

Contrôle IGAS

Martine AUBRY et Bernard KOUCHNER ont chargé l'IGAS d'établir un bilan des Unions Régionales de Médecins libéraux et d'en dresser les perspectives. L'UPLMRA a été choisie avec huit autres Unions dans le cadre de cette mission.

Messieurs Tisserand et Lhuguenot de l'IGAS effectueront leur mission du 14 au 18 Juin 1999 à l'UPLMRA. Moins d'un an après la remise du rapport de la mission de concertation sur l'avenir de la médecine de ville qu'avait confié Martine AUBRY à François STASSE conseiller d'état, et qui comportait déjà un volet sur l'avenir des Unions, cet avenir est à nouveau rediscuté en haut lieu... vous serez bien entendu informé des résultats de cette mission.

Signature du protocole d'accord CEGEDIM-UPLMRA

Le Docteur GRILLET- président de l'UPLMRA et Monsieur LABRUNE - PDG de CEGEDIM ont signé un protocole d'accord.

Ce protocole d'accord consiste à la mise à disposition de l'UPLMRA par CEGEDIM de données issues du réseau Thalès-Héraclès et ceci sans frais. Ces données permettront d'alimenter un observatoire national des pratiques et par exemple de participer aux programmes de santé publique Diabète- HTA retenus comme thèmes nationaux par la conférence nationale de santé. Ainsi l'UPLMRA sans attendre l'émergence de nouveaux réseaux de collectes de données sera mieux armée dans ses missions.

L'Union Rhône-Alpes adhère à LIBÉRALIS

Le Docteur GRILLET, Président de l'UPLMRA a été mandaté par l'Assemblée Générale du 17 mars pour signer la déclaration d'intention de l'UPLM Rhône-Alpes d'adhérer au réseau LIBÉRALIS (ex-Intranet Grand-Est).

Entre autres fonctions (messagerie sécurisée, gestionnaire d'enquêtes, monétique, serveur d'information professionnelle) LIBÉRALIS sera également un concentrateur de feuilles de soins électroniques permettant à chaque médecin de disposer de ses propres chiffres face à ceux des Caisse. Au niveau de l'Union et grâce à des enquêtes de type médico-économique et épidémiologique, la profession pourra argumenter l'efficacité, la qualité et le coût des pratiques.

L'adhésion définitive de l'UPLMRA à LIBÉRALIS n'interviendra qu'en cas de vote favorable de la prochaine Assemblée Générale où le projet sera examiné en détail, sous tous ses aspects, notamment financiers.

En attendant l'émergence de ce réseau LIBÉRALIS conçu par des médecins pour des médecins après une étude approfondie de leur besoin individuel et collectif, il n'y a pas urgence quelque soit le forcing réalisé actuellement par les CPAM, pour adhérer au RSS imaginé par les tutelles sans concertation vraie avec les professionnels.

SROSS N°2

Le SROSS (schéma régional d'organisation sanitaire) N°2 sera arrêté et publié dans les semaines qui viennent.

Ce schéma tracera pour les cinq ans qui viennent les évolutions du paysage hospitalier de Rhône-Alpes. Actuellement l'ARH Rhône-Alpes a engagé une large concertation à partir des orientations et de leurs annexes.

Ces documents peuvent vous être communiqués si vous en faites la demande à l'UPLMRA (dans la limite des disponibilités).

Le docteur Grillet fait partie du comité d'orientation en tant que représentant de l'UPLMRA. Ce comité qui est chargé d'émettre des avis et propositions, dont l'ARH tiendra ou ne tiendra pas compte, comprend également le docteur Jacques Caton également membre de l'UPLMRA, au titre de président de la conférence régionale des présidents de CME des établissements privés.

Enfin plusieurs membres de l'Union font partie de différents comités ou groupes de travail qui ont contribué à l'élaboration du SROSS N°2.

ÉCRIVEZ-NOUS



vos opinions,
vos critiques,
vos interrogations,
vos souhaits

UPML R-A : Mme Louvet
20, rue Barrier 69006 Lyon

juillet 1999

Ouverture du site de l'Union

juillet 1999

«www.upmlra.org»

juillet 1999



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 : upmlra@club-internet.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

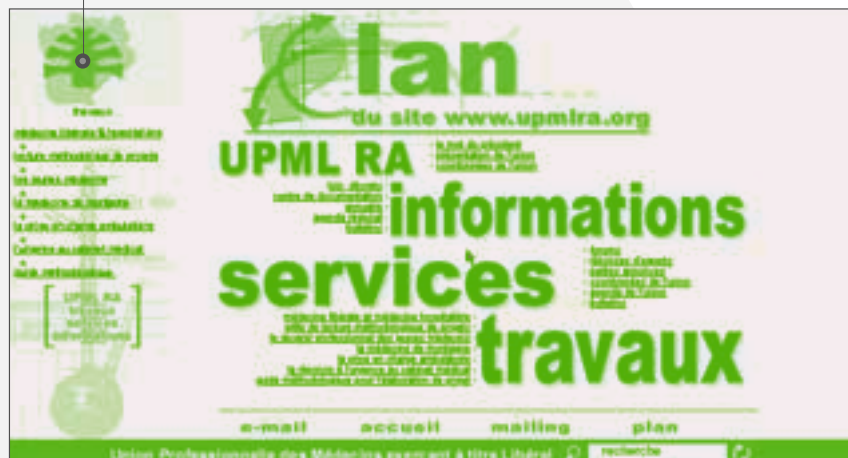
Dr Yves GRILLET

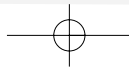
RÉDACTEURS EN CHEF

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





UNION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS

EXERÇANT À TITRE LIBÉRAL DANS LA RÉGION RHÔNE-ALPES



MAÎTRISER LA DÉMOGRAPHIE ?

