

MÉDECINE Libérale

Médecine HOSPITALIÈRE

l'interdépendance

Cette étude a été réalisée par

le CAREPS, en juin et juillet

1998, à la demande de la

Commission Médecine Interne

du SROS qui a confié sa direc-

tion à l'UPML Rhône Alpes et

l'ARH Rhône-Alpes.

Elle a porté sur les relations entre médecine libérale et structures d'hospitalisation publiques et privées, dans le but d'améliorer l'accès des patients et les relations durant ou après leur séjour entre les médecins

libéraux et les médecins hospitaliers.

SUR 2097 MÉDECINS TIRÉS AU SORT, 800 médecins libéraux dont 538 généralistes et 262 spécialistes ont répondu à un questionnaire téléphonique de 12 minutes. L'enquête a été menée en 4 semaines du 24/06 au 23/07/98. Le taux de réponses de 45% est satisfaisant (pas de courrier d'information initial).

L'AMÉLIORATION DES RELATIONS ENTRE MÉDECINE LIBÉRALE ET HOSPITALIÈRE est souhaitée par tous car leur interdépendance est importante :

- un généraliste et un spécialiste sur cinq adressent plus d'un patient par semaine en hospitalisation.
- 3/4 des spécialistes libéraux et 1/4 des généralistes exercent une activité dans un établissement d'hospitalisation (vacations de consultation, d'examen complémentaires, ou dans le cadre de la régulation des urgences).
- Généralistes comme spécialistes dirigent 40% de leurs malades vers le privé et 60% vers le public. Cette distribution varie selon les départements, la taille de l'agglomération mais aussi selon l'offre locale et la qualité des relations avec les correspondants locaux.

LES CRITÈRES POUR LE CHOIX de l'hospitalisation sont dans le public comme dans le privé : la qualité des relations, la volonté du patient, enfin la rapidité d'admission.

LES ÉLÉMENTS D'INSATISFACTION SONT :

- inadéquation entre la pathologie présentée par le patient et le service où il est rapidement hospitalisé
- délais d'admission trop longs, supérieurs à 3 jours pour 45% des généralistes et 40% des spécialistes
- sentiment d'être insuffisamment associés à la sortie du patient
- sentiment d'être peu ou mal informés de l'hospitalisation de leur malade quand ils

*Cette enquête
transversale descriptive
a quantifié et mis
en évidence de nombreux
dysfonctionnements,
souhaits et éléments
d'insatisfaction.*

- n'en sont pas à l'origine,
- information beaucoup trop tardive de sa sortie, pour des généralistes et plus de la moitié des spécialistes
- reconvoque injustifiée pour 40% d'entre eux en consultation ou même en "re-hospitalisation" (17%).

UN DYSFONCTIONNEMENT est fréquemment signalé à propos de l'hospitalisation en service d'urgence : elle n'est pas justifiée au moins une fois sur deux pour le quart des généralistes. Cette orientation par "défaut" tient surtout au fonctionnement de la structure d'hospitalisation (absence de lit dans le service initialement souhaité ou contacté, complexité pour trouver un lit, pour joindre utilement le médecin correspondant, manque de temps pour rechercher une place adaptée, manque de connaissance sur l'offre disponible).



ÉCRIVEZ-NOUS

vos opinions,
vos critiques,
vos interrogations,
vos souhaits



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

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



Le Bulletin

MARS 1999

N°6



SORTIR DE LA CRISE

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

Le système de soins s'enfonce dans une crise qui n'a que trop duré. Et ce ne sont pas des mesures inappropriées prises par nos gouvernements successifs qu'émergeront les solutions efficaces et pérennes.

