



trait d'union

Télémédecine et démographie



EDITO

par Jacques CATON,
Président de l'Union Rhône-Alpes

RIEN NE VA PLUS... MAIS LES JEUX NE SONT PAS FAITS.

Après la grève des obstétriciens, la grève des médecins et chirurgiens des hôpitaux (qui a abouti à l'accord sur les 35 heures), la grève des cliniques menée par la coordination des jeunes médecins exerçant dans les établissements privés, voici la grève des gardes des médecins généralistes ! Cette grève est très suivie, tout comme celle des internes des hôpitaux qui réclament à juste titre, comme leurs grands frères PH, l'application immédiate du repos de sécurité, la rémunération de leur garde, et la réduction de leur temps de travail.

Ces grèves seront bientôt suivies par d'autres grèves probables du personnel hospitalier - pour l'application des 35 heures - et des praticiens libéraux, quelle que soit leurs formes. Surtout si l'Etat et l'Assurance Maladie s'entêtent à vouloir imposer des relations et un mode de fonctionnement que la grande majorité des praticiens rejettent.

L'intensité de ce mécontentement est proportionnelle à la désespérance du corps médical qui se sent rejeté par les politiques et devient le mal aimé de la société. Et pourtant, on aurait pu prévoir et anticiper. En effet, l'exemple de la démographie médicale est le reflet exact de la politique calamiteuse qui a été menée dans le domaine de la santé depuis plus de 20 ans.

Il ne faut pas oublier que sous le ministère BARROT-GAYMARD, il y a un peu moins de 5 ans, le rapport CHOSSAT indiquait que le meilleur moyen de limiter les dépenses de santé était de limiter le nombre de médecins.

On voit aujourd'hui les effets délétères de cette théorie sur la démographie médicale, et le retentissement dans certaines spécialités comme l'obstétrique. Ces difficultés vont encore s'aggraver lorsqu'il faudra appliquer les 35 heures dans les hôpitaux publics. Par exemple pour la chirurgie orthopédique, il faudra former 10 % de praticiens en plus, et lorsque l'on sait qu'il faut au moins 6 ans de formation après la réussite du concours de l'internat, on peut imaginer dans quelle situation nous serons dans quelques années.

Il est temps de réaffirmer un pouvoir médical face à une administration certes nécessaire, mais dont l'emprise devient trop pressante.

L'Union Professionnelle des Médecins Libéraux Rhône-Alpes s'est engagée dans une politique de redynamisation du corps médical, par la prise en charge des problèmes cruciaux de notre profession : urgence et permanence des soins, démographie médicale, régulation professionnelle et systèmes d'information.

Par ailleurs, notre Union Professionnelle a lancé une étude visant à démontrer l'importance de la médecine libérale sur le plan économique, avec une forte valeur ajoutée de nos professions.

On oublie trop souvent de dire que la médecine n'est pas uniquement un facteur de dépenses mais également un facteur de rapport et de dynamisme économique. Pour tout cela il faut que nous soyons forts, réunis autour de nos organismes professionnels : syndicats, Conseil de l'Ordre, sociétés savantes, collèges et bien évidemment avec les unions professionnelles, formidable espace de liberté et de promotion pour notre profession.



Sommaire

Page 2
Projets FAQSV :
sept premiers pas et un coup de pouce

Page 3
LIBERALIS Primo :
simple, donc efficace

Pages 4 et 5
Télémédecine ou médecine partagée

Pages 6 et 7
Etude démographique :
deux spécialités au-dessus de tout soupçon
conciliants dinosaures...
comment combler le manque d'effectifs ?

Page 8
Pédiatrie :
enquête pour un réseau

Page 10
Revue de presse

Page 11
Brèves

Page 12
L'union en ligne :
petit mémo à condensations

Désormais vous pouvez joindre
l'UPMLRA par numéro vert :

N° Vert 0 800 880 607

MISE EN RÉSEAUX

FAQSV : sept premiers pas et un coup de pouce.



par le Dr Gérard Grosclaude.

Moins nombreux que prévu, les projets de réseaux financés par le FAQSV ont cependant éclos sur l'ensemble de la région.

Gérard Grosclaude, qui centralise ces projets pour l'Union, détaille leurs ambitions et les obstacles qui retardent leur mise en place.

“Le passage en commission des réseaux ou projets de réseau pouvant bénéficier d'un financement FAQSV a été retardé par le remaniement des conseils d'administration des caisses de sécurité sociale. Mais le second semestre 2000 a été très productif, souligne Gérard Grosclaude, puisqu'aux 7 premiers projets de l'année s'ajoutent 9 initiatives annoncées en novembre. Le “cru” 2001- 2002 s'annonce bien !”

Les sept premiers pas du FAQSV

La logique optimiste des partisans de la mise en réseau attend beaucoup de la concrétisation des projets retenus pour cette année. Selon eux, elle sera suivie par une seconde vague d'actions, plus puissante, qui devrait balayer l'attentisme de la profession. Pour l'heure, sept expériences voient le jour :

GT 69 coordonne un réseau de prise en charge des toxicomanes sur le Rhône (sauf arrondissement de Villefranche sur Saône) ; la subvention de 740 000 F est répartie sur deux ans.

L'enquête d'opportunité préalable à l'implantation du futur réseau d'urgences pédiatriques sur la Communauté Urbaine de Lyon (voir article “CourlyGones” page 8), est dotée de 813 878 F sur trois ans.

L'élaboration des outils et le fonctionnement du réseau ville / hôpital

DEDICAS pour la prise en charge des patients diabétiques (Saint-Etienne, Roanne, Feurs, Le Puy) a bénéficié d'un accord de principe pour un financement sur trois ans estimé à 3 970 000 F.

L'aide à la structuration et à la coordination d'un réseau pour favoriser le retour à domicile des personnes âgées dans l'agglomération lyonnaise implique le secteur médico-social dans un réseau ville / hôpital financé pour deux ans à hauteur de 274 000F.

Encore sous réserve d'agrément, **le réseau expérimental ville / hôpital OIKIA** concerne les soins palliatifs dispensés dans l'agglomération stéphanoise.

Grenoble et ses alentours sont le cadre d'**une étude d'opportunité pour un réseau ambulatoire** de prise en charge des enfants présentant un trouble psycho-moteur ou moteur. Une avance de 70 000 F a été accordée à ce projet baptisé ANAIS, en attendant le montant définitif fixé pour deux ans lors de la présentation d'un projet d'étude finalisé.

