations), l'ostéoporose devrait bénéficier d'une attention suffisante pour permettre, le plus rapidement possible, le dépistage systématique par absorpsiométrie à rayons X (ostéodensitométrie), ainsi que son remboursement après la survenue d'une fracture chez la femme ménopausée.

Il faut cependant savoir que l'ostéoporose n'est pas une fatalité : des mesures de prévention simples et élémentaires permettent de diminuer les risques de fracture (nutrition appropriée, activité physique adaptée, hygiène de vie, compensation du déficit hormonal...). Une fois le diagnostic effectué, des traitements efficaces existent pour lutter contre la maladie. L'affiche que vous recevez aujourd'hui incite donc le public à la prévenir, la dépister et la traiter.



Par leurs missions, les Unions ont vocation à occuper tout le champ institutionnel médical en dehors de l'éthique et de la déontologie dévolues aux Conseils de l'Ordre, les missions de chacun n'en étant pas moins complémentaires.

Les Unions à quoi ça sert ? Les Unions, outil de promotion et de défense du corps médical



contact :
jacques.caton@urmlra.org
Président de l'URML RA

"Les médecins doivent comprendre que le législateur a fait un cadeau à la médecine libérale en instituant les Unions régionales, donnant ainsi aux médecins un pouvoir d'expertise dans tous les domaines administratifs et organisationnels, pouvoir qui jusqu'alors leur avait été refusé.

Quelle était la situation en 1993 ?

Toutes les réformes touchant le corps médical étaient imposées aux praticiens sans qu'ils aient la possibilité de les évaluer, de les critiquer ou d'en proposer d'autres. L'expertise reconnue aux Unions leur permet ainsi, outre l'exploration de l'évaluation des besoins et des pratiques, de faire des propositions et /ou d'évaluer l'organisation des soins.

Cette mission vient d'ailleurs d'être reconfirmée par l'Etat qui a confié à l'Union, et à elle seule, l'Evaluation des Pratiques Professionnelles. L'Etat vient de reconnaître comme interlocuteur incontournable la structure de la Conférence des Présidents d'Unions pour le prochain décret qui va être publié sur la transmission des données de l'assurance maladie aux URML.

Les médecins libéraux doivent comprendre que les Unions ne sont pas un " énième comité Théodule qui leur prend de l'argent ", mais un outil qui est leur propriété et leur rempart le plus efficace. Les Unions, grâce au travail des élus depuis neuf ans, sont devenues le partenaire obligatoire de toutes les institutions administratives ou politiques régionales et nationales. Critiquer les Unions affaiblira l'outil, leur faire confiance et s'investir à travers elles leur donnera et donnera aux médecins libéraux plus de force et de crédibilité.

Il ne tient qu'aux médecins libéraux que les Unions deviennent ce qu'ils

souhaitent qu'elles soient, un outil de promotion et de défense du corps médical. "

Les travaux récents de l'URML RA

Après la réalisation d'études qui ont notamment porté sur la démographie dans la Région Rhône-Alpes, les accidents de la vie courante, les accidents de ski, l'établissement d'une carte régionale des disparités d'accès aux soins, les réponses libérales qui pourraient être apportées aux problèmes des urgences, les possibilités de retour à domicile après des soins hospitaliers... les diverses commissions de l'URML RA ont engagé de nouvelles réflexions.

En 2002, elles ont apporté une réponse sur la démographie libérale auprès des praticiens de deux spécialités :

les gynécologues-obstétriciens et les anesthésistes-réanimateurs.

Le constat est sévère puisqu'on peut s'attendre à un déficit crucial que l'offre de soins va connaître, étant donné le vieillissement de la population et celui des médecins eux-mêmes (40% d'entre eux ont plus de 50 ans). A cette donnée s'ajoutent l'effet redouté du *numerus clausus* limité et l'application de nouvelles dispositions légales (RTT, repos compensateur, retraite...). Cette année, les commissions ont aussi analysé la contribution de la médecine libérale dans l'économie régionale (5 milliards d'Euros de valeur ajoutée et 100 000 emplois en ETP) et accentué la sensibilisation au problème du dépistage du cancer du sein.

La création de " l'Agenda de l'ado bien dans sa peau ", outil de prévention distribué à la rentrée à tous les collégiens de troisième des établissements du Rhône et de l'Ain, privés et publics, a fait l'objet d'une seconde collaboration entre l'URML RA et le Rectorat, à destination des collégiens de la Loire.

Les travaux et projets en cours pour l'année 2003

1. Dossier médical informatisé et partage des informations – Dr BRULET
2. Bon usage de la visite à domicile – Dr OLAYA
3. Dépistage du cancer du sein – Dr OLAYA
4. Pharmacovigilance en ligne sur le site de l'URML Rhône-Alpes – Dr OLAYA
5. Séminaire sur le rôle des médecins généralistes libéraux dans les Maisons de retraite (voir plaquette jointe) – Dr OLAYA, PUECH, ROUGIER
6. Utilisation d'EPIODUS dans le cadre d'une enquête sur la prise en charge de l'obésité Dr BRULET, ROUGIER
7. Accompagnement et expertise de la mise en place d'un système d'échange d'informations télématique entre les services des urgences des HCL de Lyon et les futures maisons médicales de garde – Dr ATAYI, ROUGIER
8. Edition de l'Agenda de l'Ado 2003-2004 en partenariat avec le rectorat de Lyon – Dr MULLER
9. Modélisation de l'activité des dermatologues dans la région Rhône Alpes - Dr DESCOMBE
10. Transferts de compétences en ophtalmologie Dr ROMESTAING
11. La féminisation du métier de médecin Dr ROMESTAING
12. Droit et soins – Dr CATON
13. Coût de trois interventions chirurgicales en Rhône-Alpes - Dr CATON
14. Transferts de charges d'organismes tiers vers les médecins libéraux – Dr DEGRYSE, CATON
15. Qualité de l'accueil dans les cabinets de médecins généralistes – Dr OLAYA
16. Evaluation des pratiques professionnelles Dr CHAUPLANNAZ
17. Accès à la prévention et précarité, guide ressources médico-social avec le CRAES-CRIPS Dr OLAYA