L'augmentation des dépenses de santé est inexorable dans les prochaines décennies, nier ce fait est irresponsable. Vouloir contraindre la progression de ces dépenses à respecter des indicateurs économiques, certes importants, mais totalement externes au champ de la santé publique n'est pas cohérent et les citoyens commencent à l'entr'apercevoir. Sauver "la sécu" est une noble tâche. En revanche transformer profondément le système de soins sans informer franchement, ni les citoyens, ni les assurés, ne sauve rien et surtout pas "la sécu" voulue par les assurés et pour laquelle ils sont prêts à se mobiliser. Vouloir brider l'offre de soins sans tenir compte des besoins et de surcroît par des mesures contraignantes, injustement coercitives voire anticonstitutionnelles n'est acceptable, ni des patients, ni des assurés, ni des citoyens et ni, bien sûr, des médecins.

L'UPML Rhône-Alpes n'a pas la prétention de détenir la clé de cette crise mais dans le cadre de ses moyens et de ses missions et avec la légitimité que lui confère le suffrage universel des médecins, elle travaille –entre autres exemples avec l'ANAES et l'URCAM comme vous le verrez dans ce numéro– pour apporter la contribution des médecins libéraux à l'émergence des solutions éthiques pérennes et de qualité.

C'est pourquoi il ne faut pas céder au découragement car à toute situation de crise, aussi profonde soit elle, succèdent des solutions aussi inexorablement que le printemps succède à l'hiver.



SOMMAIRE

2,3,4 ► dossier évaluation

UN NOUVEAU RÔLE POUR L'UNION

- l'évaluation, un atout
- interviews Dr Dorme (URCAM) / Dr Grillet (Union)
- interview du Dr Maisonneuve - ANAES
- l'évaluation vue du côté de l'Union

5 ► enquête sur l'état de l'Union

- l'avis des élus de l'Union

6 ► radiologues et chirurgiens vasculaires

- vers une charte d'exercice commun

7.8.9 ► la vie de l'union

- assemblées générales (10 juin et 17 décembre)
- les élus de Savoie et Haute Savoie
- l'agenda des élus
- où passe votre argent

10.11 ► enquête "MÉDECIN RÉFÉRENT"

12 ► médecines libérale et hospitalière

- l'interdépendance



L'ÉVALUATION, UN ATOUT

Le médecin doit pouvoir apprécier la valeur du service qu'il rend, et en médecine libérale l'évaluation des pratiques reste le seul moyen d'y parvenir. Méthodologies et formation à l'audit sont aujourd'hui proposées par l'ANAES.

“LIEU D'EXPERTISE ET D'ÉCHANGE”

EN MÉDECINE LIBÉRALE, dès les années 80, des travaux d'évaluation sur la qualité des soins ont été entrepris par le Pr François Goupy (1), des pistes de réflexions sur ce sujet ont été proposées et c'est l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale) qui a finalisé cette démarche en 91 par la mise en place d'un réseau d'évaluation en médecine libérale et la réalisation d'un audit des pratiques sur le statut vaccinal des personnes âgées de plus de 60 ans.

CRÉÉE PAR L'ORDONNANCE DU 24 AVRIL 96 et mise en place le 14 octobre 97, l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé) qui se qualifie elle-même de “lieu d'expertise et d'échange avec les acteurs de santé” entend développer les travaux déjà engagés par l'ANDEM.

L'ANAES, établissement public, est chargée de faire l'état des lieux des connaissances en matière de stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine, et de contribuer à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins à l'hôpital comme en médecine libérale. En d'autres termes “l'ANAES doit développer l'évaluation médicale et vérifier qu'elle se fait correctement” précise le Pr. Michel Doumenc, professeur associé en médecine générale et responsable du “service médecine libérale” à l'ANAES.

DANS CE CADRE, LA DÉMARCHÉ DE L'ANAES doit se traduire par l'accréditation dans les établissements hospitaliers publics et privés, et par des actions d'évaluation et de formation à l'audit médical, en médecine libérale. Idéalement, l'évaluation des pratiques professionnelles doit se faire en lien étroit avec les Unions Professionnelles (voir interviews pages 3 et 4), et sur la base des résultats de conférence de consensus “labellisées” et de Recommandations de Bonnes Pratiques Cliniques (RBPC) élaborées par l'ANAES.