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

L'essentiel de ce numéro est consacré à la démographie médicale, sujet dont l'importance est inversement proportionnelle à la qualité de la façon dont il a été souvent abordé jusqu'à présent.

Une démographie mal maîtrisée, car répondant pendant longtemps aux seuls besoins de fonctionnement des services hospitaliers et non aux besoins réels de la population, a contribué à une exacerbation de la concurrence entre hospitaliers et médecins libéraux et entre libéraux eux-mêmes. Ceci a certainement contribué à faire le lit de ceux qui souhaitent une division de la profession avec les conséquences néfastes que cela entraîne pourtant pour l'ensemble des médecins libéraux.

Il faut donc repenser la question de la démographie en se basant uniquement sur les besoins de la population et non sur les capacités d'enseignement de l'Université qui sont illimitées, ni sur les besoins de fonctionnement des hôpitaux en postes d'internes. En effet ces internes sont ensuite très majoritairement déversés sur le marché de l'offre de soins libérale dans le cadre d'une enveloppe qui n'évolue pas.

Le sujet de la démographie, comme vous le verrez dans ce numéro n'est pas facile :

- il faut entre dix et quinze ans pour former un médecin et les décisions dans le domaine de la démographie ne font sentir leurs effets que bien des années plus tard ;
- il n'est pas facile de déterminer quel sera le champ d'activité de telle ou telle spécialité et des médecins généralistes en 2010 ;
- les besoins démographiques peuvent être différents selon les spécialités. Ainsi on prédit une pénurie d'anesthésistes... Est-ce étonnant ? En plus d'un travail stressant à fortes responsabilités médico-légales, on les surcharge de tâches administratives (hémovigilance etc...) et on convoque leurs responsables syndicaux au ministère pour une dévaluation de leurs honoraires.

Ce sera le mérite de votre Union à travers sa section «spécialistes» et son Président le Docteur Jacques CATON d'avoir abordé ce thème capital de façon plus rationnelle, en espérant que les décideurs puissent enfin prendre des décisions éclairées en la matière.

À la rentrée nous aborderons un autre sujet essentiel, celui du système d'information en particulier dans le prochain bulletin informatique. Jusque là, il n'y a pas urgence à prendre des décisions quelles que soient les pressions qui s'exercent par ailleurs pour le retrait de cartes CPS et l'acquisition de lecteur de carte Sésame-Vitale de première génération.

Bon courage et bon été à tous.



Le Bulletin

JUILLET 1999

N°7



SOMMAIRE

► dossier

DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

- démographie médicale et dépenses de santé
- élaborer des critères objectifs et précis
- le rôle de chacun au centre des débats
- démographie : une situation méconnue
- vers un modèle d'évaluation des besoins en spécialistes

► la vie de l'Union

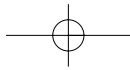
- assemblée générale (17 mars 1999)
- l'agenda des élus
- brèves

► médecin référent

- résultat de l'enquête

► site internet de l'Union

- lancement début juillet



DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ET DÉPI

enquête

DEVENIR D'UNE PROMOTION DE JEUNES MÉDECINS

La commission «démographie» de l'UNION a conduit en 1997 une enquête téléphonique auprès des médecins diplômés en 1992 et 1993 dans les universités de LYON, GRENOBLE et SAINT-ETIENNE qui a déjà été publiée dans le numéro 4 du bulletin. En tenant compte du biais de cette enquête qui a ciblé ceux dont l'activité professionnelle était stable (ils ont une adresse et un téléphone professionnels), on peut retenir quelques points principaux :

- moyenne d'âge : 34 ans.
- délais d'installation après le diplôme : 1,3 ans.
(généralistes : 1,1 ; spécialistes : 1,6)
- 30 % ont eu des difficultés au début de leur activité (financières, administratives, relationnelles...)
- un quart souhaiterait changer d'activité (qualification, mode ou lieu d'exercice...)
- un quart a un revenu brut mensuel inférieur à 12.000 F.
- 60 % des généralistes trouvent leur formation mal adaptée, en particulier dans les domaines administratif, juridique et financier.
- 60 % se trouvent mal informés sur les conditions de l'installation.

À côté des problèmes de formation et d'information, il y a, du point de vue de la profession, des indices graves de pléthore démographique : l'âge d'installation est anormalement tardif, son délai après l'obtention du diplôme anormalement long, les revenus faibles ou très faibles pour un quart, l'insatisfaction trop fréquente (un quart). Ceci justifie pleinement l'enquête d'évaluation des besoins démographiques conduite par les spécialistes (cf. p4 et 5). Il y aurait un intérêt évident à conduire le même travail en médecine générale.

Le but est d'obtenir des moyens d'analyse objective pour déterminer un numérus clausus, une répartition généralistes / spécialistes et une répartition par spécialités adaptées aux besoins de la population.

Dr. Perche- Commission Démographie

La régulation démographique est un des outils mis en avant pour maîtriser les dépenses de santé. Mais sur quelles bases s'appuyer pour définir cette régulation ?

Au 1er janvier 97, la France métropolitaine comptait 173.922 médecins, soit une densité de 296,8 médecins pour 100.000 habitants. Cette densité se situe dans la moyenne européenne.

Entre 1980 et 1995, le nombre de médecins libéraux a augmenté de 37,8% chez les omnipraticiens et de 66,4% chez les spécialistes. Sur la même période, le nombre annuel d'actes par praticien est passé de 4.331 à 4.618 (+6,6%) chez les omnipraticiens, de 3136 à 3843 (+22,5%) chez les spécialistes.