Enfin, **le financement du système d'information** du réseau TIRCEL ville / hôpital pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique

(Est Lyonnais) a reçu un accord de principe sur trois ans. Son montant définitif sera arrêté au vu de l'appel d'offres lancé par le promoteur.

Le coup de pouce de l'Union

“Notre préférence, précise Gérard Grosclaude, va bien sûr vers les projets qui donnent sa place au médecin libéral dans le dispositif de soin. Le rôle de l'Union est de favoriser l'émergence des projets cohérents, grâce aux moyens dont nous disposons :

Le montage des dossiers :

la lourdeur administrative qui précède la mise en œuvre des projets est dantesque. Tout dossier débute par un état des lieux, qui doit aboutir à un diagnostic de dysfonctionnement. Des solutions détaillées alimentent ensuite un argumentaire très important, qui est à la base du projet annoncé.

L'Union propose donc son aide pour le montage initial de ces dossiers qui ne laisse rien au hasard.

L'aide financière : nos fonds propres nous permettent de faire une avance sur les frais de mise en place des projets, avant accréditation. Cette avance est récupérée et les frais de montage remboursés si tout se passe bien, mais il faut savoir qu'entre la finalisation d'un projet et sa dotation, il faut compter deux bonnes années...

L'indispensable environnement technique : l'Union organise des consultations d'experts pour que les promoteurs de projets bénéficient de conseils extérieurs.

Les cabinets de conseils en ingénierie de réseau recrutent des médecins ou pharmaciens reconvertis, ayant l'expérience des réseaux.

Quarante personnes (libéraux, hospitaliers, paramédicaux...) ont déjà bénéficié de deux journées de formation aux techniques de réseau, en mai et juin.”

Enfin, remarque Gérard Grosclaude, “Le corps médical n'est pas convaincu de la nécessité du changement qui se profile avec la constitution des réseaux financés par le FAQSV. L'évolution des mentalités prendra du temps, et nous devons tenir compte de cette donnée, importante sur la liste des obstacles qui se dressent devant nous. J'imagine tout de même que la multiplication d'expériences concrètes et positives lèvera un grand nombre de réticences.” ♦

SYSTÈME PILOTE MODE D'EMPLOI

LIBERALIS Primo :
simple, donc efficace !

par le Dr Bernard Rougier,
commission informatique.

LIBERALIS Primo est lancé depuis le 1er octobre dans les régions pilotes (Haute-Normandie, Lorraine, Auvergne). Depuis mi-novembre, il existe dans les autres régions et les statistiques sont accessibles depuis le 15 novembre.

Simplification du système

Né pour réconcilier les médecins avec Libéralis, Libéralis Primo est un

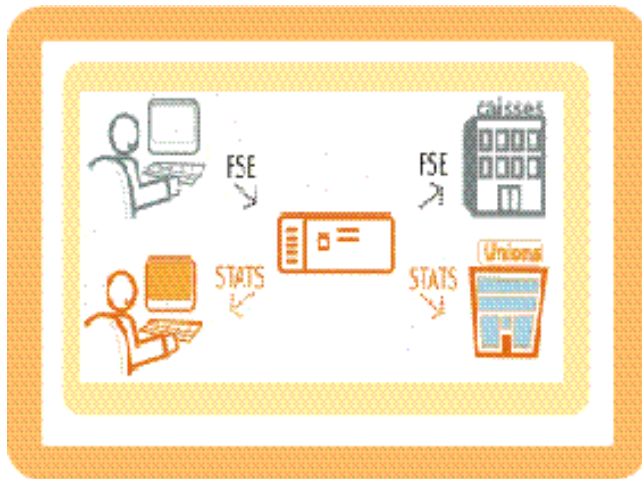
système beaucoup plus simple que Libéralis Solo, commercialisé avec insuccès il y a trois ans. Trop ambitieuse sur le plan technique pour les cabinets, la première version a également "souffert" des difficultés de télétransmission des feuilles de soins entre les

médecins et les caisses d'assurance maladie. La réticence des médecins à télétransmettre explique partiellement cette lenteur de mise en place, subie d'ailleurs par tous les serveurs analogues (Réseau Santé Social, Medsyn, Wanadoo Santé...)

La relance de cet outil informatique exigeait donc une évolution, qui a pu être réalisée sans surcoût, puisque les Unions disposaient encore de crédits alloués pour la première phase d'installation du système.



L'accès à Libéralis Primo ne nécessitera pas de logiciel particulier : Netscape, Internet Explorer... permettent de s'y connecter. Libéralis Primo est proposé sans supplément de prix par tous les



providers agréés pour la transmission des FSE et qui ont passé un accord avec Libéralis (Wanadoo Santé par exemple).

Transmission et stockage des données

L'utilité de Libéralis ne se limite pas à la transmission des FSE. Le logiciel est aussi un concentrateur de F.S.E fonctionnel, dont la base va s'enrichir des abonnés Wanadoo Santé dans les mois qui viennent, puis des données issues des frontaux des Caisses d'Assurance Maladie au terme de nos

discussions avec André LOTH, responsable du G.I.E. SESAM VITALE. L'accès à ces données médicales fournira une base d'étude épidémiologique intéressante. Les feuilles de soins, anonymisées, seront en effet retransmises aux Unions régionales.

Comment s'abonner

Le médecin recevra un premier courrier, comprenant une lettre du Président de son Union, et une plaquette de 10 pages lui présentant Libéralis Primo, ainsi qu'un formulaire et une enveloppe T pour s'abonner. Il pourra demander des explications supplémentaires à l'Association via le N° Azur "0 810 49 50 51". Les médecins de l'UPMLRA pourront s'abonner gratuitement à partir de décembre par téléphone au

"0 810 88 2000"
(N° Azur de la
Hot Line
Libéralis
actuelle),
ou par
Internet à
"www.libe-
ralis.org".
Ils recevront
ensuite des
e-mails de relance

reprenant les mêmes éléments.

Libéralis, portail accessible à tous les internautes (<http://www.liberalis.org>), est une véritable interface entre les médecins libéraux et leur Union, partie visible de l'iceberg que constitue le Système d'Information des Unions Régionales. Libéralis mutualise les ressources de l'Union pour mettre en œuvre, puis faire vivre ce dispositif. L'Association fonctionne avec cinq salariés et des locaux (modestes) à Paris. C'est bien peu face aux moyens logistiques de nos interlocuteurs nationaux... ♦

COLLOQUE ASTRHO - 6 OCTOBRE 2001

Télémédecine

Le 6 octobre dernier, l'Association pour la télémédecine dans le Rhône (ASTRHO) et la Fondation Léa et Napoléon Bullukian organisaient le colloque "Médecine partagée ou télémédecine" à l'Institut des Sciences Cognitives (CNRS) de Bron. Plus de vingt intervenants ont été réunis par Michel Amiel, Président d'ASTRHO et Jacques Caton, Président du Conseil Scientifique. Ils ont présenté l'impact de la télémédecine en France et à l'étranger, sur le plan social, légal, technique et économique, devant un amphithéâtre de 150 personnes.