SE DONNER LES MOYENS DE MIEUX FAIRE

À NOTER, TOUT DE MÊME, que les Unions ne sont pas “pieds et poings liés” avec cet établissement. Rien ne les empêche donc de conduire des travaux de leur côté avec des sociétés savantes par exemple et sur la base de recommandations différentes, puisque ces dernières ne restent pas l'apanage de l'ANAES!

En Rhône-Alpes, de nombreuses expériences d'évaluation des soins sont en cours, notamment dans le cadre des réseaux de soins, tels que la prise en charge des toxicomanes par les médecins libéraux du GT 69 (Généralistes et Toxicomanes) ou sur la prise en charge en médecine libérale du DNID (diabète non insulino dépendant) pour ne citer que ces deux expériences.

UN MOT ENCORE SUR L'AUDIT (2), outil d'auto-évaluation, et qui permet de mesurer la performance du médecin. Son objectif est d'identifier les occasions propices à l'amélioration de la qualité des soins et de fournir les moyens de la réaliser. En région Rhône-Alpes, l'ANAES a formé trois correspondants (3) à l'audit, susceptibles d'aider méthodologiquement et avec l'appui de l'Union, les médecins libéraux à mettre cette auto-évaluation en pratique. Inutile de cacher que c'est une méthode exigeante en temps et en charges, mais que c'est aussi la seule actuellement disponible pour avoir un regard objectif sur ce qui est fait, et qui donne les moyens de mieux faire.

Caroline FAESCH
Journaliste

(1) Goupy F., Audit et évaluation de la qualité des soins, son intérêt en médecine générale. Gazette Med 1984;91:29-36

(2) L'évaluation des pratiques professionnelles en médecine, guide méthodologique sur l'audit médical. Mars 93. ANAES : Tel : 01 42 16 72 72, Fax : 01 42 16 73 73

(3) Dr Jean-Pierre DUPASQUIER (Rhône)
Dr Dominique GODDO (Savoie)
Dr Jean-Michel ORIOL (Isère)

“ÉVALUATION”. La seule évocation du terme faisait autrefois frémir plus d'un médecin. Et pour cause ! Dans le contexte actuel et “surchauffé” par la maîtrise des dépenses de santé, l'évaluation est directement associée à la pléthore de mesures coercitives, et autres sanctions concoctées par les organismes payeurs. On remarque qu'elle est mal perçue lorsqu'il s'agit de maîtrise comptable, mais beaucoup mieux acceptée dans le cadre d'une maîtrise médicalisée... De nombreux pays, tels que les États-Unis, le Canada, le Royaume-Uni ou les pays scandinaves consacrent d'énormes moyens à l'évaluation médicale.

EN FRANCE, moyens ou pas, l'évaluation est devenue inévitable : les patients, les syndicats, les caisses, les politiciens, tous parlent d'évaluation. Elle est donc souhaitable car c'est la seule façon de comparer sa pratique à ce qui pourrait être une pratique optimale. Par ailleurs, il serait nécessaire que les évaluateurs soient eux même évalués.

L'ÉVALUATION, C'EST AUSSI LA SEULE MANIÈRE de disposer de résultats d'enquêtes ou d'études opposables aux caisses. Exercées par des associations de médecins, des sociétés savantes ou des instances telles que les Unions Professionnelles, l'évaluation représente un contre-pouvoir réel et légitime. Elle représente donc un atout pour les médecins libéraux.



ÉVALUER AVEC L'ANAES

Le Docteur Hervé MAISONNEUVE est responsable du secteur de l'évaluation en médecine libérale à l'ANAES.

Comment les missions d'évaluation confiées respectivement aux Unions Professionnelles et à l'ANAES peuvent-elles s'articuler ?

Dr Maisonneuve : Il n'y a aucun "doublon" de structures. L'ANAES est prête à collaborer avec toutes les unions, sachant qu'elle a peut-être plus de responsabilité dans le domaine de la méthodologie et des

mière ligne pour le faire. Selon leur demande, une méthodologie et un accompagnement peuvent être proposés pour les aider.

Pouvez-vous donner des exemples de cette collaboration entre ANAES et Unions Professionnelles ?

