

UNION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS

EXERÇANT À TITRE LIBÉRAL DANS LA RÉGION RHÔNE-ALPES



Dr Yves GRILLET *Président de l'UPML Rhône-Alpes*

Après 6 ans d'existence voici venu le temps des élections et avec lui le temps des bilans.

Les représentants des médecins qui scindent le corps médical en sous populations dont les intérêts sont soit disant opposés (est-ce pour mieux régner ?) et consacrent une partie de leur énergie en polémiques aussi navrantes que stériles en procédures, n'ont abouti jusqu'à présent qu'à leur propre condamnation.

Ils ont approuvé en grande partie le plan Juppé puis les autres mesures gouvernementales, veulent la télétransmission, jugent dans les CMR, incitent leurs confrères à opter pour l'option médecin référent en reprochant à l'assurance maladie de ne pas les aider plus en ce sens, ne sont pas satisfaits de l'action de l'Union.

Et il est normal qu'ils le disent comme l'a fait le Dr Leicher dans le bulletin de la section généraliste (dont le bureau est uniquement constitué actuellement d'élus MG France).

Qu'en est-il des autres médecins, les élus des autres groupes qui constituent la majorité des représentants de votre Union ? Ceux-ci pensent que les vrais combats sont ailleurs et que, pendant que les médecins se divisent, il y a trop de non médecins qui leur expliquent comment travailler.

N'oublions pas qu'il y a des renards aux aguets prêts à instaurer une autre organisation des soins où la médecine libérale ne serait plus qu'un souvenir.

Animés par leurs convictions, les élus qui constituent la majorité de votre Union ont agi. Ils vous ont tenus informés des actions réalisées dans les éditions successives de ce bulletin. Ils ont dépensé leur énergie pour que, progressivement, l'Union trouve sa place au sein des organismes responsables de l'organisation régionale des soins. Ils vous ont représentés dans d'innombrables commissions. Ils ont contribué à mettre en place Libéralis, ils réfléchissent avec l'Urcam à l'évaluation des besoins de soins pour, ultérieurement, obtenir le financement de ces besoins – solution de loin préférable à une enveloppe votée selon des critères économiques. Ils font de l'Union un laboratoire d'idées largement ouvert pour faciliter l'émergence de réseaux initiés par la profession. Ce travail de fond est réel mais paraît rébarbatif aux médias plus avides de sensationnel et de polémiques.

Si votre Union n'a pas à rougir de son action au cours de ces 6 années, l'humilité reste plus que jamais de mise car tout reste à faire tant la tâche est immense et le chantier vaste.

En vous abstenant vous facilitez la tâche de ceux qui veulent étatiser la médecine libérale.

Si vous pensez que votre travail de médecin libéral est utile, de qualité et mérite d'être poursuivi, votez car les Unions sont un des éléments déterminants de l'avenir de la médecine libérale et soyez certains que les résultats du vote influenceront les décideurs au plus haut niveau.



Le Bulletin

MARS 2000

N° 8

Dossiers en page 2

✂ **PRISE EN CHARGE du diabète de type 2**
en page 6

✂ **ÉLECTIONS aux Unions**

29 mai 2000

SOMMAIRE

2.5 ► Dossier diabète de type 2 RÉSULTAT DE NOTRE ENQUÊTE

→ Prise en charge en Rhône-Alpes des patients porteurs d'un diabète de type 2 (non insulino-dépendant)

6.7 ► Dossier élections aux Unions

→ 2 lettres ouvertes aux indécis
→ élections mode d'emploi

8.10 ► démographie des spécialistes

→ radiographie de 3 spécialités
→ étude méthodologique visant à déterminer le nb de praticiens dans chacune des 3 spécialités

11.12 ► la vie de l'Union

→ enquête de satisfaction dans les étab' privés
→ évaluations des pratiques, le nouveau décret
→ polémique autour d'une enveloppe (juste une mise au point à propos des budgets)

13.14 ► 2 enquêtes

→ ??? votre équipement informatique ???
→ ??? la pilule du lendemain dans les lycées ???

15 ► travailler en réseaux

→ les réseaux de soin en Rhône-Alpes

16 ► informatique

→ les formations pour un accès à libéralis

Dossier DIABÈTE DE TYPE 2



Analyse régionale patients porteurs de diabète en médecine libérale

étude réalisée par

En 1998, les membres de l'Association de Formation et d'Evaluation des Médecins de Famille et l'Association des Diabéto-endocrinologues Libéraux de l'Isère dressent un constat alarmant : le système de santé souffre d'un excès de cloisonnement et d'une mauvaise coordination entre les différents acteurs. Ces dysfonctionnements impliquent une moindre qualité médicale et des dépenses inutiles. Le diabète non insulino-dépendant (DNID) était un objet d'étude parfait, puisqu'il implique des intervenants multiples (généralistes, diabétologues, cardiologues, ophtalmologistes, angiologues, néphrologues, professions paramédicales, hôpitaux, laboratoires d'analyses médicales...)

L'ADELRA et FORMUNOF Rhône-Alpes ont participé à la réflexion autour de cette enquête ; le CAREPS a donné son soutien méthodologique et logistique à l'opération. L'ensemble de la recherche est porté par l'UPML Rhône-Alpes.

Objectifs : identifier les réseaux de soins informels sur lesquels les praticiens appuient leur pratique. Le second objectif consistait à pointer le rôle déterminant de certains facteurs liés à l'environnement du cabinet (environnement médical, contraintes géographiques, spécificités socio-économiques de la clientèle...) pouvant expliquer les hétérogénéités de prise en charge repérées. D'une manière prospective, le but de l'enquête était de déterminer les besoins des médecins libéraux permettant une meilleure coordination des soins, et de formuler des propositions dans ce sens.

Méthode : pour la première phase de l'enquête, 879 généralistes ont été sollicités, leurs noms ont été tirés au sort à partir du fichier UPML (5737 noms). Les 69 spécialistes (endocrinologues) identifiés en Rhône-Alpes ont tous été contactés. Le taux de participation était de 25,7% chez les généralistes, et de 55,1% chez les diabéto-endocrinologues. La non-participation des généralistes s'expliquait par l'indisponibilité des praticiens ou par un défaut de fichier, rarement par l'absence de cas de DNID dans leurs cabinets.

Généralistes interrogés pour l'enquête complémentaire	95
Réponse à l'enquête complémentaire	31
Motifs de non-participation :	
médecin spécialistes (erreur du fichier)	5
généralistes à orientation particulière	5
thème non-motivant	0
objectifs insuffisamment clairs	0
ne voit pratiquement aucun cas de DNID	2
indisponibilité temporaire	14
indisponibilité chronique	1
ne répond jamais, par principe	0
trop sollicité(e)	5
rémunération proposée insuffisante	2
autre motif*	4

* ont été cités (changement de mode d'exercice, congé maternité, paresse, retraite)

LES RÉSULTATS DE LA 1^{RE} PHASE

La première phase s'est déroulée d'octobre 98 à février 99. Objectif : recenser des cas de DNID et recueillir des caractéristiques essentielles. 879 généralistes ont été sollicités ainsi que les 69 endocrinologues de la région.

1 Fréquence hebdomadaire des cas de DNID et taille moyenne de la clientèle en fonction de la spécialité

Par semaine	Géné.	Spéc.
Moyenne DNID	3.1	8.6
Moyenne clientèle	100.1	53.6
% DNID / Clientèle	3.1	16.0
Effectifs	221*	35*

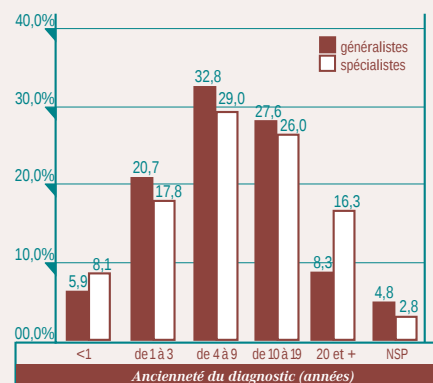
* moyenne calculée pour 256 médecins ayant fourni toutes les données nécessaires

Un préalable essentiel aide à comprendre ce tableau : à ce moment-là, le médecin déterminait lui-même l'importance du diabète de son patient. Il n'y avait pas de définition précise de la maladie au moment de l'enquête. Aujourd'hui, les normes sont plus précises.

2 Distribution des patients en fonction de la régularité du suivi et de la spécialité (%)

Suivi	Géné.	Spéc.
Patients habituels	95.1	71.0
Patients occasionnels	3.4	28.5
NSP	1.5	0.5
Effectifs	2273	639

3 Distribution des patients en fonction de l'ancienneté du diagnostic et de la spécialité



4 Traitement prescrit

Même si les cas traités ne sont pas insulino-dépendants, on s'aperçoit que la prescription d'insuline existe, surtout s'il y a des complications. Ainsi, pour un diabète non équilibré et compliqué, un traitement insulinaire est instauré dans 21% des cas chez les généralistes et dans 50% des cas chez les spécialistes. De même, ce type de traitement apparaît fréquemment prescrit par les diabétologues lorsque le diabète évolue depuis longtemps : 60% des traitements insuliniques relevés concernent des diabètes évoluant depuis plus de 10 ans.

5 Stade évolutif du diabète en fonction de la taille de l'unité urbaine

Il n'y a pas de différence significative entre les patients des petites et grandes unités urbaines. Même constat pour le suivi des patients, qui sont soignés de la même façon en ville et en zone rurale.

par Bernard Rougier, secrétaire général de l'Union



male de la prise en charge des te de type 2 non insulino dépendant

le CAREPS, Centre Rhône-Alpes d'Épidémiologie et de Prévention Sanitaire - Jean-Pierre Ferley, Éric Da-Silva

Les contestations parues dans la presse à ce sujet mettaient une polémique en lumière, notamment sur les critères d'évaluation du diabète.

6 Proportion de DNID équilibrés ou non selon la spécialité

En toute logique, les spécialistes voient les cas les plus graves.