Tribune pédagogique et moment de dialogue privilégié, ce colloque a soulevé de passionnants débats et dégagé quelques points forts de consensus.

Points d'accord et antagonismes entre participants

Sur le plan sémantique

Le mot de "télémédecine" n'évoque pour certains que les techniques de médecine à distance, comme la téléchirurgie, et n'est pas clairement associé à l'informatisation des données médicales générales nécessaires à la constitution de sites web, ou de données médicales personnelles destinées à l'établissement de dossiers uniques pour les patients. C'est pourquoi la notion de "médecine partagée" est souvent évoquée, en particulier par Jacques Caton : "puisque ces termes ont une incidence plus large que le mot télémédecine". Ils évoquent une pratique de la médecine à distance, mais aussi les méthodes qui permettent d'engranger et de diffuser des données médicales.

La notion de "partage" est également une notion controversée, à laquelle on préfère parfois la notion de "transfert" partiel ou total des données.

D'une manière générale, le mot "télémédecine" recouvre, si l'on réunit les définitions de chacun, tous les aspects du secteur qui mettent en jeu une technologie permettant de transmettre des gestes, des paroles, des

données écrites et chiffrées à distance. L'informatisation est au cœur de ce processus de transmission d'information entre tous les acteurs concernés : patients, médecins, personnels paramédicaux, organismes payeurs et autres intervenants en santé publique et privée.

Sur le plan de l'évaluation

La pertinence de l'évaluation de la télémédecine, avant même la généralisation de cette pratique, est fortement contestée par l'auditoire. Bien qu'elle implique de lourds budgets d'investissement et de fonctionnement comme le souligne Fabienne Midy (CREDES), la télémédecine ne doit pas être, selon Dominique Vadrot (réseau ARCOLE - Paris), évaluée avant l'heure. Voici les arguments opposés à une évaluation "a priori" par plusieurs membres de l'assistance :

- Cela coûte plus cher d'évaluer la télémédecine que de la pratiquer
- La France n'a pas la culture de l'évaluation
- On ne peut pas évaluer tous ses aspects séparément



**"Tas une drôle de tête toi !
- oui, mais je travaille en réseau, moi !"**

- Il est trop complexe et ambitieux d'évaluer ses retombées socio-économiques, et cela ne doit pas limiter le lancement des projets
- La sanction du marché (la diffusion ou la non-diffusion de la télémédecine) sera la seule évaluation valable du système.

Selon Michel Amiel, "le malade sera arbitre et décideur en télémédecine".

ou... Médecine partagée ?

Bien que la mise en œuvre de la télémédecine se heurte à de nombreux obstacles psychologiques et techniques, elle avance...

Elle avance même inéluctablement, selon Yannick Motel du SNIIS (une structure qui rassemble 26 entreprises de télécommunication pour le milieu médical), pour des raisons structurelles (évolution socio-démographique) et conjoncturelles (engorgement hospitalier). Cet intervenant affirme donc que "la question n'est de pas savoir si la télémédecine va se généraliser mais comment nous pouvons collectivement accélérer le mouvement."

Pour l'ensemble des participants, et d'après l'étude IFROSS auprès des médecins du Rhône, il est clair que cette nouvelle pratique modifie déjà de nombreuses habitudes et qu'elle implique une "révolution" dans la vision de la médecine et dans son application :

Sur le plan légal

Les juristes eux-mêmes (représentés par Isabelle Lucas-Baloup, avocate à Paris), ainsi que le Conseil de l'Ordre (représenté par Liliane Dusserre, Dijon), estiment qu'un assouplissement de la Loi doit intervenir pour résoudre les discordances entre l'espace de pleine liberté que représente Internet, et l'exercice de la médecine en France, fortement encadré sur le plan juridique, déontologique et économique.

L'ouverture de télé-consultations payantes comme aux U.S.A. est prévisible pour trois raisons : l'équipement technologique dont les médecins disposent, la demande des patients, les réflexions ordinales actuelles.

Sur le plan informatif

L'assistance est d'accord sur le fait que les informations délivrées sur les sites médicaux doivent être claires, cohérentes, conformes aux données actuelles de la science, exhaustives et actualisées, pertinentes, licites et fiables, comme l'indique Liliane Dusserre (Conseil de l'Ordre) ou les usagers de sites Pierre Verhaegue (CHU Amiens) et Philippe Eveillard (Paris).

Une question posée par Hervé Maisonneuve (Web Surg Strasbourg) subsiste : qui est habilité à "labelliser" ces informations ?

- Pour bâtir l'architecture du dossier patient, il est noté que l'entente préalable des médecins sur son contenu clinique est indispensable en cas d'expertise.

Ensuite, l'effort de chacun pour la "normalisation" des données envoyées est également perçu comme un passage obligé, évitant, comme le redoute Bernard Rougier, la "babellisation" de la télémédecine.

- Un exercice collectif de la médecine, avec des actes compris, admis et codés par tous, suppose que les médecins s'informent clairement entre eux et admettent des normes strictes.

- Une nouvelle donne est largement évoquée : la forte demande d'information des patients, mieux avertis qu'autrefois sur les pathologies et leurs traitements (influence des sites médicaux Internet).

Sur le plan économique

- La rémunération par les pouvoirs publics de la participation des médecins à la télémédecine est une demande unanime. Même si elle doit, selon certains, gagner beaucoup de temps et d'argent, l'informatisation des dossiers des patients est vécue comme une tâche supplémentaire méritant salaire.

- La télémédecine est envisagée comme une solution au désengorgement des hôpitaux, et comme une aide au maintien à domicile des personnes âgées ou convalescentes. L'investissement qu'elle suppose (projet France Télécom R&D) serait alors compensé par la diminution des frais d'hospitalisation pour les années à venir, marquées sur le plan démographique par le vieillissement de la population et le déficit de médecins.

Sur le plan psychologique

Le "colloque singulier" entre médecin et patient, qui doit persister, risque d'être altéré par la télémédecine. Comme le prévoit Régis Beuscart (auteur du rapport sur les enjeux de la société de l'information pour la santé, chargé de mission au Ministère de la Recherche, Lille) :

"L'accès généralisé à une connaissance de haut niveau, compréhensible, transformera aussi les relations entre le patient et les professionnels qui le prennent en charge (...)"