H.M. : Ce n'est peut-être pas très intéressant de faire des comparaisons entre les régions.

Actuellement, les Unions essayent de comprendre les règles du jeu au sens général, et nous recevons toutes les unions qui veulent venir nous voir. Depuis quelques mois, certaines d'entre-elles nous contactent pour établir une conférence de consensus ou pour mettre en place

Le conseil d'administration est composé de 75% de professionnels de santé et de 25% de représentants de l'état financeur.

un audit de pratique, sur des thèmes ciblés comme le dossier médical. Nous les accompagnons dans leurs premières missions, souhaitant qu'ensuite elles aient suffisamment d'autonomie pour réaliser ces travaux elles-mêmes. Un organisme tel que l'ANAES ne pourra jamais, et n'a d'ailleurs pas la prétention de vouloir réguler,

contrôler et accompagner toutes les actions d'évaluation dans le pays ! L'ANAES propose des méthodes et fait en sorte que les professionnels se l'approprient.

Quels sont les missions et les moyens des trois médecins correspondants en Rhône-Alpes, formés par l'ANAES ?

H.M. : Il faut bien comprendre que l'ANAES a de petits moyens dédiés à la mission d'aide aux Unions : il y a un médecin équivalent temps plein sur cette mission. Et face à 24 Unions, cette personne ne pouvait pas répondre aux besoins. Donc la stratégie a été de démultiplier les forces en régions et de former 55 médecins qui savent désormais ce qu'est l'ANAES, qui ont réalisé des audits - ils ont donc une pratique de terrain - et constituent pour nous les interlocuteurs de l'ANAES vis-à-vis du secteur libéral. Mais attention, cela ne signifie pas qu'ils sont les interlocuteurs des Unions et doivent faire le travail à la place des unions. Nous avons aussi des demandes qui viennent de l'Université, de l'Ordre, et de multiples endroits encore, auxquels ces personnes, qui nous représentent localement, sont chargées de répondre.

Quelle confiance les Unions peuvent-elles accorder à un établissement public créé par une ordonnance de 96 ?

H.M. : Je ne sais pas quelle en sera l'interprétation des acteurs, mais depuis un an et demi d'actions, je crois que l'indépendance existe. Dans les textes, vous pourrez constater que le conseil d'administration - et c'est tout à fait exceptionnel pour un établissement public - est composé de 75% de professionnels de santé et de 25% de représentants de l'état financeur. D'autre part, nous avons pu prendre par le passé des positions tout à fait scientifiques et techniques, sans tenir compte du politique et d'autres enjeux organisationnels du système de santé, sur des sujets compliqués. Nous avons fait des recommandations qui avaient des impacts sur une éventuelle augmentation ou diminution des dépenses du système de santé parce que l'on jugeait qu'elles étaient de bonnes pratiques...

La démarche d'accréditation faite par les hôpitaux pourrait-elle dans un avenir proche être exigée des médecins libéraux ?

H.M. : Elle est déjà inscrite dans les textes pour ce qui concerne les réseaux de soins. Mais votre question, je crois, porte plutôt sur l'évaluation des compétences. Et là, c'est en dehors de nos missions. La compétence relève du Conseil de l'Ordre, et nous n'avons pas la moindre prétention sur cette question.

propos recueillis par

Caroline FAESCH - Journaliste

L'évaluation vue du côté de l'Union

L'ANAES, par le biais de l'évaluation et de l'accréditation, a une mission essentielle : apporter à tout un chacun la garantie de la qualité du système de soins. Légitimée par la loi, cette structure est d'autant plus crédible qu'elle comporte en son sein deux tiers de professionnels de santé. L'évaluation, c'est aussi une des grandes missions des Unions qui peuvent en l'absence de données, mener des enquêtes ponctuelles, sûres et pertinentes. L'accréditation des structures de soins concerne également les Unions, notamment pour ce qui touche l'hospitalisation privée où travaillent les praticiens libéraux. Il est bien évident qu'une évaluation par des pairs est préférable à un contrôle par les médecins des caisses. D'efficacité variable du fait qu'il cristallise plus sur des cas isolés que sur la profession, ce contrôle est plus perçu comme un "flicage" qu'un outil d'amélioration de la qualité et du rapport coût-bénéfice des soins. Membre du bureau de l'ANAES,