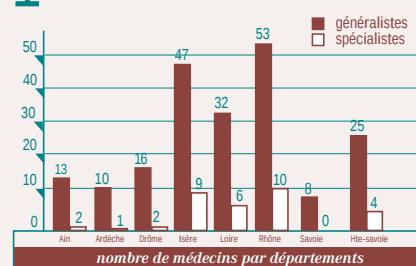
7 Distribution des patients en fonction du type de traitement prescrit et de la spécialité

Les patients DNID traités par insuline se retrouvent plus souvent chez les spécialistes. Pour deux raisons : ils font partie des cas les plus graves, et les spécialistes ont des comportements différents de leurs collègues généralistes dans ces cas-là.

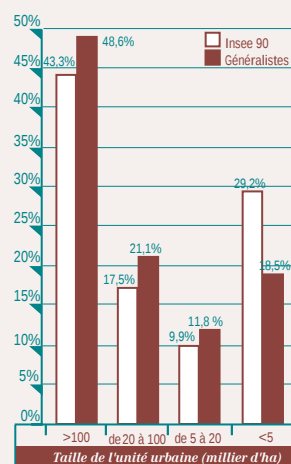
LES RÉSULTATS DE LA 2ND PHASE

La seconde phase a eu lieu de février à novembre 99, elle servait à la caractérisation de la prise en charge sur un échantillon aléatoire de cas signalés lors de la première phase. Au total, 204 généralistes et 34 spécialistes ont été sollicités pour cette seconde phase, pour un nombre de cas attendus égal à 1350 pour les généralistes et à 403 pour les spécialistes.

1 Participation des médecins



2 Description des malades



Cette figure montre que l'échantillonnage de médecins retenus pour l'enquête correspond aux différentes densités de population (avec néanmoins, une sous représentation du rural).

a/ résidence : la distribution des patients par départements est bonne selon l'enquête, sauf dans l'Isère où les patients sont sur-représentés chez les généralistes et les diabétologues. Une explication simple : l'étude est partie de médecins de ce secteur géographique, ils étaient sûrement les plus motivés...

On s'aperçoit que l'adéquation avec les critères proposés récemment est bonne dans la grande majorité des cas.

b/ autonomie : le problème posé est celui de l'autonomie des patients en matière de transport (véhicule personnel, aide de l'entourage, transport en commun). Réponse : si les généralistes voient plus de personnes ayant une autonomie limitée, c'est peut-être parce qu'ils se rendent à leur domicile.

DIABÈTE DE TYPE 2 non insulino-dépendant

3 Environnement social

La clientèle du spécialiste est un peu plus aisée que celle du généraliste. On hésite sans doute moins à consulter dès le début de la maladie dans cette classe sociale, ce qui soutient l'idée que l'accès aux soins est conditionné par le revenu des patients.

Les patients des petites communes sont plus souvent adhérents à des mutuelles.

La meilleure prise en charge est constatée dans les moyennes et petites unités urbaines.

4 Diagnostic

a/ Proportion de patients répondant, au moment du diagnostic, à 2 glycémies anormales (>1.4g/l à jeun ou >2g/l à un moment quelconque de la journée)

2 glycémies anormales	Géné.	Spéc.
Oui	81,4 %	89,3 %
Non	2,8 %	0,6 %
NSP	15,8 %	10,1 %
Effectifs	755	179

Au moment de la première phase d'enquête, les médecins ne disposaient d'aucun critère précis pour définir le diabète. Au moment de la deuxième phase, les critères retenus sont ceux qui faisaient à l'époque consensus.

On s'aperçoit que l'adéquation avec les critères proposés récemment est bonne dans la grande majorité des cas. Il faut préciser que les cas analysés sont antérieurs à la nouvelle définition de la conférence de consensus.

►►► suite p. 4 et 5



Dossier

"Il serait donc bienvenu que la prise en charge sociale soit modulée en fonction de la gravité du diabète"

> suite de la page précédente > analyse régionale...

b/ Circonstance de découverte du diabète

Le diabète est le plus souvent décelé lors d'une consultation chez le généraliste. Le recrutement des malades n'est pas le même chez les spécialistes et les généralistes, sans doute parce que le généraliste pose le premier diagnostic lors d'une visite de contrôle avant d'aiguiller le patient vers un spécialiste. Le rôle du généraliste est donc déterminant dans le diagnostic du diabète.

5 Stade évolutif du diabète et prise en charge

Les patients porteurs de complications débutantes ou sévères sont traités plus souvent chez les spécialistes mais l'écart est peu significatif avec la prise en charge des généralistes, qui reçoivent également des cas sévères et très sévères dans leurs cabinets. On note que les problèmes de transport apparaissent chez les patients âgés, le plus souvent porteurs de complications.

Il serait donc bienvenu que le refus de prise en charge du transport par la sécurité sociale soit modulé en fonction de l'intensité des complications.

Chez les généralistes, il semble que la classe sociale et l'âge n'influencent guère sur la survenue de complications dans la maladie, sauf pour les personnes en situation de précarité de moins de 65 ans.

Chez les spécialistes, ce sont les patients en diabète déséquilibré les plus nombreux, et la précarité ne semble pas avoir d'incidence sur cet état de fait. (La CMU sera-t-elle nécessaire dans ce cas-là ?)

Lorsqu'il y a une complication de la maladie, la prise en charge par la sécurité sociale augmente, ce qui diminue le rôle de la mutuelle, en toute logique.

6 Suivi du patient

a/ Fréquence des examens biologiques

(chez les médecins qui jugent le suivi adapté)

moyenne du nombre d'examens sur 12 mois	Géné.	Spéc.
Glycémie à jeun	99,5%	99,2%
Glycémie post prandiale	42,3%	70,9%
Hb A 1c	89,7%	100,0%
Créatinine	94,5%	98,5%
Microalbuminurie	60,6%	91,0%
Bilan lipidique	78,8%	95,5%
Effectifs	536	137

Que ce soit chez le généraliste ou le spécialiste, un patient a environ 4 dosages de l'HbA1c par an.

b/ Influence de la taille de la commune sur le suivi biologique

La taille de la commune du patient a peu d'influence sur son suivi biologique. Ceci s'explique par une bonne répartition des laboratoires d'analyses sur le territoire français. Le regroupement de laboratoires serait donc dommageable pour l'accès au suivi de toutes les zones géographiques.

Le stade évolutif de la maladie influence la fréquence des examens biologiques, qui sont plus rapprochés en cas de complication.

7 Coordination des soins

a/ Suivi concerté par échanges

de comptes-rendus entre confrères

On observe que les endocrinologues reçoivent des comptes-rendus réguliers (écrits ou téléphoniques) de leurs collègues généralistes dans 41% des cas.

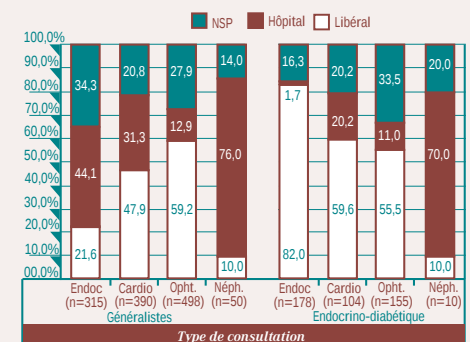
Après consultation chez un spécialiste, le

généraliste ne reçoit en revanche une grille de suivi que dans 9% des cas.

Une étude détaillée de cette coordination des suivis en fonction de la gravité du déséquilibre du diabète sera publiée dans l'étude définitive, pour éclairer ce paradoxe.

b/ Lieux des dernières consultations

(% calculé chez les patients pour lesquels une consultation chez le spécialiste est attestée)



À PROPOS

JUGEMENT PORTÉ SUR LE SUIVI BIOLOGIQUE

Le médecin donne au patient la responsabilité de son mauvais suivi, pour cause de non compliance aux recommandations... les difficultés de déplacement arrivent en seconde position pour expliquer un suivi défaillant. La majorité des médecins note tout de même une bonne adaptation générale du suivi biologique chez leurs patients.

SUIVI MÉDICAL

En ce qui concerne les diabétiques déclarés dans cette enquête par les généralistes, la moyenne des consultations est de 7 par an. 29% de ceux-ci ont vu au moins une fois un diabétologue dans l'année. 50% ont vu un cardiologue et seulement 6% consultent un néphrologue.

Comme pour le suivi biologique, la taille de la commune habitée n'influe pas sur le suivi médical du patient. La présence de complications ne multiplie pas les visites chez le spécialiste ou chez le diabétologue. En revanche, ces complications l'amènent plus souvent chez le cardiologue ou l'ophtalmologue, ce qui n'est pas une surprise !

LE JUGEMENT PORTÉ SUR LE SUIVI EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Pour les généralistes, leur suivi est bon à 71,5%. Pour les spécialistes, le suivi en médecine générale est critiquable, puisqu'ils ne le jugent adapté qu'à 39,7%. Pour les deux catégories de médecins, un mauvais suivi s'explique en grande partie par la mauvaise compliance du patient... qui a tout de même quelques circonstances atténuantes pour cause de difficultés socio-économiques.

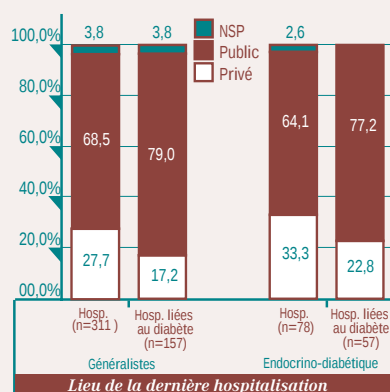
SUIVI PARAMÉDICAL

Les patients suivis par des spécialistes ont plus souvent recours aux professionnels paramédicaux que ceux qui sont suivis par des généralistes. Dans les grandes villes, le recours aux diététiciens est plus fréquent. Les infirmiers sont plus sollicités dans les petites communes, sans doute parce qu'ils se déplacent pour les prises de sang lorsque les patients ont des difficultés de déplacement dans les zones mal desservies par les transports en commun.

que le refus de prise en charge du transport par la sécurité fonction de l'intensité des complications"

c/ Lieu de la dernière hospitalisation

(pour les patients dont l'hospitalisation a été attestée)



Un dépouillement par département est en cours pour connaître l'influence des milieux universitaires sur l'hospitalisation des patients.