La relation patient-médecin, la relation malade-infirmière, ne se limitent pas à un simple échange de données, mais elles passent par le contact physique, par la palpation, l'auscultation, et des relations qui sont souvent connotées affectivement.

Comment les technologies de l'information et de la communication pourront affecter, modifier, transformer cette relation ?

Le rôle du médecin, et donc son comportement, sont amenés à changer vers plus de transparence et d'écoute, à l'égard des patients et des organismes payeurs. ♦

Retrouvez toutes les infos complémentaires sur le site : synthèse de toutes les interventions, rapport Beuscart, étude IFROSS... en tapant le code référant à l'article.



14a1

Les partenaires : Communauté urbaine de Lyon, Mairie de Lyon, Conseil Général du Rhône, Fondation Bullukian, Conseil de l'Ordre des Médecins du Rhône, IFROSS (université Jean Moulin Lyon 3), INSA de Lyon, UPML Rhône-Alpes, Hospices Civils de Lyon, URCAM Rhône-Alpes, ADERLY, Mutualité du Rhône, ARH Rhône-Alpes.

Comité scientifique : R. Beuscart, J. Caton, C. Colin, R. Goutte, F. Juillet, H. Maisonneuve, C. Pascal, A. Tregouet, D. Vadrot.

Comité d'organisation : Mesdames C. Ducos, D. Guillot, P. Telles - Messieurs M. Amiel, J. Caton, B. Chatin, J.P. Claveranne, G. Dorme, A. Flory, J. Grisoni, L. Lévy, M. Till.

ÉTUDE DÉMOGRAPHIQUE

Lancée avant l'été, l'étude démographique sur les gynécologues obstétriciens de la région apporte déjà quelques éclairages sur la spécialité. L'étude sur les anesthésistes vient quant à elle, de démarrer. Menée sous l'égide de la DRASS avec le concours de l'UPML, la première phase a été conçue par 10 praticiens libéraux et hospitaliers concernés par la gynécologie et l'obstétrique. Le point, en cours de route, avec Patrick Romestaing, responsable de la Commission démographie à Lyon, et deux gynécologues obstétriciens lyonnais.

par le Dr Patrick Romestaing,
Commission démographie.



Deux spécialités au-dessus de tout soupçon

L'Union participe depuis deux ans à la mission d'appui régionale de la DRASS sur les ressources humaines, puisqu'un premier travail a déjà été fait en 2000 sur la pédiatrie, l'orthopédie et la gastro-entérologie. Si la démographie est une priorité pour l'Ordre et l'ensemble de la profession en ce moment, c'est parce que les problèmes de terrain apparaissent de manière cruciale.

Le choix des deux dernières spécialités explorées – gynécologie obstétrique et anesthésie – s'explique : leur offre est indépendante, on ne peut les soupçonner de pousser à la consommation d'actes.

gynécologie obstétrique premiers résultats

L'âge moyen des gynéco-obstétriciens est élevé (plus de 45 ans) en Rhône-Alpes. D'autre part, il faut s'attendre à l'accentuation du vieillissement de la population médicale (manque d'internes pour combler le manque dans les années à venir). Une pénurie importante est donc à prévoir entre 2005 et 2015, accentuée par la féminisation de la profession : les femmes travaillent un peu moins pour concilier métier et vie de famille.

Des données nouvelles, comme le repos compensateur et le repos de sécurité vont également limiter le temps de travail des médecins en poste.

Cette réglementation pose des problèmes de sous-effectifs, mais il faut également tenir compte du fait que les jeunes gynécologues, qu'ils soient hommes ou femmes, n'accepteront plus de travailler comme leurs aînés.

anesthésie première approche

L'enquête parallèle sur les anesthésistes, qui a débuté en septembre, révélera sans doute les mêmes failles. Le vieillissement de la population médicale s'ajoute, pour cette spécialité, à celui des patients. On opère de plus en plus et la chirurgie du 3e et du 4e âge (cataracte, prothèse de hanche) réclame un nombre croissant d'anesthésistes.



**"S'il vous plaît, s'il vous plaît !
- les femmes et les enfants d'abord !"**

Un message documenté à destination des décideurs

"Il ne s'agit pas pour l'Union de réaliser un état des lieux de plus, précise Patrick Romestaing. Notre objectif est de montrer quelles sont les incidences des nouvelles modalités d'exercice des médecins. Par exemple, l'âge auquel ils envisagent de cesser leur activité indique de manière claire dans quelle proportion la pénurie de gynéco-obstétriciens s'annonce. En disposant d'éléments précis, nous serons à même d'appuyer la demande des libéraux en matière de formation auprès de la DRASS et des décideurs gouvernementaux.

Sur le plan national, seulement 4100 nouveaux médecins débutent chaque année.

Le Ministère de la Santé a accepté d'en accueillir 4 700 en deuxième année, mais il en faudrait encore 1000 de plus pour remplacer ceux qui vont partir en retraite.

A cette restriction encore drastique du numerus clausus, il faut ajouter la démotivation des étudiants face au statut hospitalier.

La rémunération de la pratique hospitalière en gynécologie obstétrique n'est pas adaptée à la pénibilité des conditions de travail, à la responsabilité et à l'engagement demandés sur le terrain.

Le même mouvement de recul est à prévoir chez les échographistes (échaudés par l'arrêt Perruche) et les anesthésistes, qui se sentent de plus en plus tenus par une "obligation de résultat". ♦

LE POINT DE VUE LIBÉRAL

Conciliants dinosaures et jeunes générations

par le Dr Gilles Sourmies,
gynécologue obstétricien, commission économie médicale.



Ce médecin libéral a participé à l'élaboration de l'enquête démographique sur sa spécialité : "J'ai en particulier ajouté des items concernant les obstacles à poursuite de leur carrière chez les gynécologues obstétriciens, précise le praticien. Car on fournit des gynécologues obstétriciens sur le papier, mais peu exercent réellement "l'obstétrique militante", avec ses contraintes de nuit et de garde.

Cette défection s'explique par des facteurs endogènes...

- Pénibilité, fatigue
- Rémunération sous-cotée par une vieille nomenclature à réviser d'urgence pour lisser les revenus entre spécialités

...Et des chocs exogènes :

- Le poids de la responsabilité

juridique devient insupportable, avec la multiplication des procès. Ce phénomène augmente nos polices d'assurance en matière de couverture juridique de 15 à 20% par an depuis 4 ans. La solution réside dans la mutualisation du risque, mais les libéraux sont de féroces individualistes...