le Docteur Grillet, est un fervent promoteur, tout comme les responsables de l'ANAES, d'une évaluation menée en coopération avec l'ANAES plutôt que deux réseaux parallèles d'évaluation l'un de l'Agence, l'autre des Unions. Pour que l'évaluation soit crédible, il ne faut pas que ce soit les mêmes institutions qui établissent les référentiels (ANAES) et qui évaluent leur impact en matière de réajustement des pratiques sur le terrain (UPML). En région, les Unions pourront avec l'aide méthodologique de l'ANAES mettre en place l'évaluation, sur des thèmes qu'elles auront choisis ou dans le cadre d'opérations de santé publique... Cette collaboration ANAES-Unions peut être pour le système de santé et tous les acteurs une véritable source d'enrichissement et de progrès...

Marie-Françoise VILLARD - journaliste



GEORGES DORME,
directeur de l'URCAM Rhône-Alpes



Docteur GRILLET,
président de l'UPML Rhône-Alpes



URCAM-UPML

**L'INFORMATION PARTAGÉE :
MODE D'EMPLOI**

UPML-URCAM

**POUR DES ÉCHANGES DE
DONNÉES FIABLES ET CRÉDIBLES**

Quels types de relations envisagez-vous entre l'URCAM et l'UPML, notamment dans le cadre de l'informatisation et de l'évaluation des pratiques médicales ?

Georges Dormes : Tout d'abord, un mot pour dire tout l'intérêt que nous avons trouvé à lire la lettre de l'UPML sur les systèmes d'information et le regard qu'elle porte en tant qu'outil stratégique pour l'avenir. Sur ce sujet et, en particulier l'échange de données, l'URCAM doit travailler en collaboration avec l'UPML. Au plan régional les missions se rejoignent et interviennent au même niveau, notamment pour ce qui concerne l'évaluation du système de soins et des pratiques professionnelles. Il faut absolument que l'on parvienne à une reconnaissance réciproque. C'est la seule façon pour évoluer et moderniser le système de santé.

De quelle manière envisagez-vous cette collaboration URCAM-UPML ?

G.D. : La relation de partenariat pour bien fonctionner doit être basée sur une égalité de responsabilité et de devoir. L'URCAM a un impératif : proposer un programme régional de gestion du risque, incluant les orientations de santé publique définies par les conférences régionales de santé, la maîtrise des dépenses et les actions visant à optimiser le système de soin. L'URCAM a un rôle pivot au niveau des 22 caisses pour tenter d'optimiser les systèmes et les filières de soins, et ce aussi bien pour la médecine libérale qu'ambulatoire. Comme il y a une zone frontière commune avec la médecine hospitalière, l'URCAM a également un programme de travail avec l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH). De ces échanges réciproques avec l'UPML d'un côté et l'ARH de l'autre, pour

ront émerger des propositions et des politiques de Santé de mieux en mieux ajustées.

Concrètement, qu'est-ce que cela implique sur le terrain ?

G.D. : L'approche que nous avons sur ce programme de gestion du risque suppose la mise en place de groupes de travail opérationnels. On a déjà rencontré le Docteur Grillet, président de l'Union Rhône-Alpes et le Docteur Levrat pour voir comment l'UPML peut participer à cette réflexion en tant qu'observatoire régional pour les études préalables ou les actions à mettre en oeuvre. À ces groupes seront

"il est important que par l'Union, chaque professionnel de Santé, médecin ou non, puisse avoir une image de la profession, de ses mutations tout comme de l'adéquation de la pratique libérale avec les besoins des populations."

associés des caisses adhérentes, des services médicaux de caisses, divers prestataires ou cabinets externes d'audit...