Le rapport détaillé de cette enquête

est disponible sur le serveur de l'Union (format Word) ainsi qu'en téléphonant au secrétariat de l'Union (dans la mesure des stocks disponibles)

La qualité de la formation pour la prise en charge des patients porteurs d'un DNID est jugée perfectible par 66,9% des généralistes. La formation pour le suivi des malades diabétiques est donc une attente réelle, surtout par les médecins des petites villes.

LA CIRCULAIRE DGSS

Organisation des soins et diabète

L'ADMINISTRATION PENSE POUR VOUS

Une circulaire de la Direction Générale de la Santé vient d'être adressée aux ARH, aux DASS et aux DRASS.

Cette circulaire précise les principes d'organisation des soins du diabète de type 2 non insulino-dépendant. Elle vise :

- 1 à promouvoir la nécessaire pluridisciplinarité de la prise en charge des diabétiques de type 2, à garantir à tous les patients une égalité d'accès à des soins de qualité et à assurer la graduation, la coordination et la continuité des soins par la constitution de réseaux de soins.
- 2 à faire développer l'éducation pour la santé, individuelle et collective, préférentiellement à la multiplication des actes médicaux de nature descriptive, à l'intérieur comme à l'extérieur des établissements hospitaliers publics et privés.
- 3 à introduire des indicateurs de qualité des résultats obtenus qui soient utilisables pour chaque patient, et qui analysés globalement et confidentiellement, puissent à terme renseigner chaque médecin, chaque structure et chaque aire géographique sur les résultats moyens obtenus.

L'organisation régionale des soins en diabétologie pourra tenir compte aussi des priorités définies par les conférences régionales de santé, conformément aux articles R.767-1 à R.767-6 du code de la santé publique et s'intégrer dans le cadre des Programmes régionaux de santé.

Conclusion : Il est urgent pour la médecine libérale de s'organiser en réseaux, si elle veut être un partenaire majeur face aux autres institutions (hôpitaux publics, Caisses d'assurance maladie, ARH...).

Une opportunité vous est donnée par le biais du financement du fond régional pour l'amélioration de la qualité des soins en médecine ambulatoire (voir article sur les réseaux). Si vous avez des projets, contactez l'Union. Nous vous aiderons à monter les dossiers.

DU SUIVI

JUGEMENT PORTÉ SUR LE SUIVI PARAMÉDICAL

Vu par les spécialistes, le suivi paramédical est jugé bon à 81%, et seulement à 49% par les généralistes. Lorsqu'il est jugé insuffisant, les spécialistes pensent que c'est à cause de difficultés socio-économiques, ce qui prouve l'influence du revenu sur ce type de soins, contrairement à ce qui a été constaté plus haut, pour le suivi médical et biologique.

SUIVI CLINIQUE ET PARACLINIQUE

Fréquence des examens cliniques et paracliniques au cours des 12 derniers mois en fonction du stade évolutif du diabète [sauf ECG : 24 derniers mois]

	GÉNÉRALISTE			SPÉCIALISTE		
	Eq.Co-	Déséq.Co-	Co+	Eq.Co-	Déséq.Co-	Co+
TA (% rens.)	100,0	100,0	99,1	97,7	100,0	97,9
Moyenne	7,1	6,8	7,9	4,0	4,3	5,9
Examen vasculaire (% rens.)	100,0	100,0	98,5	100,0	95,2	98,9
Moyenne	4,4	4,3	4,7	2,8	2,5	3,3
ROT (% rens.)	98,8	99,1	96,9	97,7	100,0	100,0
Moyenne	3,3	2,9	3,4	2,5	2,2	2,8
Troubles sensitifs (% rens.)	98,2	99,1	95,7	97,7	100,0	100,0
Moyenne	2,9	2,5	3,0	2,3	1,9	2,5
Examen des pieds (% rens.)	99,4	99,1	98,1	97,7	100,0	100,0
Moyenne	3,5	3,5	3,9	2,8	2,8	3,4
ECG (% rens.) [24 derniers mois]	97,6	96,4	96,3	97,7	100,0	93,6
Moyenne	0,9	1,1	1,7	0,8	0,8	1,5
Effectifs	165	111	324	44	21	94

Eq.Co- : Diabète équilibré sans complication

Déséq.Co- : diabète déséquilibré sans complication Co+ : Diabète avec complications

ÉLABORER entre patients et spécialistes, des outils de partage de l'information et de suivi concerté.

RÉFLÉCHIR à l'échelon local à la structuration de réseaux s'appuyant sur des référentiels par discipline, fixant les procédures dans le respect des champs d'intervention de chacun.

FAUT-IL éventuellement créer des structures souples et originales, consultations pluridisciplinaires permettant de regrouper sur un très court laps de temps des examens de contrôle et de dépistage, et des avis spécialisés ?

LETTRES OUVERTES

La campagne aura lieu
du 15 mai
au 25 mai 2000.



aux indécis

Bientôt les élections aux Unions Professionnelles

*Par Jacques Caton, président du collège des Médecins spécialistes
et Bernard Rougier, secrétaire général de l'Union*

“ Nous n'avons pas le droit d'être indécis aujourd'hui. L'existence récente des Unions a donné pour la première fois la parole aux médecins. Avec les moyens financiers que nous nous sommes donnés à travers elles, nous avons réussi à faire fonctionner une véritable organisation de défense professionnelle, à un niveau supra-syndical.

Le Conseil de l'Ordre défendait l'éthique de la profession, les Unions défendent aujourd'hui son organisation. Et ce n'est pas trop tôt ! Jusqu'alors tout le monde s'occupait de l'organisation des soins en France (la sécurité sociale, la presse, les politiques...) sauf les médecins eux-mêmes ! Nous devons donc donner du poids à l'Union en votant en masse : plus nous serons nombreux à nous impliquer dans l'organisation de notre profession, plus nous serons représentatifs. Nous prouverons ainsi que nous sommes capables de gérer par nous mêmes, avec nos partenaires, l'organisation des soins et la démographie des médecins.



Les Unions sont promises à un avenir actif et passionnant : elles seront chargées de missions multiples dans les années qui viennent. La FMC et l'évaluation feront partie des responsabilités qui leurs seront confiées, parallèlement à celles qu'elles prendront d'elles-mêmes en réalisant des études et enquêtes, comme celles que vous trouverez en fin de journal.

À nous de faire vivre l'Union, de lui donner un sens, nos intérêts et ceux de nos patients sont en jeu. N'ayons plus rien à envier aux paysans soutenus par leurs fortes chambres d'agriculture, ni aux entreprises chapeautées par les chambres de commerce et d'industrie. Le lobbying de ces secteurs actifs passe par une volonté de rassemblement dont nous pouvons faire preuve à notre tour. Votons !

”

Jacques Caton

“ Voter pour les UP est un acte indispensable : de lui dépend la possibilité du corps médical d'organiser régionalement le système de santé. Les UP sont les instruments de la profession qui donnent aux médecins les moyens d'exercer leur responsabilité collective. Par elles, la médecine libérale reste une pièce du puzzle social, un acteur incontournable dans les domaines de la prévention et de la santé publique.

Aujourd'hui, l'exercice libéral de la médecine en France est menacé par l'étatisme. Nous devons nous organiser. Les syndicats traditionnels ont un pouvoir insuffisant, et l'Ordre des Médecins n'est pas adapté à cette lutte.

C'est aux UP que revient donc le rôle d'un contre-pouvoir face aux organismes tels que les agences régionales d'hospitalisation ou les URCAM. À ceux qui contestent l'utilité de nos cotisations aux UP, je réponds que le prix de l'indépendance (700 F de cotisation par an aux UP) n'est pas élevé ! Nous avons besoin de moyens humains, techniques et informatiques pour résister aux pressions extérieures. La volonté des élus de l'UP sera ensuite d'utiliser au mieux les cotisations dans l'intérêt des médecins eux-mêmes. Pour que les UP gardent leur légitimité, le taux d'abstention aux élections prochaines doit être le plus bas possible. Notre crédibilité face aux pouvoirs publics est en jeu. C'est à ce titre que nous devons éviter les divisions entre sections, et conserver notre vocation de lieu de rencontres et d'échanges. Nous devons nous investir totalement dans la recherche de l'Union du corps médical et non dans sa désunion. Rechercher la convergence au lieu de l'affrontement, c'est vouloir construire et non détruire, c'est s'opposer à ceux qui veulent rendre les Unions inefficaces comme des coquilles vides. L'abstention est donc le pire ennemi !

Si nous voulons préserver la diversité de nos idées et les moyens de les transmettre à nos interlocuteurs, votons le 29 mai.

Bernard Rougier

”



29 Mai

29 Mai

Mode d'emploi

Les Unions, à quoi ça sert ?

Rappel des missions des Unions (loi Teulade du 4 janvier 1993)

- ➊ Analyse et étude relative au système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie et à l'évaluation des besoins médicaux.
- ➋ Évaluation des comportements et des pratiques en vue de la qualité des soins.
- ➌ Organisation et régulation du système de santé.
- ➍ Prévention et actions de santé publique.
- ➎ Coordination des professionnels de santé.
- ➏ Information et formation des médecins et des usagers.
- ➐ Missions confiées par les syndicats représentatifs dans le cadre de la convention.

Les Unions, combien ça coûte ?

Chaque médecin libéral cotise obligatoirement à l'Union régionale à hauteur de 0,5% de son revenu professionnel, dans la limite du plafond de la sécurité sociale. La cotisation annuelle moyenne de 1999 est de 700 F par médecin. Cette cotisation perçue par l'URSSAF peut être complétée par des subventions diverses dans les limites prévues par les textes réglementaires.

Le statut des Unions

Les Unions sont des organismes de droit privé et non des associations. Leur statut est comparable à celui de l'ordre des médecins ou des caisses d'assurance maladie. Leur compétence est régionale. Elles sont régies par une assemblée générale

composée d'élus au suffrage universel par les médecins libéraux de la région exerçant à titre conventionnel. L'assemblée générale élit son bureau ainsi qu'une commission de contrôle financier.