Ces chiffres traduisent à eux seuls la complexité du problème. On compare l'augmentation des effectifs médicaux (+3,5% en moyenne) à celle du volume des actes (+4%), et on admet généralement que l'offre de soins crée sa propre demande. Ainsi que l'indique le Dr Jacques Caton, «certes, le volume des actes a beaucoup augmenté, il faut aussi bien sûr mettre en parallèle l'augmentation de la démographie en France, la diminution de la mortalité (-7% de 82 à 90) et l'augmentation de la durée moyenne de vie (1 an tous les 4 ans). Mais c'est vrai qu'on ne pourra pas contrôler les dépenses de santé si on ne connaît ni ne maîtrise la démographie médicale».

Sur quelles bases s'appuyer pour définir cette régulation ? C'est souvent là que l'encre sèche. Comme le montre une étude réalisée pour l'UPML Rhône-Alpes (voir p4), on connaît déjà très mal l'existant, comment alors définir son évolution ?

C'est sur ce terrain que s'est engagée l'Union : dresser un état des lieux précis pour avoir des critères sérieux d'évaluation de l'offre de soins et des besoins de la population.

Comme le souligne EVAL dans son étude, «dans un contexte polémique et difficile pour les médecins, il paraît essentiel que les professionnels s'approprient les moyens de mieux connaître et faire connaître leur activité. Cela commence par une bonne description de leur «offre de service», c'est-à-dire qui fait quoi, où et dans quelles conditions. Au-delà d'une aide à la planification de leur propre activité future, cela leur permettra d'argumenter plus solidement avec les «autorités» lors d'inévitables conflits sur les régulations à apporter aux conditions d'exercice professionnel».

RÉGULER LA DÉMOGRAPHIE

Principal outil derégulation de la démographie : la formation des futurs professionnels. «Ces dernières années, on constate une augmentation du numérus clausus, avec une baisse du nombre de

spécialistes et une augmentation du nombre de généralistes», affirme le Pr Denis Vital-Durand, doyen de la faculté de médecin de Lyon.

La nécessité de la régulation est aujourd'hui admise par tout le monde, pour des raisons très différentes : réduction des dépenses, contrôle de l'argent public, bonne qualité des soins.

«Il ne faut pas réduire l'offre de soins, mais mieux la répartir, par spécialité et par région, affirme le Dr Janody, médecin inspecteur de santé publique pour la DRASS. Il faut une véritable régulation harmonieuse, qui permette une correction des distorsions. Il y a des déficits dans certaines régions et il y a des spécialités déficitaires, notamment à l'hôpital : les psychiatres, les gynécologues obstétriciens, les anesthésistes réanimateurs».

À la CRAM, on fait le même constat et on envisage de regrouper certains sites pour pallier ces manques. Autre regret, le déficit en milieu hospitalier de médecins généralistes qui puissent assurer une vraie coordination des soins.

«On envisage la démographie sur un plan national, observe le Dr Grunwald, secrétaire général adjoint du Conseil National de l'Ordre des Médecins, on devrait plutôt l'apprécier au niveau régional, où il est plus facile de se doter d'outils sérieux d'évaluation».

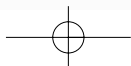
DÉFINIR LES BESOINS

«Dans une démarche de santé publique, on forme les médecins dont la population a besoin, affirme le Dr Rougier, médecin généraliste, secrétaire général de l'Union, mais comment évaluer les besoins, surtout dix ans à l'avance ? Qui aurait pu prévoir en 1980 l'épidémie de SIDA ?».

Le Pr Paul Perrin, responsable des relations internationales à la faculté de médecine de Lyon, avoue lui aussi ne pas connaître de marqueurs : «on ne raisonne pas en terme de besoins, parce qu'on ne sait pas les quantifier. Combien faut-il d'urologues pour une population donnée ? La densité est de 1/50.000 en France, 1/100.000 en Grande Bretagne et 1/25.000 aux États-Unis. Quel est le bon ratio ?» Personne n'est en mesure de lui répondre. Les besoins sont aussi des choix clairs de priorité. On pourrait en France par exemple développer la prévention, ou les structures de soins palliatifs qui correspondent aujourd'hui à de vrais besoins, fortement exprimés mais toujours mal identifiés et quantifiés.

QUI FAIT QUOI ?

«Qui doit traiter un malade hypertendu ? Il faut qu'on ait répondu à cette question avant de



ENSES DE SANTÉ

pouvoir définir une densité de cardiologue, affirme le Pr Vital-Durand. Dans un système très libre, il faut résoudre la question primordiale de savoir qui fait quoi. Le débat n'a pas encore clairement eu lieu et les choix ne sont pas faits sur la place respective de la médecine généraliste et de la médecine spécialiste.

Le Dr Grunwald estime lui aussi indispensable de fixer la place du généraliste par rapport aux spécialités, «diminuer les coûts tout en améliorant les soins exige une meilleure rationalisation. Je pense que nous allons bientôt raisonner sur la chaîne globale d'apparition d'une pathologie. Les médecins, généralistes et spécialistes, travaillent déjà entre eux, mais de façon informelle. Il faudrait, à mon avis, davantage formaliser et structurer ce travail commun grâce à la notion de réseau de soins. La notion de réseau s'oppose à la notion de filière, qui est hiérarchisée, fixée uniquement à partir du médecin référent, dans une seule logique économique. Un insuffisant rénal va voir un néphrologue, un généraliste, éventuellement d'autres spécialistes, il faudrait pouvoir structurer ce suivi commun, pour optimiser ce qui peut être apporté». «Il n'y a pas de solution unique, conclut le Pr Vital-Durand. Il faut un vrai débat public qui rassemble tous les partenaires, au-delà des groupes de pression qui s'exercent de façon contradictoire» ■



Laurence Loison, journaliste

Le rôle de chacun au centre des débats

Dr Bernard ROUGIER, médecin généraliste, secrétaire général de l'Union.