Pour ma part, je m'arrêterai à 80 000F d'assurance annuelle, puisque mon éthique personnelle m'interdit d'augmenter encore mes honoraires.

• La mauvaise définition de mission des établissements démotive un grand nombre de praticiens. Du niveau 1 au niveau 3, les structures d'accueil devraient se répartir la tâche de manière concertée et cohérente. Or les "niveaux 3" se servent de leur image de marque pour attirer une clientèle de niveau 1, ce qui est inutile

pour la patiente et mal vécu par les confrères libéraux. Ces derniers ne se sentent perçus que comme des "aiguilleurs" vers les "usines à accouchements" que tendent à devenir les hôpitaux publics. L'obstétrique a pourtant sa place dans le privé, mais la restructuration hospitalière n'en tient pas suffisamment compte.

Je suis donc raisonnablement pessimiste quant à l'évolution démographique de la profession.

Si des incitations (meilleure rémunération, mutualisation du risque, réseaux horizontaux...) ne se mettent pas en place, les jeunes générations ne remplaceront pas les dinosaures conciliants que nous sommes. Pour ma part, j'arrêterai l'obstétrique à 55 ans, la chirurgie et la gynécologie à 65 ans. ♦

LE POINT DE VUE HOSPITALIER

Comblant le manque d'effectifs ?

par le Pr Pascal Gaucherand,
hôpital de la Croix-Rousse.



Ce spécialiste évoque une "dramatique situation hospitalière".

Comme Gilles Sourmies, il attribue aux contraintes de garde et à la pression médico-légale la démotivation des jeunes médecins. "Heureusement, rappelle-t-il, une nouvelle filière de gynéco-obstétrique s'est créée en novembre 2000. Un bémol : les étudiants qui l'empruntent ne seront pas opérationnels avant 2008." L'insuffisance de personnel est donc selon lui criante aujourd'hui, pour plusieurs raisons :

- La réduction du temps de travail à 48h dans le secteur public ("contre 90h par semaine, garde comprise"),
- L'instauration des repos de sécurité sans moyens d'embauche compensatoire
- La réforme de l'enseignement réserve 1/3 des effectifs pour la gynécologie

médicale. Le nombre d'internes a augmenté, mais pas dans les proportions voulues par la forte pénurie en obstétrique. Cette pénurie est encore accentuée par la nouvelle loi sur l'IVG : il n'y a pas eu de création de poste pour répondre à la demande d'IVG tardives.

Solidarité public / privé

"Nous n'avons pas tout à fait les mêmes problèmes que les praticiens privés, qui dépensent de lourdes cotisations individuelles pour leur couverture juridique", reconnaît Pascal Gaucherand. Dans notre secteur, le risque est réparti entre les médecins et les hôpitaux.

Mais nous marchons main dans la main avec les libéraux, puisque nous souffrons des mêmes manques d'effectifs.

Dans le Rhône en particulier, les naissances se font plus souvent dans le public (55% en Rhône-Alpes, contre 45% dans les autres départements français, en moyenne).

Les hospitaliers qui quittent le public arrêtent souvent l'obstétrique quand ils ouvrent des cabinets de gynécologie,

et les libéraux qui la pratiquaient ne trouvent pas de remplaçants quand ils partent à la retraite.

Il est donc clair que l'obstétrique est en souffrance dans tous les secteurs.

Pour le public, il faudrait créer 4 ou 5 postes supplémentaires par service pour trouver le temps de respecter la Loi en matière de repos, de publier des articles et de faire de la recherche, comme le veut notre mission en CHU.

Faute de spécialistes, nous devons former des sages-femmes et des généralistes pour le suivi des grossesses.

Si notre tâche de formation est encore plus lourde, nous pratiquerons d'autant moins d'accouchements.

Je suis pessimiste quant à l'avenir de la spécialité. Je déconseillerais à des jeunes de se lancer dans la carrière médicale dans les conditions actuelles. D'autant que l'on parle d'un allongement du nombre de cotisations de sécurité sociale avant la retraite, qui ne pourra sans doute pas être prise avant 67 ans pour notre génération... ♦

Enquête pour un réseau

COURLYGONES

Trois médecins lyonnais ont lancé avec leurs équipes une enquête d'opportunité et de faisabilité pour la création d'un réseau de soins destiné à l'accueil des urgences pédiatriques de la Communauté Urbaine de Lyon.

Etat des lieux

Inquiétude des parents, consumérisme galopant ? Les promoteurs de l'enquête* CourlyGones sont partis du constat suivant : les consultations non programmées** en pédiatrie augmentent de 5 % par an, et la moitié n'est pas - selon les médecins enquêtés - médicalement justifiée !

"Avant de ventiler la demande en constante augmentation, explique Jean Stagnara, nous avons voulu savoir quelle était la part relative de chaque acteur de santé dans cette prise en charge des urgences pédiatriques. Cabinets médicaux (gardes sectorisées, non sectorisées); accueil des urgences (hôpitaux, cliniques), pédiatres, généralistes... qui fait quoi, qui travaille la semaine, le week-end ?

Quelle est la "performance" du circuit ? Ensuite, nous voulions connaître le degré de gravité des pathologies motivant les familles dans leur recours aux CNP**. Enfin, le troisième volet de l'enquête s'adresse aux parents et médecins pour qu'ils s'expriment sur l'opportunité de la mise en place d'un réseau de soins."

Méthode

- Enquête en deux temps

Une enquête transversale, descriptive, dite enquête *** "1 jour" a eu lieu un samedi d'avril 2001 et sera renouvelée un jeudi de décembre. L'intérêt est de comparer le flux de patients en semaine et le week-end, à deux saisons différentes.

- Au mois d'avril, l'enquête a été exhaustive en hôpital, dans les cliniques et au sein du Groupement des Pédiatres Lyonnais. Elle a été aléatoire chez les pédiatres et généralistes de

ville : un questionnaire était adressé en salle d'attente aux parents de consultant et au médecin concerné.

- Les enquêtrices ont interrogé 9 structures (6 sites d'accueil du CHU et 3 cliniques) ; 7 autres cliniques ont conduit l'étude sans enquêteur.

- 30 gardes de secteur, 633 médecins généralistes (sur 1277), 91 (sur 91) pédiatres et 15 médecins de SOS Médecins (sur 15 de garde pendant ces 24 heures) ont été identifiés et sollicités. Un suivi d'enquête a été fait sur le terrain.