L'élection de l'assemblée générale

Cette élection a lieu tous les 6 ans sous le contrôle du Préfet de région. Tous les électeurs sont éligibles. Les scrutins sont proportionnels et les listes présentées par les syndicats médicaux sont réparties en deux sections égales : généralistes et spécialistes. Le nombre d'élus dépend du nombre de médecins exerçant dans la région



Attention, le panachage est interdit sous peine de nullité.

Vous devez voter pour une liste entière sans rature ni surcharge.

(80 pour Rhône-Alpes). Chaque liste comporte 50% de candidats en plus que le nombre d'élus. Attention, le panachage est interdit sous peine de nullité. Vous devez voter pour une liste entière sans rature ni surcharge.

Quand voter ?

La date des élections doit être « antérieure de deux mois au plus et de 15 jours au moins à la date d'expiration des pouvoirs des assemblées en fonction ». Le lundi 29 mai, date des prochaines élections est aussi la date limite pour l'expédition des votes par les électeurs. Le dépouillement aura lieu le vendredi 2 juin.

L'information des électeurs

Les noms et adresses des médecins libéraux éligibles sont communiqués par les caisses d'assurance maladie à la commission électorale présidée par le Préfet de région. Les listes seront affichées dans les préfectures, les mairies des chefs-lieux et au siège de l'Union.

Le dépôt des candidatures

Les syndicats médicaux doivent déposer les listes de candidatures entre le 20 et le 29 mars 2000. La publication de ces listes aura lieu au plus tard le 13 avril. Leur régularité peut être contestée pendant les 3 jours qui suivent leur publication.

Comment voter ?

Le vote a lieu par correspondance. Chaque électeur reçoit à son adresse professionnelle les professions de foi des candidats et les bulletins de vote. Le cachet de la poste fait foi et doit être au plus tard du 29 mai, dernier jour du scrutin.

Et après...

Les résultats sont affichés dans les préfectures, les mairies des chefs-lieux et au siège de l'Union. Les dispositions du code de la sécurité sociale sont applicables au contentieux des élections. La première réunion de l'assemblée nouvellement élue est convoquée par le Préfet de région. Le bureau de l'Union est élu au cours de cette réunion.

Les résultats des élections sur internet

Les résultats seront disponibles sur le site de l'Union à partir du 1^{er} juin 2000



et toujours sur le site le mot du président la présentation et les coordonnées de l'Union le centre de documentation les annuaires l'agenda régional les bulletins précédents ... et tous les travaux de l'Union

www.upmlra.org

Enquête RADIOGRAPHIE de 3 spécialités

Une enquête pour mieux connaître l'activité des praticiens de 3 spécialités : la pédiatrie, la chirurgie orthopédique, et la gastro-entérologie.

par Anne DUBURCQ, Yves CHARPAK, Cédric MARCHAND – Sté EVAL, Paris
ainsi que les Drs BLANC, CATON, CHAUPLANNAZ, DONZEL, GRANET, GRILLET, GROSCLAUDE, LEVRAT, PERCHE, ROUHIER (Union) ; Le Pr. Paul PERRIN (Université) et le Dr Géraldine JANODY (Drass)

Les travaux réalisés par EVAL autour de la démographie médicale dans la région Rhône-Alpes, actuellement en cours de finalisation, ont pour objectif de proposer une modélisation de l'activité de trois spécialités médicales : la pédiatrie (activité avec peu d'actes techniques), la gastro-entérologie (activité médicale avec actes techniques) et la chirurgie orthopédique (activité chirurgicale).

Dans le cadre de ces travaux, une enquête a été réalisée auprès de tous les praticiens des trois spécialités étudiées (y compris les internes) afin de décrire l'activité des médecins, le temps passé par activité et par acte, en fonction notamment de leur lieu d'exercice. Cet article présente les principaux résultats de l'enquête, le rapport complet étant disponible sur demande à l'URML de Rhône-Alpes.

L'enquête a été réalisée par auto-questionnaire de mai à septembre 1999. Les taux de participation ont été de 28% pour les orthopédistes, 31% pour les gastro-entérologues et 33% pour les pédiatres. La répartition par sexe est très différente selon les spécialités : uniquement des hommes en orthopédie, 80% d'hommes en gastro-entérologie et la moitié d'hommes en pédiatrie. Par ailleurs, plus des trois quarts (environ 77%) des gastro-entérologues et des pédiatres ont été diplômés dans la région où ils exercent, contre 72% pour les orthopédistes.

DES PRATICIENS MULTI-INSTITUTIONS

Fait marquant révélé par l'étude : beaucoup de praticiens ont plusieurs lieux d'exercice (cf. tableau 1). C'est le cas de plus de 60% des gastro-entérologues et des pédiatres et de 30% des orthopédistes. Les médecins semblent gérer de plus en plus leur activité dans des lieux différents, ce qui soulève une question essentielle : quel est le degré d'implication possible des praticiens dans le développement de chacune des structures à laquelle ils ne consacrent qu'une partie de leur temps ?

DES ACTIVITÉS SPÉCIFIQUES AUX INSTITUTIONS

L'enquête montre également que les activités des praticiens sont très différentes selon le lieu d'exercice (tableau 2). La principale différence oppose les cabinets libéraux où l'activité est principalement constituée de consultations, aux hôpitaux et cliniques où sont pratiqués les actes médicaux et la surveillance clinique. Les activités à l'hôpital et en clinique apparaissent également différentes pour les gastro-entérologues (beaucoup plus d'actes en clinique) et les pédiatres (beaucoup plus de surveillance clinique à l'hôpital), alors qu'elles sont très similaires pour les orthopédistes.

Dresser le panorama des activités de ces praticiens est donc relativement « complexe » : non seulement un médecin travaille dans plusieurs institutions, mais il a aussi des activités sensiblement différentes selon l'institution dans laquelle il travaille. Il n'y a donc pas de recouvrement entre l'activité d'une institution et l'activité d'un médecin.

UN TEMPS DE TRAVAIL ÉLEVÉ

Toutes institutions confondues, le temps de travail évalué par les praticiens est important : 9,5 heures par jour en moyenne pour les gastro-entérologues et les pédiatres, et 11 heures par jour pour les orthopédistes, hors gardes et astreintes. Pour les trois spécialités, la durée de travail est de 5,5 jours par semaine en moyenne pour 46,5 semaines par an.

DES DIFFICULTÉS À DÉFINIR LE TEMPS DE TRAVAIL

Des difficultés sont apparues dans la définition et le calcul du temps de travail d'un praticien et dans l'affectation d'un temps de travail à une institution donnée : en particulier, la prise en compte des astreintes et des gardes dans le temps de travail, la difficulté d'affecter certaines autres activités comme la formation continue et la recherche, à une institution donnée.



UNE GRANDE VARIABILITÉ DANS LA DURÉE DÉCLARÉE POUR UN ACTE DONNÉ

Enfin, lorsqu'on demande aux praticiens d'évaluer la durée des actes qu'ils réalisent, on est surpris de la grande variabilité des réponses pour un acte donné, y compris au sein d'une même institution : les durées mentionnées varient d'un facteur 2 ou 3 pour la majorité des actes, et jusqu'à un facteur 10 pour quelques actes. Ce résultat, retrouvé dans les trois spécialités, pose la question de la définition d'un « acte » : s'agit-il de l'acte technique au sens strict, de l'ensemble des activités nécessaires à la réalisation de l'acte, du « temps bloqué » pendant lequel le praticien ne peut pas en faire un autre, etc... Certes, il y a actuellement à l'échelon national des travaux autour de la nomenclature qui prennent en compte ces problèmes : mais leur objectif étant d'aboutir à un consensus de facturation, il n'est pas certain que la méthode choisie permette une bonne approche du besoin en professionnels (temps pour faire face à un problème donné).

CONCLUSION

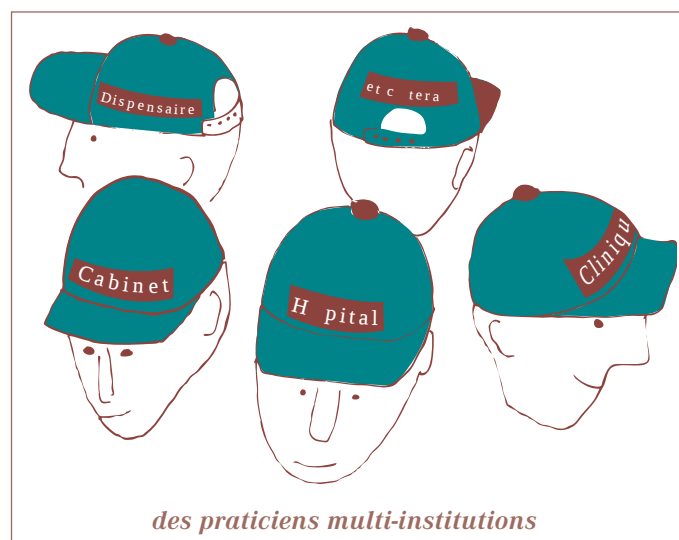
En conclusion, ce type d'enquête, malgré un taux de réponses non exhaustif permet d'apporter un éclairage essentiel au débat sur les besoins en professionnels de santé. En amont de toute discussion sur des manques ou des sureffectifs, savoir « qui fait quoi et où » est indispensable. L'ensemble des professionnels devrait en prendre conscience.

Tableau 1 Lieux d'activité des spécialistes

	Gastro entérologues N = 124	Orthopédistes N = 78	Pédiatres N = 180
Type de professionnel			
Salarié exclusif	29,0%	29,5%	23,3%
Libéral exclusif	24,2%	41,0%	22,2%
Mixte	46,8%	29,5%	54,5%
Lieux d'exercice			
Cabinet	60,5%	20,5%	73,3%
Clinique	54,0%	50,0%	21,1%
Hôpital	72,6%	46,2%	60,6%
Activité privée à l'hôpital	11,3%	19,2%	4,4%
PSPH	11,3%	15,4%	11,1%
Centre de santé	-	-	13,9%
Autres structures*	1,6%	-	18,3%
Nb de lieux d'exercice**			
1	41,1%	70,5%	37,2%
2	24,2%	23,1%	33,3%
3	26,6%	6,4%	18,9%
≥ 4	8,1%	-	10,6%

* crèche, dispensaire, PMI, centre de rééducation...