La réflexion sur la démographie a été initiée par la section «spécialistes». Les généralistes doivent eux aussi s'en préoccuper. À mon sens, le rôle de chacun, généraliste et spécialiste, est au cœur de la question. Qui doit faire quoi ? Quel est le champ d'intervention du généraliste et du spécialiste ? On remet par exemple en cause l'avenir de la gynécologie médicale en tant que spécialité. On s'interroge, autre exemple, sur la gériatrie. Et si beaucoup de généralistes récusent la notion de spécialité par tranche d'âge, les hôpitaux et les maisons de retraite souhaitent

en revanche fortement une reconnaissance de la spécialité. Un débat doit avoir lieu, afin de déterminer le rôle de chacun au niveau de chaque spécialité. On doit aussi pouvoir imaginer une vraie coordination de soins, qui associe étroitement le médecin généraliste, le ou les médecins spécialistes, les infirmiers, etc... Autre grande piste de réflexion : l'évaluation des besoins en ville et à l'hôpital. Selon une étude des médecins-conseils de la Caisse Régionale d'Assurance Maladie Rhône-Alpes, 66% des patients se présentent spontanément dans un

Élaborer des critères objectifs et précis

Dr Jacques Caton, président de la section des médecins spécialistes de l'Union

Depuis 20 ans, on raisonne par le seul biais du coût. On lance des réformes pour diminuer le nombre de médecins, sans vraie estimation des besoins.

Les UPML doivent s'intéresser à ce problème. C'est leur rôle de s'interroger sur l'existence et le devenir de la profession médicale.

Malheureusement, nous ne disposons pas de données précises. Il est essentiel, si l'on veut maîtriser les dépenses de santé en France et si l'on souhaite avoir une organisation cohérente de la santé, que les réformes envisagées reposent sur des bases tangibles, solides et sérieuses. Il est également fondamental de connaître et d'essayer de prévoir les besoins de la population. Ils n'ont jamais été sérieusement étudiés et il est scandaleux de penser que l'on peut réformer l'internet sans connaître ces besoins.

L'Union a lancé un travail d'enquête ambitieux : évaluer les besoins pour les comparer à l'offre de soins. Dans la commission «démographie», nous avons essayé de dresser un état des lieux : évaluer le nombre de praticiens pour chaque spécialité en Rhône-Alpes, en tenant compte des formations et des départs à la retraite.

On a ensuite voulu comparer cet existant aux besoins précis de la population. Il nous fallait donc des ratios : nombre de spécialistes pour 100.000 habitants.

Pour obtenir ces ratios, nous avons interrogé les sociétés savantes, les syndicats nationaux : leurs réponses ont été très insuffisantes. C'est effectivement très difficile d'établir une base rationnelle pour évaluer les besoins de la population. Mais faut-il s'arrêter à cette difficulté et subir la désorganisation complète des pouvoirs publics, qui sont absolument incapables de fournir la moindre donnée à ce sujet ? La section des médecins spécialistes a voulu aller plus loin, –notamment savoir s'il existait à l'étranger des travaux de ce type. La société d'évaluation médicale EVAL a lancé pour nous une expertise dans une dizaine de pays. Hormis quelques études ponctuelles en Grande-Bretagne, aux États-Unis et au Canada sur certaines spécialités, elle n'a pas trouvé plus d'éléments qu'en France.

Nous avons donc lancé une étude auprès de trois spécialités : une spécialité médicale (la pédiatrie), une spécialité médico-technique (la gastro-entérologie) et une spécialité chirurgicale (la chirurgie orthopédique). Nous allons analyser le travail de 1000 médecins rhônalpins, qui vont précisément décrire leur activité (lire «vers un modèle d'évaluation» p.5). Cette étude sera disponible à l'automne 99. D'ores et déjà, nous savons qu'elle sera un outil précieux de réflexion» ■



interview

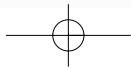
service hospitalier d'urgence. Les médecins-conseils estiment que 84% de ces patients pourraient être traités hors hôpitaux.

Cet engouement pour les structures hospitalières résulte de plusieurs facteurs : l'amoinissement de l'image du médecin généraliste (la «sélection par l'échec»), la réticence des médecins eux-mêmes qui n'ont pas forcément tout l'équipement pour réaliser un plâtre par exemple, et le fameux «effet supermarché» (les patients savent qu'ils peuvent trouver sur place une panoplie de services). Ce nouvel état de fait a des conséquences, financières notamment, et doit susciter là enco-

re un vrai débat sur le rôle respectif de la médecine hospitalière et de la médecine ambulatoire.

La régulation de la démographie médicale dans le système de soins actuel est à peu près impossible et n'aura que des effets économiques très limités. Chacun fait ce que bon lui semble, et les préoccupations comptables prennent le dessus (cf. conventionnement sélectif). Il faut donc un débat public, qui permette de définir le rôle de chaque acteur de la santé.» ■





DÉMOGRAPHIE (suite)

UNE SITUATION MÉCONNUE

L'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes a souhaité engager une réflexion de fond sur l'adéquation entre les besoins de santé et l'offre de professionnels médicaux. Sa démarche : recueillir des données précises et objectives.

Après avoir recueilli des informations parcelaires très insuffisantes, l'UPML a confié à la société d'évaluation médicale EVAL une expertise de la littérature internationale sur le sujet, ainsi qu'une formalisation des difficultés à l'élaboration d'une méthodologie de mise en relation du besoin de santé et de l'offre médicale.

Autant commencer le résumé de cette expertise en annonçant que l'examen des difficultés s'est avéré plus fructueux que celui de la littérature internationale*, très décevante sur le sujet. Elle fournit bien quelques pistes de travail, mais qui sont peu nombreuses et pas toujours intéressantes en regard des enjeux.