On souhaite trouver un mode de relation qui permette d'être le plus efficace et le plus transparent possible pour aboutir à une maîtrise de Santé intelligente tout au long de la chaîne sans oublier l'assuré qu'on se doit de responsabiliser. Grâce à des données représentatives recueillies sur le terrain, on pourra différencier les besoins réels, des besoins ressentis, catégoriser, évaluer, ajuster, prévoir... En clair, éviter les redondances, adapter l'offre de soins à la demande, faire plus à coût égal, et non pas, comme certains le disent, rationner ou "faire du flicage" !

Pour qu'un système d'observation et d'évaluation des pratiques médicales soit efficace, il doit être en premier lieu fiable et crédible. Les URCAM qui ont en la matière un rôle clé, seront les premiers interlocuteurs des Unions.

Le Dr Grillet, président de l'UPML nous rappelle la difficulté que représente la mise en place d'un tel système et des prérequis qu'il suppose, notamment pour tout ce qui concerne les analyses médico-économiques de données avec l'URCAM.

"La logique voudrait que ces données soient consolidées au plan régional et soumises à un contrôle de qualité conjointement par l'URCAM et la profession médicale. Condition nécessaire pour qu'elles soient crédibles et deviennent éventuellement opposables."

Quel type de relations envisagez-vous entre l'UPML et l'URCAM ?

Yves Grillet : L'URCAM est une structure nouvelle. Les relations, il faut donc les établir... Depuis le mois de septembre nous avons déjà eu des contacts à trois reprises pour voir ce que l'on peut faire ensemble. Tout en ayant chacun son propre programme d'actions, il y a de nombreux projets où l'on peut se retrouver. Par exemple, l'URCAM nous a sollicités comme partenaires pour travailler avec les groupes de travail sur les urgences et la médecine libérale, la prise en charge du cancer, l'établissement de la carte sanitaire ambulatoire, l'évolution de l'offre de soin, les inégalités...

La priorité de l'UPML, c'est de mettre en place un système d'information avec des données fiables. À ce propos, où en êtes vous avec l'URCAM ?

Y.G. : Les médecins reçoivent individuellement leur relevé d'activité établi par les Caisses et conformément à la loi, les URCAM transmettent aux Unions les données relatives aux dépenses médicales. Ainsi en février, nous avons reçu les données concernant l'ensemble de l'année 98. Or, il y a une forte remise en question de la fiabilité de ces données. Il est vrai qu'entre le moment où le médecin remet la feuille de soins au malade et le moment où les données consolidées parviennent aux Unions, le chemin est particulièrement complexe. Rares sont ceux qui le connaissent, et, de ce fait il est difficile de savoir quels sont les facteurs de pondération ou le "rebasage" parfois aberrants affectés à ces données. Résultat : on leur accorde une crédibilité toute relative... Ce que l'on souhaite, et sur ce point le président de l'URCAM, Georges Dorme est d'accord, ce serait d'avoir les données au niveau régional. Il y a une autre solution, c'est de recueillir nous mêmes ces données de santé publique...

Disposer de données fiables ou pouvoir les vérifier est un point essentiel. Surtout si on reste sur un système d'enveloppes pour évaluer, par exemple, la part du transfert de l'hôpital sur la ville.

Dans le cadre des rapports médecins-caisses, est-ce que ce travail avec l'URCAM peut améliorer les relations ou au contraire les compliquer ?

Y.G. : Si l'on veut un jour parvenir à une maîtrise médicalisée, ces données sont primordiales pour les médecins et pour les tutelles. Les relations ne sont pas très bonnes avec le service médical.

> suite de la page précédente > interview de Georges Dorme (URCAM)

À propos d'informatisation, où en est l'URCAM ?

G.D. : Il nous reste maintenant le plus difficile : définir et construire des systèmes d'information performants au plan départemental, régional ou national, qui soient validés par tous les partenaires et sécurisés. L'UPML a déjà quatre ans d'âge, l'URCAM un an. On en est donc au prélude ! On invitera des médecins pour voir comment on peut construire ce système et en faire un outil opérationnel pour suivre les évolutions des dépenses, des besoins, des pratiques, le profil médical de telle ou telle population de praticiens... Il faut aussi trouver une méthode et une structure centralisant les données certifiées par les partenaires, de façon à rendre fiables et indiscutables les statistiques qui en sortiront. Pour mettre en place cette certification, le niveau régional me paraît le plus adapté.