** pour les spécialistes exerçant à l'hôpital public et déclarant une activité privée au sein de l'hôpital, 1 seul lieu d'exercice a été comptabilisé.



Pédiatrie

Chirurgie Orthopédique

Gastro-entérologie

Description de l'activité des gastro-entérologues, orthopédistes et pédiatres

Tableau 2

	Gastro-entérologues				Orthopédistes			Pédiatres			
	Cabinet N = 75	Clinique N = 67	Hôpital N = 90	Total N = 124	Clinique N = 39	Hôpital N = 36	Total N = 78	Cabinet N = 132	Clinique N = 38	Hôpital N = 109	Total N = 180
% médecins mono-institutionnels	8%	2%	46%	41%	49%	83%	70%	22%	0%	32%	37%
Durée moyenne d'une consultation (minutes) (± écart-type, min-max)	30 ± 8 (15-60)	22 ± 8 (10-45)	25 ± 10 (10-60)	26 ± 9 (10-60)	16 ± 3 (10-20)	10 ± 4 (4-20)	14 ± 5 (4-30)	30 ± 8 (15-60)	17 ± 7 (5-30)	25 ± 9 (10-60)	25 ± 8 (5-60)
Durée moyenne d'une visite (minutes) (± écart-type, min-max)	37 ± 19 (15-60)	/	/	37 ± 19 (15-60)	/	/	/	33 ± 14 (10-60)	/	/	32 ± 14 (10-60)
Temps d'activité hors astreintes/gardes° (h/sem)	31 ± 11	15 ± 9	26 ± 19	48 ± 13	42 ± 15	39 ± 18	52 ± 15	45 ± 12	8 ± 11	22 ± 19	51 ± 15
% consultations	68%	5%	19%	37%	29%	27%	36%	92%	84%	54%	74%
% visites	/	/	/	/	/	/	/	2%	/	/	1%
% surveillance clinique	/	9%	24%	15%	14%	13%	12%	/	12%	27%	13%
% actes	25%	83%	46%	38%	45%	49%	39%	1%	4%	6%	2%
% autre activité médicale	/	/	2%	/	1%	/	1%	/	/	3%	2%
% gestion/administration	7%	3%	7%	8%	10%	9%	10%	4%	/	8%	6%
% autre activité non médicale	/	/	2%	2%	1%	2%	2%	1%	/	2%	2%
Temps de gardes° (h/sem)	0,5 ± 3	0,5 ± 3	1,5 ± 3	2 ± 5	3 ± 6	6 ± 8	4 ± 7	1 ± 3	2 ± 4	4 ± 5	4 ± 6
Temps d'astreinte (h/sem)	6 ± 13	9 ± 18	8 ± 12	14 ± 22	17 ± 22	14 ± 21	20 ± 26	2 ± 15	27 ± 33	11 ± 19	15 ± 27
Temps d'enseignement (h/sem)	/	/	/	2 ± 3	/	/	4 ± 5	/	/	/	1 ± 2
Temps de recherche (h/sem)	/	/	/	2 ± 3	/	/	3 ± 5	/	/	/	1 ± 2
Temps de FMC (h/sem)	/	/	/	3 ± 3	/	/	3 ± 3	/	/	/	4 ± 3
Temps de promotion de la spécialité (h/sem)	/	/	/	1 ± 1	/	/	1 ± 2	/	/	/	1 ± 2

Étude méthodologique

par le docteur Jacques Caton et Anne DUBURCQ (S^{te} Éval)

Déterminer le nombre de praticiens dans trois spécialités

Les spécialistes de l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux Rhône-Alpes ont souhaité utiliser des données d'activité médicale afin de mieux discuter les choix de planification du nombre de médecins à former. EVAL a été chargée de réaliser une étude de modélisation et de simulation basée sur les données d'activité régionales disponibles et sur une analyse préalable de la littérature internationale (cf. bulletin n°7 pages 4 et 5).

L'objectif spécifique de cette étude était d'adapter un modèle «général» d'analyse de l'activité de soins, établi aux Etats-Unis pour 18 spécialités à la situation française et de construire une méthodologie d'analyse détaillée de l'offre de spécialistes : c'est à dire de modéliser cette offre en fonction de paramètres les plus pertinents qui la caractérisent (âge et sexe de la population, paramètre décrivant l'activité des médecins). Son intérêt principal réside ainsi dans la possibilité de simuler des modifications de certaines caractéristiques de la population, du système de soins, et des modalités de consommation. Par contre, il ne permet pas d'estimer un besoin absolu en médecins basé sur les problèmes de santé de la population.

Trois spécialités ont été sélectionnées pour cette approche

- la pédiatrie (modèle d'activité médicale avec relativement peu d'actes techniques),
- la gastro-entérologie (activité médicale avec une grosse part d'actes techniques),
- la chirurgie orthopédique (activité chirurgicale).

Pour une spécialité donnée, la modélisation de l'activité nécessitait donc :

- **connaître la consommation de la population** : détail en nombre de consultations, visites et différents actes, pour les différents lieux d'exercice et en fonction des sous-catégories de population (cf. p.9)

- **pouvoir recomposer le temps de travail des médecins (temps de travail global et détail des activités)** : durée moyenne d'une consultation, d'une visite et des différents actes en fonction du lieu d'exercice, autres activités des médecins et temps qu'ils y consacrent (surveillance clinique, gardes, gestion, formation, enseignement...), définition d'un équivalent temps-plein d'un praticien (cf. tableau 2, p.9)

L'estimation de ces différents paramètres a nécessité deux volets complémentaires, qui ont été réalisés en parallèle :

- **d'une part**, la collecte et l'agrégation des informaticiens provenant des différents systèmes d'informations existants et des données disponibles dans les différentes institutions (CNAMTS, URCAM, DRASS, ARH, Ordre des Médecins, Hôpitaux, Cliniques...),
- **d'autre part**, la réalisation d'une enquête ad-hoc auprès des praticiens des trois spécialités étudiées, afin d'évaluer les paramètres du modèle qui ne figuraient dans aucun système d'information. Cette enquête est intéressante en elle-même car elle décrit l'activité des médecins, en fonction notamment de leur lieu d'exercice et apporte des éléments essentiels au débat sur les besoins en professionnels de santé (cf article pages 8 et 9).

Les difficultés rencontrées dans l'utilisation et le traitement de certaines données issues de systèmes d'informations existants (non exhaustivité, problème de fichiers...) nous ont conduit à baser la modélisation sur les seules données de l'enquête ad-hoc réalisée auprès des praticiens, avec des redressements à l'ensemble des praticiens de la région.

Suite à l'enquête décrite pages 8 et 9, l'Union a décidé d'approfondir les résultats obtenus et a lancé une modélisation de l'activité des trois spécialités.

Pédiatrie Chirurgie Orthopédique Gastro-entérologie

Ces modèles doivent donc être interprétés avec prudence. Mais ils permettent d'avoir une idée pertinente des modifications qui seraient engendrées par des changements de pratiques, à type de consommation et structuration du système de soins «équivalentes»

Quelques exemples :

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE

LES PROJECTIONS DÉMOGRAPHIQUES prévues pour 2020 nécessiteraient une augmentation de 17% du nombre d'orthopédistes dans la région.

LA TRANSFORMATION DES ASTREINTES EN GARDES engendrerait une augmentation de 31% des chirurgiens orthopédistes.

GASTRO-ENTÉROLOGIE

LA RÉDUCTION DE MOITIÉ DU NOMBRE DE GASTROSCOPIES entraînerait une baisse de 5% du nombre de gastro-entérologues.

UNE AUGMENTATION DE 2% DU NOMBRE DE COLOSCOPIES dans le cadre du dépistage du cancer colique, entrainerait une augmentation de 5% des gastro-entérologues.

PÉDIATRIE

LA LIMITATION DU TEMPS DE TRAVAIL À 169 h par mois (ETP salarié) nécessiterait une hausse de 13% de l'effectif des pédiatres.

LE DOUBLEMENT DU NOMBRE D'ASTREINTES et leur transformation en gardes (plan péri-natalité) entrainerait une augmentation de 34% de l'effectif.





Enquête de satisfaction des patients traités dans les établissements privés de la région Rhône Alpes

par Jacques CATON

Président du Collège des Médecins Spécialistes

encourageons à leur demander de bien vouloir répondre car les résultats de ce travail sont très importants pour mettre en évidence la qualité de nos établissements, tant sur le plan de l'hébergement que sur celui de l'accueil ou de la

satisfaction des soins reçus. Notamment sur la prise en charge de la douleur et sur la qualité de l'information délivrée.

CETTE ENQUÊTE NOUS PERMETTRA ÉGALEMENT DE CORRIGER CERTAINES ERREURS logistiques dans nos établissements, le feed back de telles enquêtes étant toujours très important.

ELLE AURA AUSSI UN VOLET SOCIOLOGIQUE, sur la profession, le niveau d'études, les revenus, la couverture sociale ainsi que les attentes des personnes hospitalisées dans nos établissements.

NOUS VOUS FERONS PART, BIEN ÉVIDEMMENT, DES RÉSULTATS de cette enquête, lorsque celle-ci sera terminée.

DANS LE CADRE DES ENQUÊTES destinées à valoriser l'activité libérale des praticiens, le collège des médecins spécialistes de l'Union a pensé qu'il était tout à fait opportun de connaître l'opinion de la population sur les établissements privés de la région.

UNE ENQUÊTE DE SATISFACTION a donc été lancée sur les personnes hospitalisées dans un établissement privé de notre région. Cette enquête confiée à EVAL sera réalisée par le biais de la société d'étude Téléperformance.

SI VOS PATIENTS S'INQUIÉTAIENT DE CETTE ENQUÊTE, ou vous demandaient votre avis nous vous

DÉCRET D'APPLICATION

Par Guy Chauplannaz et Jean-Paul Donzel

Évaluation des pratiques

Le décret d'application du 28.12.99 sur l'évaluation des pratiques professionnelles lance la phase concrète de cette vaste auto-surveillance du monde médical. Reste que deux problèmes cruciaux : «qui évaluera ?» et «qui financera ?» ne sont pas encore réglés.