Cette déception n'en est toute fois pas une : elle valide en tous cas totalement la démarche de l'UPML de recueillir des données objectives sur les besoins de santé.

L'OFFRE DE SOINS

L'analyse des documents recueillis sur l'offre de soins s'est révélée décevante. C'est en soi un indicateur du faible intérêt porté jusqu'à présent à ce champ de «recherche». Il est tout simplement difficile d'obtenir, pour chaque pays, pour chaque spécialité, le nombre de médecins en exercice. De plus, la qualité de l'information est sujette à caution, compte tenu des divergences qui existent entre différentes sources.

Il n'est par ailleurs pas possible de connaître le temps passé réellement à chaque activité dans chaque lieu d'exercice : de plus en plus de médecins ont soit plusieurs types d'activités (ex : chirurgie générale et spécialisée), soit la même activité en plusieurs lieux. Ainsi, on ne peut pas identifier des Equivalents Temps Plein (ETP) pourtant indispensables : si l'on ne connaît pas l'existant, il est difficile d'organiser son évolution. On peut souligner que les régulations interviennent dans tous les pays très tôt dans le cursus par un numerus clausus quasi universel. Une deuxième forme de régulation concerne la limitation de l'accès aux spécialités, basée un peu partout sur une estimation du «besoin du marché».

L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS

À ce jour, pour la médecine ambulatoire, on peut connaître le nombre de consultations et le volume d'actes techniques remboursables, mais pas le type d'actes techniques réalisés. À l'hôpital, il n'existe pas de système qui permettrait de rattacher à un médecin donné un type d'activité (le PMSI concerne le séjour du patient, sans référence à un médecin particulier). Ainsi, il n'est pas possible aujourd'hui de dire «qui fait quoi et où». Le codage détaillé des actes, tel qu'il est prévu très prochainement en France en médecine ambulatoire, permettra d'améliorer l'information disponible, hors hospitalisation.

LE BESOIN DE SOINS

Quel médecin est concerné par quel problème de santé ? On ne peut passer directement d'un problème de santé à un besoin médical théorique. Il faut sans doute analyser plus finement les données des pratiques actuelles, pour essayer de décrire quels sont les médecins les plus à même d'apporter les réponses les plus efficaces, et quelle charge de travail cela représente, à chaque stade d'une pathologie. Le futur codage

Cette pression reste «non officielle», en dehors de tout débat, car contrairement au principe que tout ce qui est nécessaire doit être pris en charge.

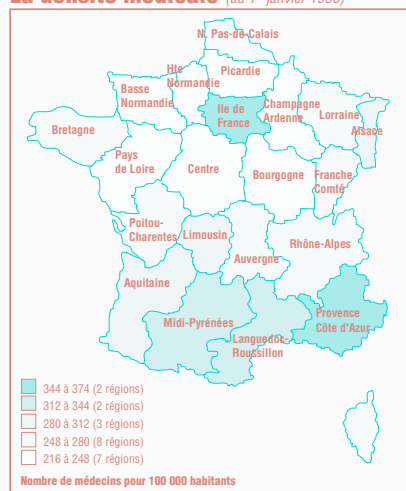
LES MODÈLES INTERNATIONAUX

Si l'on songe aux enjeux sous-jacents, la littérature est paradoxalement pauvre sur ces sujets. Quelques modèles plus ou moins élaborés sont disponibles, mais ils ne sont pas applicables aujourd'hui en France.

Les organismes professionnels dans leur ensemble ont rarement fait le travail d'élaboration nécessaire autour des actes. Les données de consommation de soins disponibles sont pour l'instant très pauvres. Les dispositifs prévus dans un avenir proche vont être une source d'information essentielle. Cela pose le problème de leur «propriété», de l'ouverture à des utilisations qui sortent de la simple logique de contrôle et

de surveillance des remboursements par l'Assurance Maladie.

Les Unions Régionales doivent être destinataires des informations du codage des actes et des pathologies : l'une des utilisations privilégiées pourrait être l'élaboration de paramètres pertinents d'analyse de la démographie médicale optimale ■

La densité médicale (au 1^{er} janvier 1996)

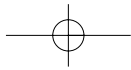
des pathologies, associé à celui des actes, pourra être une source importante d'information pour cette approche.

LA DEMANDE DE SOINS

L'existence d'un besoin de santé pour lequel il existe des réponses médicales ne suffit pas à le transformer en demande de soins effective. En effet, il existe des pathologies pour lesquelles il y a sous-diagnostic, par les patients ou par les médecins. En outre, il existe des besoins potentiels qui ne sont pas solvables (ex : prothèses auditives). C'est d'ailleurs spécifiquement sur la solvabilité que s'exerce une des plus fortes pressions régulatrices pour contrôler le volume des dépenses.

Ont participé à cette étude les Drs Blanc, Caton, Chauplannaz, Donzel, Granet, Grillet, Grosclaude, Levrat, Perche, Rouhier (Union) ; le Dr Charpak et Stéphanie Goldman (S^e EVAL) ainsi que le Pr Paul Perrin (Université) et le Dr Géraldine Janody (DRASS).

* le compte-rendu complet de l'expertise est disponible sur demande au siège de l'Union
tél : 04 72 74 02 75 - Anne-Marie Louvet
(dans la limite des disponibilités)



Vers un modèle d'évaluation du besoin en spécialistes ?

Par le Dr Yves Charpak, Stéphanie Goldman, Anne Duburcq : Société Éval, Paris

L'expertise de la littérature internationale en matière de démographie (voir ci-contre) a permis de repérer et d'étudier quelques modélisations du lien entre besoin en santé et offre de soins. À partir de ces bases, une seconde étude a été mise en place début 1999.