- Les questionnaires ont été validés par le comité de pilotage, testés par onze médecins volontaires avec une durée moyenne d'administration de cinq minutes.

Sur 30 secteurs de garde sectorisée identifiés, 27 ont répondu.

SOS - Médecins n'a pas répondu.

Questionnaires

Questionnaire parent ou accompagnant :

- Circonstances de recueil : lieu (visite, salle d'attente); date et heure
- Caractéristiques ("qui êtes-vous ?")
- Caractéristiques du parcours ("comment êtes-vous arrivés ici ?")
- Volet médical additionnel

Questionnaire médecin pour 80 (20+60) médecins libéraux :

- Circonstances de recueil
- Date et heure de remplissage du questionnaire
- Caractéristiques ("qui êtes-vous ?")
- Activité du jour

Résultats partiels

Le CAREPS (Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire de Grenoble), sélectionné pour l'étude sur appel d'offres, fournit ces données provisoires :

- L'enquête "1 jour" montre l'importance de la participation des libéraux à la prise en charge des C.N.P. : la mise en place du réseau devra tenir compte de la place réelle de chacun des acteurs.

- Les médecins généralistes sont très demandés, sans doute en raison de la forte proportion de consultations pour affections bénignes (classes 1 et 2), dites "non médicalement justifiées" a posteriori.

- Les visites se sont réparties ainsi selon le degré de gravité (CCMU) : 1 = généralistes 90,8%, pédiatres 85,3%, cliniques 58,9%, hôpital 44,3%, garde 83,1%.

- 2 = généralistes 3,7%, pédiatres 7,4%, garde 13%, cliniques 35%, hôpitaux 45,7%.

Très peu de visites de type 4 et 5 ont été enregistrées au cours de ces 24 heures.

- Les médecins jugent le circuit du patient avant la prise en charge "satisfaisant ou acceptable" à 83% dans les hôpitaux, à 99% chez les généralistes. Ces résultats devront être confirmés lors de la seconde enquête de décembre 2001.

- Le patient ou son entourage jugent le délai de prise en charge satisfaisant chez les médecins de garde à 95%, à 85% chez les généralistes, à 81% chez les pédiatres, à 80% chez le GPL, à 67% dans les hôpitaux. L'accueil qui suit est considéré comme le plus satisfaisant chez les médecins de garde (98,5%), et comme le moins satisfaisant dans les hôpitaux, qui obtiennent tout de même un bon score : 92%.



par le Dr Jean Stagnara, pédiatre.
"Journée de l'Urgence Pédiatrique"



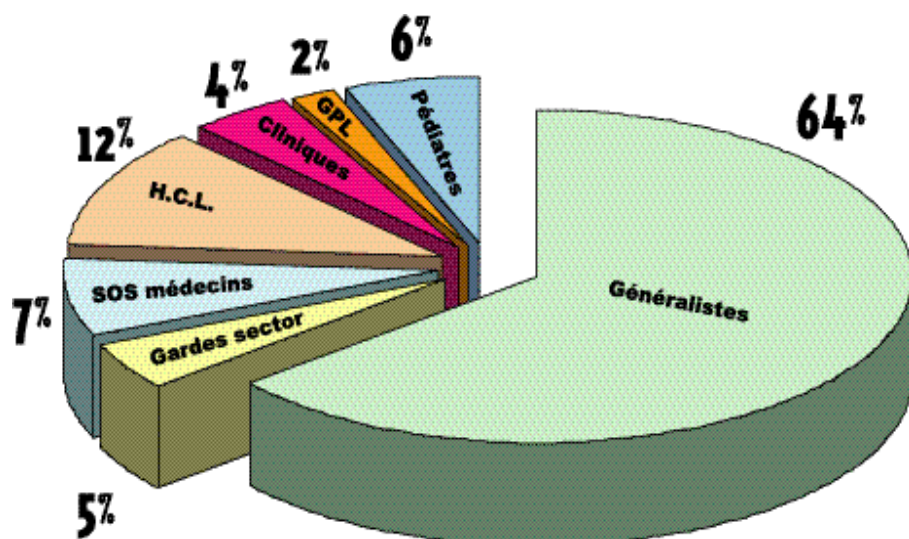
le Dr Jacques Vermont,
département informatique médicale
Hospices Civils de Lyon.



le Dr Agnès Duquesne, pédiatre.
Groupement des Pédiatres Lyonnais

• La limite géographique de cette investigation s'arrête à la communauté urbaine de Lyon et pourtant, on comptabilise 2018 consultations (pour 681 questionnaires analysés). Les enquêtrices ont travaillé de 8h à 8h sur ce territoire !

"De 70 000 consultations par an dans cette zone, nous allons sans doute passer à 100 000 par an, prévoit le Dr Stagnara. L'ouverture d'un hôpital d'enfants est d'ailleurs prévue pour 2007."



"Consultations des urgences pédiatriques"
(consultations non programmées)

soins en ville et à l'hôpital, avec le concours de tous les acteurs. Mais la constitution d'un réseau de professionnels n'est pas la seule solution envisagée.

Programme éducatif

Nous pensons intégrer les parents de consultants dans le réseau de soins en créant un programme éducatif à leur attention. Il s'agit de les informer sur les urgences pédiatriques en diffusant des messages simples, de manière non dramatique et en indiquant quels sont les recours possibles (c'est l'objet d'une deuxième enquête). Cette démarche est possible sur le net s'ils sont équipés,

se faire en valorisant leur rôle en amont de la consultation à l'hôpital, en mettant en place un discours cohérent, des référentiels et des protocoles de soins communs.

Il est également nécessaire de communiquer dans le respect de l'éthique médicale en vérifiant la qualité des messages en amont du corps médical, en se fondant sur des références communes.

Enfin, il est important de reconnaître les inégalités de répartition du niveau des soins selon les régions et de développer une meilleure répartition des médecins en poursuivant une collaboration entre médecins généralistes et pédiatres.

Ouverture d'un CAPS

(centre d'accueil et de permanence des soins)

Nous voulons rendre leur responsabilité aux politiques sur les choix de santé publique : par exemple en développant la mise en place des centres d'accueil de proximité de soins. Les "maisons de l'urgence" sécurisées sont prévues comme solution concrète face à l'augmentation des CNP.

Finalement, il s'agit d'influer autant sur le volet organisationnel que proprement médical des soins.

"Il arrive que je reçoive 10 CNP en une journée, explique Jean Stagnara, ce qui suppose qu'avec mes 90 confrères lyonnais nous nous partageons 900 CNP par jour ! Quelle place reste-t-il pour la médecine lente ?" ♦

ou par des documents donnés dans les maternités (il y a 26 000 naissances par an dans le Rhône), en PMI, dans les hôpitaux, les cabinets.