Quelles retombées peuvent en attendre les médecins libéraux ?

G.D. : Au niveau régional, les données seront collectives et anonymisées, (ce qui permet de garantir la confidentialité). La profession pourra suivre quasiment en direct l'évolution et la structure des dépenses de santé, faire son propre tableau de bord, se positionner... À cela vont s'ajouter rapidement toutes les potentialités gigantesques de l'informatique et d'Internet. Je suis persuadé tout comme le Docteur Grillet, que si l'on sait mettre en place une méthodologie et des outils avec une transparence totale sans confondre les rôles et les missions, on pourra apporter un service meilleur dont chacun tirera bénéfice.

Propos recueillis par
M.-F. Villard - Journaliste

> suite de la page précédente > interview du Docteur Yves Grillet (Union)

Disposer d'un système d'information transparent, fiable et crédible peut permettre pour eux comme pour nous de repartir sur de nouvelles bases.

Pour améliorer les dispositifs d'informations que suggérez-vous ?

Y.G. : Le président de l'URCAM, Georges Dorme a mesuré à la fois l'importance stratégique du système d'information, et aussi l'absolue nécessité de fournir des données fiables pour que les médecins puissent avoir collectivement confiance dans l'information qui leur est transmise en retour par les tutelles. Malheureusement il est très difficile y compris pour l'URCAM d'analyser plus finement la qualité des ces données qui leur sont retournées

après avoir été consolidées et "rebaissées" au niveau national. La logique voudrait que ces données soient soumises à un contrôle de qualité conjointement par l'URCAM et la profession médicale. Condition nécessaire pour que ces données soient crédibles et deviennent éventuellement opposables. Sans système d'information fiable et transparent, il n'y aura pas de pilotage éclairé du système de soins. Et la seule façon de pouvoir gérer cette difficulté, c'est de régionaliser le système. Comme tout est piloté au niveau national, il faudra du temps pour parvenir à cette régionalisation...

Propos recueillis par
M.-F. Villard - journaliste

ÉTAT DE L'UNION : ENQUÊTE

L'avis des élus sur l'union



Après trois ans d'activité, il nous a semblé nécessaire de nous pencher sur l'impact qu'a eu l'Union auprès des médecins libéraux (cf "billet d'humeur" p.6) ; mais nous avons également mené l'enquête au sein même de l'Union afin de connaître l'avis des élus sur l'organisme auquel ils participent.

1/ Quelle est votre définition de l'Union ?
70% DES RÉPONSES INDIQUENT qu'il s'agit d'un organisme représentatif appelé "chambre professionnelle", "assemblée" ou "parlement régional" des médecins. Cette réponse montre que l'Union a gagné ses galons, qu'elle a affirmé sa position et que son

taux de représentativité –sa légitimité– est donc bien supérieur à tous les autres organismes médicaux.

2/ Quel devrait être son rôle ?

LES RÉPONSES sont beaucoup plus diversifiées : reflet du large champ des missions que la loi attribue aux Unions. Néanmoins, pour près de la moitié, l'Union doit gérer et organiser l'activité professionnelle –non pas sur le plan déontologique, ceci est le rôle du Conseil de l'Ordre– mais au niveau des pratiques professionnelles et de la profession. Un grand nombre d'élus (46%) pense que l'Union est un organisme qui doit représenter la profession auprès des organismes de tutelle et, notamment, dans les négociations régionales.

3/ Après trois ans d'activités, que pensez-vous de l'Union ?

LES RÉPONSES À CETTE QUESTION mettent en évidence la mise en route difficile de l'Union dans ces deux premières années –les clivages syndicaux ayant retardé l'élaboration du règlement intérieur et entravé le bon fonctionnement de l'Union. Néanmoins, une bonne partie des élus pense que, malgré les deux premières années difficiles, les com-

missions ont travaillé et que l'Union commence à produire des résultats.