LE TRAVAIL EN COURS

L'objectif de cette étude est de construire une méthodologie d'évaluation de l'offre de spécialistes nécessaire, pour trois spécialités sélectionnées : la pédiatrie (activité médicale avec peu d'actes techniques), la gastro-entérologie (activité médicale avec actes techniques) et l'orthopédie (activité chirurgicale).

Pour ce travail, un modèle « général », établi aux États-Unis pour 18 spécialités, a été retenu et adapté à la situation française. Ce modèle est basé sur la consommation médicale actuelle, et non sur le besoin en santé de la population (la mise en relation de ces deux éléments est elle-même complexe, sous la dépendance de facteurs culturels, économiques, technologiques...).

Malgré cette limite, ce modèle est intéressant car il permet d'estimer l'offre de soins correspondant à une consommation donnée, et de simuler des modifications de certaines modalités de consommation.

Pour adapter ce modèle à la France, nous avons besoin de connaître les différents paramètres qui sont pris en compte dans ce modèle. Or l'estimation de ces paramètres est complexe et nécessite de récupérer et d'agréger des informations provenant des différents systèmes d'informations existants. L'étude comporte donc deux grands volets complémentaires, qui sont réalisés en parallèle.

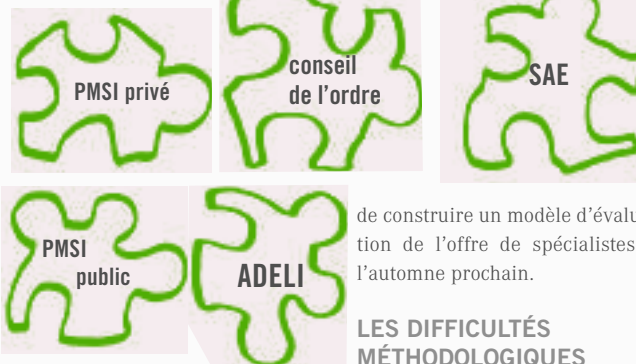
1. Une phase de «récupération» et d'agrégation de l'information disponible :

Cette phase nécessite un partenariat fort entre les différentes institutions impliquées. Les institutions suivantes ont été sollicitées (ou vont l'être) afin de nous transmettre les informations disponibles qui doivent entrer dans le modèle :

- la DRASS et l'ARH pour les données du PMSI public et privé,
- la CNAM, la CRAM et l'URCAM pour les consommations d'actes en C, V, K dans les différents lieux d'exercice pour différentes catégories de population,
- le Conseil de l'Ordre et la DRASS pour des données de démographie médicale régionale.

2. Une enquête auprès des praticiens des trois spécialités étudiées :

Cette enquête, réalisée par auto-questionnaire, doit permettre d'évaluer certains paramètres du modèle qui ne figurent dans aucun système d'information.



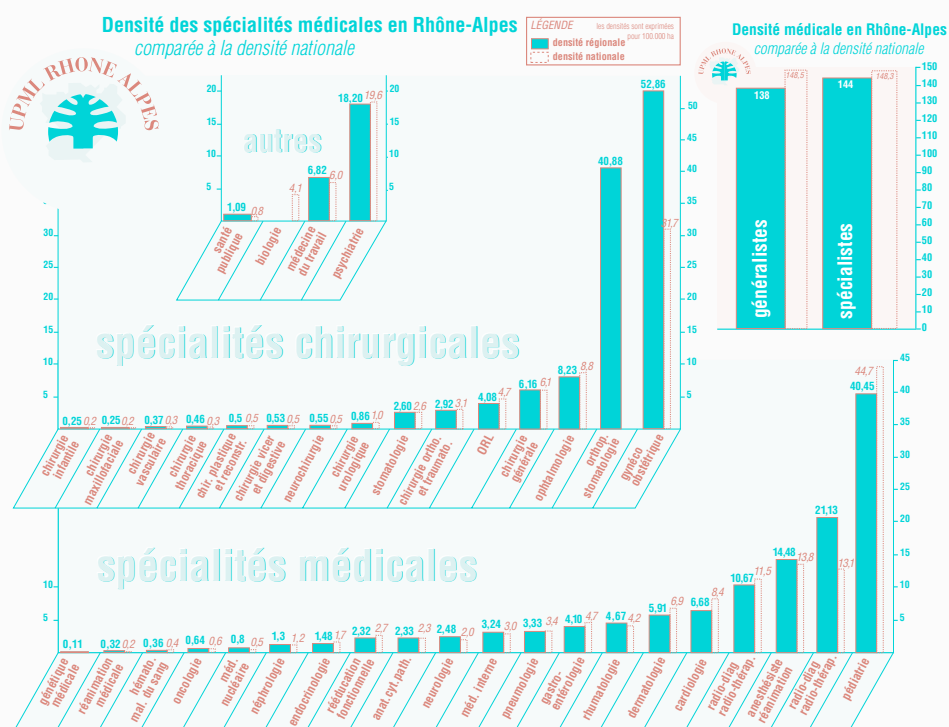
Elle est réalisée auprès des praticiens des 3 spécialités concernées dans la région et permettra de décrire l'activité des médecins, en fonction notamment de leur lieu d'exercice. Les sociétés savantes et professionnelles ont été sollicitées pour les fichiers de spécialistes afin de constituer un fichier le plus exhaustif possible pour la région. Le syndicat des internes et la DRASS ont également été sollicités afin que les internes en stage dans les 3 spécialités étudiées puissent aussi participer à l'enquête. Ces deux axes de recherches sont en cours et devraient permettre

de construire un modèle d'évaluation de l'offre de spécialistes à l'automne prochain.