Qui seront les évaluateurs ?

Sur le plan personnel, l'évaluation des pratiques est une démarche volontaire du professionnel qui pour des raisons éthiques, déontologiques et personnelles accepte de faire vérifier sa pratique par un tiers afin de garantir au patient qu'il aura les soins dont il a besoin, de qualité et au juste coût. Pour répondre à cette problématique, les changements de comportement dans la pratique médicale sont obtenus par le respect des recommandations, référentiels, guides de bonnes pratiques définis par la profession dans le cadre de l'ANAES.

“Le problème, c'est que nous attendons encore que l'ANAES précise les critères d'habilitation des médecins évaluateurs, explique Guy Chauplannaz. Nous pressentons, même si la réflexion sur ces critères par l'ANAES n'est pas actuellement transparente, que l'expérience du praticien et son implication dans des actions de formation ou d'évaluation seront déterminantes, ajoute le médecin.

4 rôles pour une structure

Lorsque les critères ANAES seront diffusés, les volontaires sélectionnés seront ensuite formés par l'ANAES à la démarche d'évaluation. Cette omniprésence de l'ANAES à tous les stades du processus d'évaluation est épinglée au passage par Jean-Paul Donzel, qui craint une confusion des rôles : en effet, la structure qui fait les référentiels est aussi celle qui fait l'évaluation (par l'intermédiaire des

experts qu'elle désigne et qu'elle forme), celle qui en assure le suivi (dans le but de modifier les pratiques) et celle qui décide éventuellement de faire sanctionner le médecin.

Selon Jean-Paul Donzel, «il aurait été plus judicieux de différencier les attributions pour ces 4 rôles distincts.

Par ailleurs, le décret mélange fâcheusement les genres puisqu'à côté de l'évaluation des pratiques, il consacre un article à l'analyse de l'évolution des dépenses.

Toutefois, tempère le praticien, si les médecins et les Unions s'approprient l'évaluation et investissent les différents champs qui leur sont ouverts par ce décret, ils créeront l'opportunité d'une prise en compte de la qualité et donc des besoins réels de la population par les politiques”.

Qui finance les évaluations ?

C'est là que le second problème se profile pour la mise en place du décret : le financement de l'évaluation sera assuré par l'Union...

Concrètement, on sait que les évaluateurs recevront 12 fois le montant de la consultation du généraliste (115 F) par demi-journée d'évaluation. L'évaluateur est par ailleurs tenu de poursuivre sa propre activité de médecin, mais dans quelle proportion ?

Rien n'a encore été décidé sur le nombre de dossiers qu'il peut suivre, ni sur le temps pas-

sé à chaque dossier. Le nombre de visites rendues à un médecin évalué peut en effet varier considérablement, en fonction du temps passé à estimer les pratiques, puis du temps passé à suivre l'application des recommandations...

“Toutes ces questions restées en suspens expliquent que peu de médecins libéraux se préparent ou s'intéressent aujourd'hui à l'évaluation, remarque Guy Chauplannaz. Ils ont été, faut-il le rappeler, échaudés par les errements de la FMC”.

Comme l'explique le Docteur Donzel, on peut craindre que les Unions soient réduites à un rôle purement administratif et financier.

Et que la charge financière qu'elles devront supporter devienne «monstrueuse». À titre d'exemple, pour 1.000 médecins évalués par an à raison de 2 visites d'experts d'une demi-journée, on arriverait à la somme de 2.760.000 F ! Et il faudra 10 ans pour évaluer tous les praticiens de la région Rhône-Alpes !

Une opération lourde mais inévitable

“Comme dans tous les secteurs professionnels, les médecins devront aussi s'engager dans la démarche «qualité» soutient Guy Chauplannaz. Pour l'instant, nous sommes prêts et attendons davantage de précisions réglementaires avant le signal de départ”



NTIC... D'AC... DOC ???

NTIC : cet acronyme ne cache pas un nouveau virus.

C'est le terme à la mode pour :

"Nouvelle Technologie de l'Information et de la Communication"

Alors où en sont les NTIC dans le domaine de la santé ?

Les dernières estimations font état de plus de 60% de médecins équipés de matériel informatique dans leur cabinet. Mais à peine 15% utilisent régulièrement internet. S'informatiser c'est bien ; mais pour quoi faire ?

Il s'agit dans une première étape de se doter d'un outil personnel, et voici qu'apparaît aujourd'hui l'ouverture des intranets et de l'internet à la médecine praticienne.

Nous avons besoin de connaître les besoins des médecins pour exploiter les nouveaux services offerts par ces nouvelles technologies.

Si vous êtes informatisé, répondez au questionnaire ci-contre sur les NTIC dans le domaine de la santé.

TRIBUNE LIBRE

Polémique autour d'une enveloppe

Par Jean-Paul Donzel



"En réponse aux allégations très approximatives et purement démagogiques du journal «La feuille de la section généraliste» concernant les finances de l'Union et de la section généraliste, une mise au point du trésorier de l'Union et un rappel de la réalité s'imposent. En particulier vis à vis de tous les médecins généralistes de Rhône-Alpes.

1 «LA FEUILLE DE LA SECTION GÉNÉRALISTE» tout comme la section généraliste de l'Union ne peut prétendre parler au nom des généralistes, car en pratique il s'agit de la section MG France.

2 TOUTES LES DÉCISIONS PRISES À CE JOUR par la section généraliste n'ont aucune valeur juridique en l'absence d'un règlement intérieur adopté selon les dispositions réglementaires.

3 LES SECTIONS (G-SPÉ) disposent d'une ligne budgétaire votée par l'AG de l'Union, destinée à mettre en œuvre des actions spécifiques ; de 1996 à 2000 la ligne budgétaire mise à disposition de chaque section atteint environ la somme de 2.400.000 F.

4 SI LE PRÉSIDENT DE LA SECTION ordonnance les dépenses de la section, le trésorier de l'Union (il n'y a pas de trésorier de section) et la commission des finances de l'Union (dans laquelle tous les syndicats sont représentés) se doivent de vérifier que le financement de ces dépenses entre bien dans les missions des sections. C'est pourquoi il a été demandé aux sections de fournir un ensemble de documents permettant d'apprécier la recevabilité des demandes en paiement pour des actions ou pour des associations extérieures à l'Union. Or à ce jour, la section généraliste n'a pas transmis les documents tels que sollicités par la commission des finances et à tout le moins, les dossiers sont totalement incomplets.

De plus, à l'analyse des quelques pièces fournies par la section G, il s'avère que :

- **LES DEMANDES DE FINANCEMENT** ne correspondent à aucune action concrètement réalisée par la section, mais quasiment exclusivement à des subventions destinées à des associations — FMC, développement de l'informatique et de la télétransmission (sic !) — à des étudiants en médecine (bourses de thèse !) etc.
- **LES SUBVENTIONS**, comme par hasard, sont destinées en quasi-exclusivité à des associations MG France ; on peut citer par exemple les AMGIT (Association des Médecins Généralistes pour l'Informatisation et la Télétransmission) avec des statuts identiques dans chaque département, des membres fondateurs MG France et des dirigeants MG France, par ailleurs souvent également élus MG France de la section généraliste !

- **LES DEMANDES DE FINANCEMENT** sont très inférieures à la «cagnotte» dont dispose la section (rappel 2.400.000 F) et la polémique engagée par MG France ne sert en réalité qu'à masquer le fait que la «section MG France» n'a rien fait pendant 6 ans au sein de l'Union, sinon de l'obstruction systématique, de la procédure, et de la défense des seuls intérêts MG France.

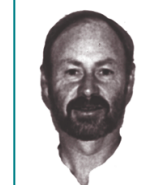
Ni le trésorier de l'Union ni la commission des finances n'entendent rendre caduques les dispositions réglementaires et législatives concernant notamment le fonctionnement des sections, mais en revanche, il est de leur responsabilité de bien gérer l'argent (des cotisations) des médecins de la région.

En s'assurant que les dépenses entrent bien dans les missions des sections et que ces dépenses sont faites en toute transparence et en toute équité, le trésorier et la commission des finances n'ont fait que préserver les intérêts de la très large majorité des médecins. Ainsi les sommes non dépensées inconsidérément permettent à l'Union Rhône-Alpes de disposer de réserves qui vont permettre de financer de vrais projets d'avenir utiles à tous les médecins parmi lesquels on pourrait citer :

- **LA CRÉATION D'UN VÉRITABLE SYSTÈME D'INFORMATION** par les médecins, et pour les médecins : **Libéralis**
- **L'ORGANISATION DE L'ÉVALUATION** des pratiques professionnelles
- **LA COORDINATION DES SOINS**

Réseaux de soins en Rhône-Alpes

interview du Dr. Gérard Grosclaude, cardiologue



Recommandée par le décret de décembre relatif aux Unions, la pratique de la médecine libérale en réseaux de soin est une innovation majeure. A travers un contexte d'évolution national et international, le Dr Grosclaude explique le rôle volontaire de l'Union dans la mise en place de cette organisation communautaire.

A QUOI SERVENT LES RÉSEAUX DE SOIN ? – *Pas une semaine ne passe sans que l'on ressente un des défauts majeurs de notre système de santé : le cloisonnement. Le réseau est donc la réponse donnée à ce problème par un groupe de professionnels qui prend en compte les besoins des individus, et les possibilités de la communauté. Les problématiques médicales, économiques, sociales et éthiques sont incontournables.*

QUELLE EST LA PERCEPTION DES RÉSEAUX PAR LES MÉDECINS LIBÉRAUX ?

– *Indéniablement floue et ambiguë. Je ne parle pas des médecins pionniers qui se sont lancés avec courage et efficacité dans les réseaux de proximité.*

POUR QUELLES RAISONS ?

– *Le terme de réseau est apparu en 96 dans les ordonnances Juppé, au milieu d'une liste de changements à venir, associé au terme de filières d'où un amalgame et une méfiance certaine. Depuis, les comportements culturels initiaux ont évolué. Nous, médecins, savons depuis 1999 que notre système de santé n'est pas le meilleur au monde, loin s'en faut. Il est donc condamné à évoluer pour survivre, comme notre pratique, il doit s'adapter.*

TROUVEZ-VOUS DES EXEMPLES À SUIVRE ?