Pour un premier contact téléphonique avant la consultation, nous envisageons également un accueil par des infirmières ou des puéricultrices. Leurs réponses aux questions des parents aideront sans doute à diminuer le nombre de consultations."

Formation professionnelle

L'information des parents pourrait être complétée par une formation des généralistes et des spécialistes aux urgences. Informer et former les médecins à l'urgence pédiatrique peut

* L'UPML Rhône-Alpes, les Hospices Civils de Lyon, l'Association Journée de l'Urgence Pédiatrique (J.U.P.) et un comité de pilotage composé de libéraux, d'hospitaliers, de l'administration et du SAMU.

**CNP - Consultation non programmée : toute consultation décidée moins de 12/24 heures avant, pour un épisode aigu, chez un enfant de 0 à 18 ans

*** Financement : U.R.C.A.M.-FAQSV, U.P.M.L.-R.A, J.U.P.

Perspectives

"Le groupe de travail pédiatrique n'attendra pas la fin de l'enquête CourlyGones pour proposer des solutions, prévient Jean Stagnara. Notre objectif est de modifier doucement le flux des CNP avec des modes d'actions divers :

Coordination en réseau parents / acteurs de santé

Dans un premier temps, il s'agit de diminuer la charge de l'ensemble de la communauté médicale en coordonnant la prise en charge des

Retrouvez toutes les infos complémentaires sur le site : Article de J. Stagnara pour les Assises Nationales de la Pédiatrie, protocole d'enquêtes, commentaires sur les résultats... en tapant le code référent à l'article.



14a2



Dans le cadre de la campagne nationale de dépistage du cancer du sein, l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de la région Rhône-Alpes organise avec l'Observatoire Régional de la Santé et la DRASS une enquête sur l'accès aux soins de la population dans les huit départements de cette région. Cette enquête a pour objectif de mieux connaître les réalités d'un dépistage systématique et les moyens à mettre en œuvre pour l'améliorer.

Le Dauphiné Libéré du 25 novembre 2001

Le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité a publié dans la Série Statistique de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) d'octobre 2001 **une estimation du nombre global de médecins au 1er janvier 2001**. Sont détaillés les répartitions géographiques, les spécialités et les secteurs d'activité.

Sicard D. Les médecins : estimations au 1er janvier 2001 ; Document de travail.

DREES Série Statistiques, n°28 octobre 2001.

Le Quotidien du Médecin du 20 novembre 2001 (article de synthèse)

Le Monde, annonce qu'un rapport a été remis au ministre délégué à la santé, Bernard Kouchner, soulignant **les risques liés à la surconsommation d'antibiotiques**, en particulier les risques de résistance bactérienne. Monsieur Kouchner a annoncé la mise en place d'un plan pluriannuel d'un montant de 190 millions de francs visant à modifier les prescriptions des médecins et les comportements des patients.

Le Monde du mercredi 21 novembre 2001

" La guerre contre le diabète est déclarée ". En effet, près de 800 000 personnes seraient diabétiques en France sans le savoir. Un programme d'action est donc mis en place par les autorités sanitaires en collaboration avec les sociétés savantes concernées.

Quatre axes seront développés : la prévention, le dépistage, la garantie de soins de qualité à tous les diabétiques et l'amélioration de l'organisation des soins.

Le Figaro - rubrique Sciences et Médecine - édition du 10-11 novembre 2001

Le Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, Madame Elisabeth Guigou, est venue à Lyon présenter **l'allocation personnalisée d'autonomie**. Cette allocation n'est soumise à aucune condition de ressources, même si un ticket modérateur sera dû en fonction des revenus.

Lyon Figaro du 9 novembre 2001

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) a publié **un second rapport sur l'évaluation des réseaux de soins**. Ce rapport fait un état des lieux des réseaux mettant en évidence les évolutions constatées depuis le premier rapport datant de 1999. Puis il compare les résultats de l'observation d'un échantillon de 14 réseaux. Enfin, il définit les préconisations en matière d'évaluation, qui serviront de base méthodologique dans la future procédure d'accréditation de ce type de structures.

Evaluation des réseaux de soins. Bilan de l'existant et cadre méthodologique. ANAES : octobre 2001.

Le Quotidien du Médecin du 5 novembre 2001 (article de synthèse).

L'approche de plus en plus pluridisciplinaire de la santé favorise **le développement de systèmes d'information partagée**. Le gouvernement ne souhaite plus imposer de solutions techniques, mais plutôt favoriser des choix permettant l'inter-opérabilité des systèmes. Plusieurs start-up se positionnant sur ce créneau voient le jour.

Le Figaro Entreprises du 19 novembre 2001

Le Conseil de l'Ordre des Médecins envisage de réviser le code de déontologie, pour intégrer les nouvelles réglementations en vigueur. Il s'agit aussi de l'harmoniser avec les codes de déontologie des différents pays européens.

Le Quotidien du Médecin du 22 octobre 2001

Un réseau de télé médecine e-géria@ a été créé à Lyon reliant les urgences de l'hôpital de la Croix-Rousse et douze médecins généralistes de Lyon et de Caluire. Il s'agit d'un projet FAQSV de télé médecine dont l'UPMLRA est promotrice.

Le Quotidien du Médecin du 23 octobre 2001

NOUVELLE D'ICI

Documentation

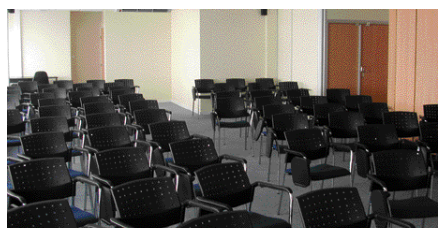
un nouveau service à destination des membres de l'Union

L'arrivée d'Hélène Cordier ajoute un nouveau service à destination des membres de l'Union. Depuis quelques semaines, cette documentaliste confirmée est présente dans les bureaux de l'UPML : lectures de rapports ministériels, de sociétés savantes, achats d'ouvrages, surveillance de l'environnement axée sur les thèmes des commissions et des projets FAQSV...

Sa connaissance approfondie de notre secteur lui permet de participer, sur demande, à toutes recherches bibliographiques.

Spécialiste du monde de la santé, elle a travaillé 6 ans dans un laboratoire et 9 ans à l'ANAES.

En quittant Paris pour Lyon, elle change d'horizon, et oriente désormais ses recherches pour la mise en place d'un fonds documentaire utile aux médecins libéraux.