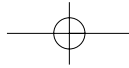
LES DIFFICULTÉS MÉTHODOLOGIQUES

Ce travail permet d'ores et déjà de dégager plusieurs difficultés méthodologiques, en particulier :

- l'utilisation de la consommation médicale actuelle pour décrire le besoin en santé de la population,
- le problème des données hospitalières pour lesquelles il est impossible de rattacher des actes à un spécialiste donné,
- le problème des recouvrements d'activité entre les différentes spécialités,
- les différences de densités médicales françaises estimées à partir de fichiers différents,
- la définition d'un «Équivalent Temps Plein de médecin» ■



Fichier ADELI au 01.01.97 • Densité régionale (pour 100.000 ha) = Effectif / Population Rhône-Alpes (5,614 M) ou sous-population concernée par la spécialité (838.000 femmes en âge de procréer ou 1,2 M enfants de 0 à 16 ans)



FMC

Suite du mauvais feuilleton

L'état, par les ordonnances Juppé, avait institué la FMC obligatoire. Les instances étaient en place tant au niveau national (CNFMC) que régional (CRFMC, Conseil régional de Formation Médicale Continue) et étaient prêtes à garantir les règles générales d'expertise et de validation de cette FMC obligatoire. Ces instances réunissent les Unions Professionnelles de Médecins Libéraux, l'Ordre des médecins,

l'Université et les associations de Formation Médicale Continue. C'eût été trop facile et trop transparent... Mais l'état s'est ensuite ingénié à ce que les médecins ne puissent pas remplir l'obligation légale qu'il avait lui-même imposée. Actuellement, la FMC se résume à la seule formation continue conventionnelle sous la dépendance unique des Caisses d'Assurance Maladie et des seuls syndicats médi-

caux signataires de la Convention (ce qui pour l'instant se résume à un seul !) alors que la FMC concerne l'ensemble des médecins libéraux.

Heureusement, pendant ce temps les médecins libéraux – individuellement et par le biais de leurs associations de formation médicale continue habituelles – continuent de se former régulièrement.

LA VIE DE L'UNION



L'ASSEMBLÉE

Assemblée générale du 17 mars 1999

21h15 / 39 présents / 27 pouvoirs / 14 absents

Démissions

- J. Dominique BIANCHI, remplacé par Marc JALON, généraliste FMF, Sainte Foy les Lyon, Rhône.
- Pierre DUBOR, remplacé par Monique MELDENER, anesthésiste SML, Saint Etienne, Loire.

Suspension de mandat

- Dr Richard BOUTON, radié le 13 janvier 1999 du Conseil de l'Ordre des Médecins de Paris. La lettre recommandée, en date du 4 mars 1999, adressée au Dr Bouton le prie de préciser si sa cessation d'activité est :
 - définitive, auquel cas il sera procédé à son remplacement selon les textes en vigueur ;
 - ou provisoire, auquel cas un certificat de réinscription à l'ordre, précisant sa date d'effet doit être communiqué au bureau de l'Union en temps nécessaire.

Prochaine Assemblée Générale

- 16 juin 1999 - 20h30

1 - Approbation du Procès-Verbal du 17.12.98

2 - Compte rendu d'activité du président

- **ARH** : Le Dr Grillet participe au comité d'orientation du SROSS et un certain nombre d'élus de l'Union ont été associés aux différents groupes de travail pour l'élaboration du SROSS n°2.
- **URCAM** : L'Union est associée au plan régional 1999.

- **ANAES** : en pratique, les rôles seraient répartis de la façon suivante :
 - l'ANAES établit des référentiels ;
 - l'Union choisit certains de ces référentiels et réalise l'évaluation sur le terrain. Les membres volontaires constitueront un réseau d'évaluateurs. Ils devront répondre à un certain nombre de critères et seront formés à la méthodologie d'évaluation.

Il ne s'agit pour l'instant que d'un projet car les discussions sont toujours en cours avec l'ANAES.

3 - Informatisation et télé-transmission

- Parcours d'un médecin récemment informatisé (Dr Barbedienne)
- Réseaux informatiques (Dr Gourmelen)
- Évolution du dossier médical informatisé (Dr Rougier)
- Télémédecine et échange de données médicales (Dr Muller)

4 - Projet Intranet-Grand-Est

- Ce projet s'appelle désormais LIBERALIS. L'étude de la télématique médicale est menée depuis 4 mois par des experts :
 - instauration d'un contre-pouvoir à celui de la sécurité sociale ;
 - motivation des médecins à communiquer leurs données ;
 - existence d'un questionnaire d'enquête ;
 - service de maintenance assuré ;
 - intérêt évident d'une Union des Unions face aux instances gouvernementales.
- Les élus sont appelés à se prononcer sur : "Mandat est donné au président pour la signature de la déclaration d'intention du projet Intranet-Grand-Est", sous réserve des dispositions financières à connaître par la suite.

Résultat : 41 pour, 4 contre, 11 abstentions
Le président est mandaté pour signer la déclaration d'intention du projet Intranet-Grand-Est.

5 - Le point sur les projets en cours

CEGEDIM

Le protocole d'accord est en cours de finalisation.

VACCICARTE

Trois partenaires, Pasteur Mérieux, M+ Santé et Micils ont sollicité l'Union pour proposer aux médecins de mettre en place Vaccicarte, son système logiciel et carte microprocesseur de gestion de la prévention et de la vaccination. Vaccicarte constitue une première dans la pratique du suivi santé ayant trait à la gestion de la prévention. Elle va nous permettre :

- de jouer notre rôle de partenaire santé publique ;
- de favoriser la mise en place de réseaux professionnels ;
- de répondre à notre mission de développer des systèmes d'information ;
- de disposer d'un véritable réseau d'informations.

DNID

La phase 1 est terminée. À l'assemblée générale de juin prochain, les résultats encore partiels de cette enquête pourront être présentés de façon plus approfondie.