– *Oui, puisque les pays développés comme les USA, le Canada, la Suisse, l'Allemagne, ont maintenant une part non négligeable d'exercice communautaire.*

Il n'en reste pas moins que le médecin redoute des normes imposées, une organisation supposée administrative, une mainmise des hospitaliers, ou des spécialistes, un écartèlement de son activité entre plusieurs réseaux. Il est donc urgent pour l'UP de sensibiliser les professionnels de santé aux outils potentiels de demain que sont les réseaux.

QUEL OUTIL DE COMMUNICATION UTILISERA L'UNION ?

– *Une plaquette explicative des possibilités ouvertes par les lois récentes nous semble indispensable. Ce projet est partagé par l'URCAM et l'ARH.*

QUEL TYPE DE RÉSEAUX INTÉRESSE L'UNION ?

– *La circulaire du 25.11.99 propose une typologie des réseaux actuels ou à venir. Notre collaboration sera probablement différente selon les niveaux de réseaux. Notre implication n'est en aucune façon un jugement sur l'intérêt des réseaux concernés et ne répond à aucune arrière-pensée politique ou syndicale.*

• NIVEAU 1 : réseaux inter-établissements

L'Union n'est concernée que dans les cadres des réseaux de complémentarité d'établissement public ou privé. Elle peut intervenir en tant que facilitateur de projet, conseiller technique ou médiateur en cas de difficultés, celles-ci étant fréquemment, dans notre milieu, secondaires à des problèmes de personnes.

• NIVEAU 2 : réseaux thématiques purs

L'Union peut être l'interface public/privé pour des propositions et / ou pour l'organisation de la phase post hospitalière.

• NIVEAU 3 : réseaux de proximité

L'expérience de la Fédération des réseaux de santé en fait l'interlocuteur privilégié de ces réseaux. Cela n'exclut pas que l'Union puisse intervenir dans des domaines précis à la demande de la Fédération.

• NIVEAU 4 : réseaux expérimentaux

C'est à ce niveau, à mon sens, que l'Union doit le plus s'investir. Il s'agit en effet d'un exercice particulièrement délicat visant à identifier les besoins en matière de soins dans une population donnée, d'organiser différemment la chaîne des actes en gardant à l'esprit des mots-clefs du réseau : information, qualité des soins, évaluation médico-économique, formation, pour n'en citer que quelques uns.

Nous éviterons dans un premier temps les réseaux à connotation politique trop marquée. Néanmoins, certaines idées, des innovations dans la mise en charge, des exigences particulières dans la qualité méritent notre attention et peuvent inspirer les promoteurs des réseaux traditionnels.

QUEL RÔLE JOUERA L'UNION DANS LA MISE EN PLACE DE CES RÉSEAUX ?

– *Sans préjuger des décisions prises dans les prochains mois suivant l'élection de mai, il est très probable que la ligne directrice sera la suivante : L'Union n'a pas pour mission d'être directement promoteur de réseaux mais essentiellement facilitatrice. À une exception cependant : il peut apparaître dans le cadre des priorités définies par la conférence régionale de santé qu'un manque dans l'offre de soins pourrait être comblé par un réseau de soins. L'Union pourrait être le relais entre les tutelles et les professionnels de terrain afin de susciter l'émergence de ce réseau.*

L 'UNION EXERCERA-T-ELLE UNE SÉLECTION DANS SON AIDE ?

– *Non, aucune censure ne viendra de l'Union. Tout promoteur de réseau pourra trouver les conseils nécessaires. Par contre, l'Union pourra soutenir de façon plus marquée les projets novateurs à forte valeur ajoutée.*

DE QUEL ORDRE SERA CE SOUTIEN ?

– *Financier et logistique. La phase de conception d'un futur réseau nécessite un investissement initial qui peut être élevé.*

Il est concevable que l'Union professionnelle, après étude de ce projet, fasse l'avance de ces frais d'ingénierie. Ces frais seront remboursés ultérieurement à la mise en route du réseau et à fonds perdus pour l'Union en cas d'abandon ou d'échec.

Néanmoins, pour des raisons budgétaires, cette aide ne peut être systématique : l'Union ne s'engagera qu'après étude de l'intérêt et de la pertinence du projet.

Le soutien méthodologique et logistique s'appuiera sur les avis spécialisés de professionnels dont l'Union fournira la liste aux médecins intéressés. L'Union établira des accords de partenariat et un cahier des charges afin de faciliter et d'optimiser l'intervention des consultants. Il est logique, dans une approche de collaboration, que cette approche des compétences extérieures se fasse en accord avec les commissions réseaux de soins de l'URCAM et de l'ARH.

COMMENT PERCEVEZ-VOUS L'AVENIR DE CES RÉSEAUX DE SOINS ?

– *Peut-être verrons nous les réseaux de soins marquer notre vie professionnelle au même titre que le conventionnement et la médecine de groupe. Une interrogation : reste-t-il encore dans un monde médical toujours plus normatif, des espaces de liberté pour l'analyse, la réflexion et l'imagination ?*



à retourner à l'Union avant le 15 mai

Les NTIC (nouvelles techniques de l'information et de la communications) dans le domaine de la santé



☐ Généraliste ☐ Spécialiste : spécialité : Mode d'exercice : ☐ Cabinet de groupe ☐ Isolé
 Lieu d'exercice : ☐ rural ☐ semi-rural ☐ ville de moins de 20000 hab ☐ de plus de 20 000 hab
 Sexe : M F Âge : Nom (facultatif) : e-mail (facultatif) :

1) Êtes-vous informatisé à votre cabinet :

☐ Oui ☐ Non

Sinon dans quel délai envisagez vous de vous informatiser

☐ 1 mois ☐ 6 mois ☐ 1an ☐ 2 ans ☐ Jamais

☐ pourquoi ? :

2) Vous êtes informatisé à votre cabinet :

☐ Oui ☐ Non

année de votre première informatisation :

quel est votre équipement ?

➤ Unité centrale :

Marque :

année d'achat :

➤ Système d'exploitation :

Windows ☐ 3.11 ☐ 95 ☐ 98 NT

☐ Mac/os

☐ autre :

➤ Monoposte ou Réseau

Nb de postes si réseau : ...

Modem : ☐ Numeris ☐ RTC

Sauvegarde : ☐ Oui ☐ Non

Onduleur : ☐ Oui ☐ Non

Imprimante : ☐ laser ☐ jet d'encre

Scanner ☐ Oui ☐ Non

Caméra ou appareil photo numérique ☐ Oui ☐ Non

DVD ☐ Oui ☐ Non

Graveur de CD ☐ Oui ☐ Non

Lecteur de carte sesam vitale ? ☐ Oui ☐ Non

Lecteur multiapplications ? ☐ Oui ☐ Non

Autres :

3) les logiciels que vous utilisez :

➤ Logiciel de gestion de cabinet médical :

Nom :

Editeur :

➤ Logiciel de FSE :

Nom :

Editeur :

➤ Logiciel de comptabilité :

Nom :

Editeur :

➤ Suite bureautique

☐ Fax

☐ OCR

☐ Antivirus

☐ Reconnaissance et dictée vocale

☐ Autres :

4) Internet / réseau / formation

➤ Avez vous un abonnement chez un provider ?

☐ Oui ☐ Non

➤ Un provider gratuit ?

☐ Oui ☐ Non

Lequel :

➤ Quelles fonctionnalités utilisez vous le plus ?

(à classer de 1 à 4)

..... courrier électronique

..... navigation sur le web

..... groupe de discussion

..... télétransmission de FSE

➤ Nombre de connexions pour votre courrier électronique :

☐ au moins une fois par jour

☐ 1 fois par semaine

☐ tous les 15 jours

☐ Autres :

➤ Nombre de connexions sur le web :

☐ au moins 1 fois par jour

☐ 1 fois par semaine

☐ 1 fois par mois

☐ Autres :

➤ Carte bancaire :

Avez-vous un terminal de paiement à votre cabinet ?

☐ Oui ☐ Non

Utilisez vous le paiement par CB pour votre usage

personnel sur Internet ?

☐ Oui ☐ Non

Avez vous une CPS

☐ Oui ☐ Non

➤ Secrétariat médical :

Utilisez-vous

Un secrétariat téléphonique/télématique

☐ Oui ☐ Non

La réception des résultats de laboratoire par HPRIM

☐ Oui ☐ Non

Un réseau intranet de travail coopératif

☐ Oui ☐ Non

➤ vos préférences

Quels sont t vos 3 sites préférés :

.....

.....

.....

.....

.....

➤ Formation

Ressentez vous le besoin d'une formation dans les

nouvelles technologies de l'information et de la

communication (NTIC) :

☐ Internet

☐ travail en groupe / coopératif (groupware)

☐ messagerie

☐ Autres :

Quelle place accordez vous aux organismes suivants pour

la mise en place de ces NTIC dans le domaine de la santé

(à classer de 1 à 7)

..... Unions professionnelles

..... Syndicats médicaux

..... Ordre des médecins

..... CNAM

..... Etat

..... Banques

..... Mutuelles

➤ Votre avis sur les NTIC dans le domaine de la santé

(éventuellement sur une feuille séparée) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

information complémentaire :

1) Vous n'êtes pas obligé de répondre aux 2 sondages,

2) Si vous répondez aux 2, merci d'informer les rubriques vous concernant sur le recto et le verso,

3) Retourner gratuitement cette fiche à l'Union en utilisant l'enveloppe T prévue à cet effet



LA PILULE DU LENDEMAIN dans les lycées

à retourner à l'Union avant le 15 mai

Malgré le développement de l'information et la facilité de recours à la contraception, 10 000 mineures sont enceintes en France chaque année dont plus de 6 000 pratiquent une IVG. Chiffre parmi les plus élevés d'Europe.

L'apparition du «Norlévo», progestatif indiqué dans la contraception d'urgence, mis en vente libre en raison de son absence de toxicité et de contre indication a conduit le Ministère de l'Education Nationale à mettre ce produit à la disposition des infirmières des lycées. Cette pilule d'urgence est remise gratuitement aux adolescentes qui auraient eu un rapport récent non protégé.