L'E.P.P. DÉMARRE

Evaluation des pratiques professionnelles : c'est parti !



“C'est une incitation à l'amélioration de la qualité des pratiques médicales, une démarche volontaire et non sanctionnante.”

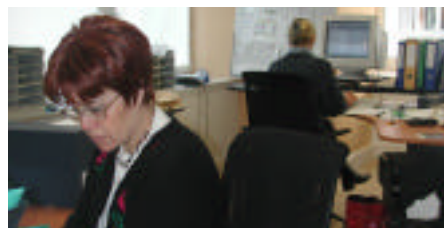
par le Dr Guy Chauplannaz,
commission évaluation individuelle

L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est entrée dans sa phase active dans quatre régions : Lorraine, Basse-Normandie, Nord-Pas de Calais et Ile de France. Près de 500 praticiens de ces régions se sont portés volontaires pour être médecins habilités. L'ANAES doit procéder à une première sélection de 200 médecins sur des critères transparents. Ils passeront devant un cabinet de recrutement. Puis une commission de l'ANAES, avec la participation de membres des Unions, établira une liste de 120 médecins. L'ANAES assurera leur formation avec la participation de membres des Unions.

Parallèlement l'élaboration de référentiels par des professionnels libéraux est en cours. Elle doit reposer sur des Recommandations pour la Pratique Clinique ou des Conférences de Consensus organisées ou validées par l'ANAES.

L'EPP est une démarche volontaire et non sanctionnante. C'est une incitation à l'amélioration de la qualité des pratiques médicales. Elle sera réalisée sous le contrôle des Unions. L'ANAES est garante de la rigueur méthodologique.

L'UPML Rhône-Alpes tiendra régulièrement informés les médecins de la région de l'avancement de l'EPP. Elle doit débiter dans la région qui fait partie de la “deuxième vague” courant 2002.



HOME SWEET HOME

Rénovation des locaux de l'Union : enthousiasme des utilisateurs !

Les locaux allient design, confort et luminosité. C'est un espace général très convivial.

Le 24 septembre, la réception des travaux qui ont transfiguré le siège de la rue Barrier a convaincu ses habitants et visiteurs. Agrandis de 120 m² (600 m² aujourd'hui), les locaux allient design, confort et luminosité. Les réactions d'Anne-Marie Louvet, attachée de direction : “La déco années 60 datait de l'époque où les bureaux appartenaient au Conseil de l'Ordre. En début d'année, le bureau de l'Union a opté pour un camaïeu de jaunes chaleureux. Sols, plafonds, murs, éclairage, tout a été refait. Le mobilier de l'aire de circulation où se tiennent désormais

les réceptions est à la fois élégant et robuste. L'espace général est beaucoup plus convivial : une vaste salle peut accueillir 80 à 100 personnes, d'autres salles sont prévues pour les petites réunions de commission, et chaque président de collège a son bureau. Le plateau technique administratif bénéficie d'une ergonomie nettement améliorée, avec un espace ouvert pour les secrétaires. Notez aussi que les travaux se sont déroulés sans interruption dans le suivi des dossiers...”

Ce siège est le votre, profitez-en !



Petit condensé de mémorisations essentielles pour un accès rapide à votre site.

UPML RHÔNE-ALPES	UNION RHÔNE-ALPES	PUBLICATIONS DE L'UNION	SERVICES DE L'UNION	4	5	6	7	8	9	10
ACCUEIL	Présentation Fonctionnement Assemblée : les élus Interlocuteurs de l'Union Règlement intérieur	Les Chantiers de l'Union Les Trait d'Union Les Études de l'Union	Lois et décrets Liens utiles Annuaire associations Agenda manifestation							
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	RECHERCHE DANS LE SITE SUR LE WEB			11	NOTRE LETTRE D'INFO			12		
	chercher			m'inscrire						
1 Tout ce qui concerne l'Union : adresse, localisation, organigramme, membres avec fiches détaillées.			2 Toutes les publications de l'Union : au format PDF (Acrobat Reader), les anciennes comme les récentes.			3 Les plus de l'Union ... lois, décrets, liens, agenda...				
			4 L'identification : Intranet de l'union : accès réservés aux médecins par login et mot de passe.			5 Le mail : Une remarque, un problème, la messagerie de l'Union vous est ouverte.				
			6 Le plan du site : Pour trouver l'info directement.			7 Téléchargement : Téléchargez et participez aux forums. Selon votre profil (4) vous accéderez à différents degrés d'information.				
			8 Articles de presse : Retrouvez tous les articles qui traitent de l'Union et de l'avenir de la santé.			9 Documentation : Centre de documentation santé, cet espace sera bientôt disponible.				
			10 Archives du site : Accédez directement à notre puissant moteur de recherche pour trouver un article, une revue...			11 Moteur de recherche : Cette zone vous permet de faire une recherche simple sur le site de l'Union ou sur le web.				
			12 Notre Newsletter : L'actualité de l'Union, toute l'actualité de l'Union !							



Dans votre "Trait d'Union", ce pictogramme vous signale qu'une suite de l'article que vous lisez est téléchargeable au format PDF.
 En tapant sa référence (ex: 14a1) dans le moteur de recherche, vous trouverez sur le site l'intégralité du texte ou divers compléments d'information.



14a1

 RECHERCHE DANS LE SITE SUR LE WEB 14A1

chercher

trait d'union

les bulletins de l'Union

CHANTIERS DE L'UNION Parution semestrielle de L'UNION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS Libéraux Rhône-Alpes

 Conception Graphique : © TRANSIT Communications 2001
 Impression : IDMM l'imprimerie des Monts d'Or - Bardilly

UPML RHÔNE-ALPES : 20, rue Barrier 69006 Lyon / TÉL 04 72 74 02 75 / FAX 04 72 74 00 23 / SITE WEB : http://www.upmlra.org / E-MAIL : UPML.RhoneAlpes@wanadoo.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION Jacques CATON / RÉDACTEUR EN CHEF Bernard Muller / COORDINATEURS : Emile OLAYA, Nicole PUECH / RÉDACTRICE Sylvie Finand

ASSISTANTE DE RÉDACTION Mme Anne-Marie LOUVET / ILLUSTRATION Magda Sallé / ÉDITEUR DÉLÉGUÉ TRANSIT Communications, 18, place Tolozan 69001 Lyon - transit@mci-group.com

CRÉDITS PHOTOGRAPHIQUES © 2001 TRANSIT Communications

ISSN 1280-9268