COMMISSION DÉMOGRAPHIE DE LA SECTION DES SPECIALISTES

La commission a confié à la société ÉVAL une expertise sur les études démographiques déjà publiées dans la littérature internationale qui s'est révélée d'une grande pauvreté. De ce fait, Éval a été missionné pour :

- élaborer un modèle de mise en relation entre besoin de santé et offre médicale
- mettre en place un guide méthodologique pour approcher les besoins dans trois spécialités : pédiatrie, gastro-entérologie et chirurgie orthopédique.

SITE WEB DE L'UNION

Deux réunions de travail ont permis de définir les grandes orientations générales à prendre, d'esquisser une arborescence du site et de réfléchir sur une charte graphique.

EXAMEN DES PROJETS EXTÉRIEURS

L'amicale des médecins acupuncteurs de Haute Savoie a réalisé une enquête sur : "La formation et la pratique du médecin acupuncteur de Haute savoie"

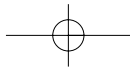
Budget de ce travail : 6.320 F

Montant de la subvention : 3.400 F

Vote à main levée :

résultat : 34 pour dont 15 pouvoirs ; 0 contre ; 1 abstention

Une subvention de 3.400 F est accordée à l'Amicale des médecins acupuncteurs de la Haute-Savoie destinée à la diffusion des résultats de leur enquête.



Voici les résultats de l'enquête réalisée dans le bulletin n°6, où nous vous invitons à donner votre avis sur la notion de médecin référent

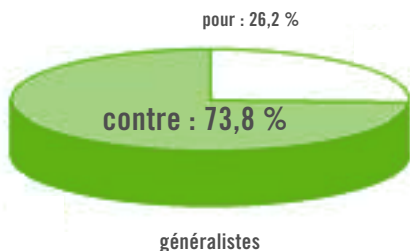
85% DES MÉDECINS DE RHÔNE-ALPES SONT OPPOSÉS À LA NOTION DE MÉDECIN RÉFÉRENT

L'enquête montre que 85% des médecins de la région Rhône-Alpes (généralistes et spécialistes confondus) sont opposés à la notion de médecin référent. Seuls, 26% des généralistes et 2,6% des spé-

cialistes approuvent la création de cette nouvelle catégorie de médecin. 74% des généralistes et 97,4% des spécialistes manifestent, dans cette enquête, leur forte désapprobation. Il sera de plus en plus difficile de vou-

loir imposer des réformes qui vont à l'encontre de la volonté du corps médical. La maîtrise des dépenses de santé ne peut s'effectuer qu'avec des réformes ayant le consensus de la majorité des médecins.

Docteur J. CATON



L'AGENDA DES ÉLUS

ils travaillent

Commission COORDINATION

2 mar, 3 juin

Drs Donzel, Drevon, Caton, Fayol, Granet, Grillet, Lacoïn, Levrat, Rougier

Commission INFORMATIQUE

15 jan, 20 jan, 22 fév, 5 mars, 11 mars, 17 mars, 27 mai

Drs Barbedienne, Berthet, Gourmelen, Grillet, Meldener, Muller, Rougier, Terrien

Commission COMMUNICATION

19 mai

Drs Caton, Grillet, Telmon

Commission PROJET MÉDICAL

(section (spécialistes) 16 fév,

Drs Caton, Drevon, Dubor, Fayol

Commission DÉMOGRAPHIE

(section spécialistes) 13 jan, 3 mars

Drs Caton, Perche, Rouhier, Blanc, Chauplannaz, Crambert

1^{ER} TRIMESTRE 99

21 jan - CRAM Dr Grillet
Réunion avec M. Rombaudo (pdt de la CRAM)

21 jan - Intranet à Paris Dr Rougier
Réunion

2 fév - ANAES - Dr Grillet : Réunion

12 fév - ANAES - Dr Grillet : Réunion

17 fév - URCAM Dr Grillet
Rencontre M. Dorme (dir. de l'URCAM)

17 fév - CPAM Dr Grillet
Réunion des 12 directeurs de la région

23 mar - VACCICARTE Dr Grillet : Réunion

26 mar - ANAES Dr Grillet : Réunion

30 mar - SROSS n°2 Dr Grillet : Réunion

31 mar - DÉMOGRAPHIE
Conférence de Presse Drs Blanc, Caton, Chauplannaz, Donzel, Granet, Grillet, Grosclaude, Levrat, Perche, Rouhier.

31 mar - DÉMOGRAPHIE
Réunion de travail Drs Blanc, Caton, Chauplannaz, Donzel, Granet, Grillet, Grosclaude, Levrat, Perche, Rouhier ;
Sté Eval ; la CRAM, la DRASS, l'ARH, l'URCAM, l'Ordre des Médecins, les syndicats professionnels et les Universités (Lyon, Grenoble, St-Étienne)

ils vous représentent

2^{ME} TRIMESTRE 99

01 avr - GRETA CHAMBÉRY Drs Gourmelen, Muller
Réunion

10 avr - ARH Dr Grillet : Réunion

16 avr - ANAES Dr Grillet : Réunion

30 avr - ANAES Dr Grillet : Réunion

06 mai - URCAM Dr Grillet
Rencontre M. Dorme (dir. de l'URCAM)

17 mai - ARII TÉLÉMÉDECINE Dr Donzel
Réunion

18 mai - QUOTIDIEN DU MÉDECIN Dr Caton
Entretien

28 mai - ANAES Dr Grillet : Réunion

28 mai - URCAM Dr Caton
Entretien avec les responsables

BUREAU ET A.G. DE L'UNION

- Bureau de l'Union : 15 jan, 2 mars, 27 mai
- A.G. de l'Union : 17 mars, 16 juin