Il a semblé intéressant à l'Union Professionnelle Rhône-Alpes de constituer un groupe de réflexion sur ce sujet composé d'élus, gynécologues et généralistes :

gynécologues : Dr Barral, Dr, Berlier, Dr Cartier

généralistes : Dr Barbedienne, Dr. Gagneur, Dr.Puech, Dr.Rougier

Le groupe a relevé trois préoccupations principales

1 - l'objectif de baisse du taux d'IVG chez les adolescentes,

2 - la difficulté des adolescents de parler de sexualité et de contraception,

3 - la mise à disposition de produits sans contre indication dans les écoles sans suivi médical

Vous exercez en tant que

☐ Généraliste

☐ Spécialiste :

Département d'exercice :

Sexe : M F **Âge :**

✖ Taille de la commune :

☐ moins de 5 000 habitant

☐ de 5 à 50 000 habitants

☐ de 50 à 200 000 habitants

☐ + de 200 000 habitants

✖ Vous est-il arrivé de prescrire la pilule du lendemain en urgence ?

☐ jamais

☐ exceptionnellement

☐ assez souvent

☐ très régulièrement

✖ Lorsque vous êtes consulté pour ce type de contraception d'urgence :

prévoyez-vous un contrôle de grossesse ?

☐ oui ☐ non

prévoyez-vous la mise en place d'une contraception au long cours ?

☐ oui ☐ non

✖ Lorsque la femme qui vous consulte pour une contraception est mineure

exigez-vous l'autorisation des parents ?

☐ oui ☐ non

✖ L'adressez-vous vers un centre de planning familial ?

☐ oui ☐ non

Quatre grandes questions ont été soulevées :

1 - comment savoir si la prise de la pilule se fera dans les délais (taux d'échec estimé de 15 à 25%)

2 - suivi des adolescentes. Une contraception d'urgence doit être accompagnée par un suivi médical pour l'avenir et replacé dans le contexte des relations affectives.

3 - problème de la formation des éducateurs et des infirmières sur la sexualité des adolescents et niveau d'information des enseignements

4 - information des jeunes en matière de maladie sexuellement transmissible

Le groupe a décidé une série d'actions sur ce thème

1 - organisation de discussions-débats animés par un des responsables du groupe de travail, assisté par un journaliste qui dressera le compte-rendu des réunions :

• débat autour d'un groupe de professeurs, éducateurs, assistants sociaux dans un lycée de Haute Savoie

• débat avec les élèves d'un établissement de la Loire à l'occasion des journées portes ouvertes de cet établissement

• débat dans une classe de terminale préparant le Bac sanitaire et social dans un établissement de Savoie

• débat avec des parents d'élèves dans le cadre d'une association de parents d'élèves dans l'Ain et Haute Savoie.

2 - Etablissement du questionnaire ci-dessous que nous vous demandons de renvoyer à l'aide de l'enveloppe T également ci-jointe.

✖ Avez-vous reçu une information du ministère à propos de l'autorisation de distribution de la pilule du lendemain dans les lycées ?

☐ oui ☐ non

✖ Etes-vous favorable à cette mesure ?

☐ oui ☐ non

✖ Connaissez-vous le délai d'efficacité de la pilule du lendemain après un rapport non protégé ?

délai

✖ Pensez-vous que l'éducation sexuelle est suffisamment développée dans les établissements scolaires ?

☐ oui ☐ non

✖ En cas d'une distribution d'une pilule du lendemain pensez-vous que :

les parents d'une mineure doivent être prévenus par l'infirmière scolaire même contre la volonté de l'adolescente ?

☐ oui ☐ non

✖ Pensez-vous que l'infirmière doit prendre contact avec le médecin de famille désigné avec l'adolescente ?

☐ oui ☐ non

Commentaires (éventuellement sur une feuille séparée) :

.....

.....

.....

.....

.....

information complémentaire :

① Vous n'êtes pas obligé de répondre aux deux sondages,

② Si vous remplissez les deux, merci d'informer les rubriques vous concernant sur le recto et le verso,

③ Retourner gratuitement cette fiche à l'Union en utilisant l'enveloppe T prévue à cet effet →



Par Olivier Gourmelen

liberalis

Formation des médecins Informatique

À l'heure de la mise en place de notre réseau Libéralis, rendons hommage au chemin parcouru par chacun pour l'accès à la pratique informatique. Entrer dans un réseau, partager des connaissances et des idées demande quelques efforts. Ce qui représente un jeu d'enfant pour certains d'entre vous, réclame à d'autres, qui n'ont pas la fibre «informatique», l'acquisition de compétences nouvelles. Et pour commencer : vaincre la peur du clavier !

Une initiation indispensable

En 1997, une vague de cours d'initiation à l'informatique déferle sur le monde médical. Il y a urgence, puisque bon nombre de médecins n'a jamais mis la main sur une souris. L'Union participe alors à l'élaboration d'une formation de base et les médecins intéressés rémunèrent leurs pédagogues. Olivier Gourmelen rappelle que "seul un réseau étendu comme le GRETA, équipé d'ordinateurs, et adaptable à nos contraintes horaires pouvait répondre à la spécificité de notre demande. Saluons ici la disponibilité des formateurs, qui n'ont pas hésité à se mobiliser le samedi ou le soir après 20 h pour initier nos médecins !"

La formule obtient un franc succès puisque plus de 1000 personnes se forment en deux ans, à raison de 24 heures de formation réparties par module de 3 ou 4 heures.

Aujourd'hui, cette formation de base est toujours accessible, grâce à la bibliothèque de cours des GRETA. Elle permet la manipulation de l'ordinateur, de Windows, la maîtrise d'un traitement de texte, l'approche d'Excel, la présentation de la communication (fonctionnement d'un modem, Internet). L'aide au choix d'un logiciel médical achève cette initiation.

Pour communiquer entre nous

Le but avoué de cette démarche est l'accès de tous à Libéralis, un réseau intranet beaucoup plus riche et plus convivial que le Réseau santé social.

Une formation Libéralis est à l'étude avec les GRETA régionaux par petits groupes de 10, sur une base de 32 h, dont 8 heures de travail personnel à la maison ou au cabinet. L'élaboration de la formation se fait en partenariat entre Libéralis (par son comité des usagers auquel participe activement l'Union Rhône-Alpes), IMG (sous traitant de France Telecom pour l'adaptation de Lotus Notes à Libéralis) et les GRETA.

Elle comprendra plusieurs modules qui pourront être choisis séparément (formation de base à l'utilisation de Libéralis, formation à la communication et à l'utilisation des outils Internet, formation aux outils permettant le travail en groupe ou en réseau sur Libéralis). Libéralis, qui sort tout juste de sa phase expérimentale, entame ainsi une phase commerciale intéressante. Voici la liste des possibilités offertes par Libéralis :

- ❶ Libéralis ouvre des forums de discussion accessibles à tous, pour tous les sujets : droit, avancées médicales, sujets professionnels...
- ❷ Des forums privés pour aider les médecins travaillant en groupe ou en réseau
- ❸ Les messageries sécurisées entre médecins pour le suivi des dossiers de leurs patients vont plus vite et sont moins chères que les courriers postés.
- ❹ La monétique se modernise. Des lecteurs de cartes ont reçu l'autorisation de lire les cartes CPS, Vitale, et les cartes bleues.
- ❺ La gestion de questionnaires sur un panel de médecins sur des questions telles que l'efficacité d'un médicament, la prise en charge de telle pathologie... sera faite en temps réel.
- ❻ L'accès à des banques de données
- ❼ L'accès à Internet
- ❽ La télétransmission des feuilles de soins entre médecins. Ce n'est pas le plus important mais il faut néanmoins en parler, car il faut que les médecins apprennent à récupérer, à terme, des données médico-économiques comme le codage des actes et des pathologies. Nous devons apprendre à gérer ces données. Selon le plan Juppé 96, les Unions professionnelles de médecins libéraux sont destinataires des données médico-économiques transmises, au même titre que la sécurité sociale.

"À nous de faire valoir notre droit, souligne Olivier Gourmelen : les données économiques donnent le pouvoir de démontrer que nous ne sommes pas que d'affreux dépensiers. Les médecins doivent ainsi défendre leur profession" ☉



L'actualité du réseau Libéralis

Le réseau Libéralis est aujourd'hui structuré autour du logiciel Lotus Notes, explique le Dr Rougier, nous avons demandé au GRETA un module de formation pour utiliser au maximum ses possibilités.

Le réseau est opérationnel depuis le 15 janvier, essentiellement sur Lyon et Grenoble.

Des réunions d'information ont commencé en Rhône-Alpes à l'initiative de l'UP et de France Telecom. Le 15 décembre, 250 médecins étaient présents à Grenoble, 300 en janvier à Lyon et 80 le 10 février à Valence.

Les dates des réunions des Savoies, de l'Ain, de l'Ardèche et de la Loire vous seront communiquées en composant le 10 16.

Composez le 10 16, numéro d'appel unique relatif à Libéralis, un diagnostic précis de vos besoins sera établi et la (ou les) solution(s) adaptées vous seront proposées.

Les contacts régionaux de FT Santé :

M. Dupuis : Rhône, Loire, Ain
M. Delplanques : Isère
M. Barailler : Drôme et Ardèche
M. Dunand : les 2 Savoies



PARUTION SEMESTRIELLE DE
 L'UNION PROFESSIONNELLE
 DES MÉDECINS exerçant à titre
 libéral dans la région Rhône-Alpes
 ISSN 1280-9268

SIÈGE SOCIAL

UPML : 20, rue Barrier 69006 Lyon
TÉL 04 72 74 02 75 - FAX 04 72 74 00 23
 Site Web : <http://www.upmlra.org>
 eMail : UPMLrhônealpes@wanadoo.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr Yves GRILLET

RÉDACTEURS EN CHEF

Dr Jacques CATON, Dr Jean-Pierre TELMON,
 Dr Jean-François MAZOYER

ASSISTANTE DE RÉDACTION

Mme Anne-Marie Louvet

ÉDITEUR DÉLÉGUÉ

TRANSIT Communications, Fabien Pinaroli
 29, rue Édouard Herriot 69002 Lyon