Conclusions

NOUS SOUHAITONS que cette enquête soit une opération vérité sur le fonctionnement de l'Union car elle est, pour nous, la maison de tous les médecins. Au delà des difficultés inhérentes à la création de toute nouvelle structure. Il est nécessaire que l'Union trouve ses modes de fonctionnement, se fasse connaître. Nous pensons que les éléments sont en place pour produire des données au service de tous les médecins de la région.

NOUS ESPÉRONS AINSI RÉPONDRE aux vœux de la grande majorité des élus : **faire en sorte que l'Union soit une véritable chambre professionnelle au service des médecins. Ce type de structure a un potentiel de développement énorme.**

À nous de faire que ce développement soit à votre service et au service de la défense de notre profession.

Dr Jacques Caton
Commission Communication





RADIOLOGUES ET CHIRURGIENS ENDOVASCULAIRES VERS UNE CHARTE D'EXERCICE COMMUN...

L'ANGIOPLASTIE des lésions artérielles sténosantes a acquis ses lettres de noblesse, aussi bien au niveau des artères coronaires que des artères périphériques: artères des membres, troncs supra-aortiques et artères viscérales.

LES TECHNIQUES D'ARTÉRIOGRAPHIE diagnostique sont bien antérieures et ont permis aux Radiologues vasculaires de posséder d'emblée une avance technologique (matériel de radiologie numérisée, pratique du cathétérisme artériel).

LES CHIRURGIENS VASCULAIRES ont du se former aux gestes radiologiques pour ajouter l'angioplastie à la chirurgie dite conventionnelle, dans l'ensemble des traitements des maladies vasculaires. En effet, la formation chirurgicale passe par un long apprentissage puis par une expérience continue de la pathologie vasculaire. Un bloc opératoire moderne équipé d'un matériel numérisé d'artériographie est la structure existante sécurisante en attendant le développement de salles endo-

Plusieurs réunions depuis un an entre les représentants élus des radiologues et chirurgiens vasculaires ont permis d'élaborer un projet de charte d'exercice; les particularités de chaque centre doivent être conservées pour respecter les qualités de chaque praticien.

vasculaires répondant aux mêmes normes d'asepsie, sans parler de la radioprotection.

L'ANALYSE DE L'ACTIVITÉ ENDOVASCULAIRE des deux spécialités (1996 et 1997) montre un équilibre quantitatif parfait, avec quelques différences qualitatives; les Radiologues ont une activité individuelle supérieure par le simple fait d'un nombre plus faible d'intervenants (250 versus 500).

IL EST DONC APPARU NÉCESSAIRE pour les Sociétés et Syndicats respectifs d'établir une négociation de rapprochement dans de nouvelles structures de traitement de la

pathologie vasculaire où les spécialistes géreront ensemble les techniques endovasculaires dans l'intérêt des assurés sociaux. Plusieurs réunions entre les représentants élus des Sociétés et Syndicats respectifs ont eu lieu à Paris depuis un an; elles ont permis d'élaborer un projet de charte d'exercice ou l'expérience et les compétences regroupées devraient permettre de travailler ensemble, en tenant compte bien entendu des particularités propres à chaque centre, public ou privé, pour conserver les qualités de chacun.

Un tel consensus s'impose d'autant plus qu'une ère nouvelle arrive avec les démarches d'accréditation qui tiendront compte non seulement des structures, mais aussi des personnes.

Dr Bernard HABOZIT

*Chirurgien Vasculaire Qualifié - Secrétaire Général
du Syndicat de Chirurgie Vasculaire - Membre du
Directoire du Collège de Chirurgie Vasculaire*

BILLET D'HUMEUR



L'Union et les médecins

À TRAVERS LE BULLETIN, une enquête sur les Unions a été réalisée, dans laquelle nous demandions l'avis des médecins sur l'Union et les suggestions pour l'avenir. Le trop faible nombre de réponses est décevant. Les médecins libéraux ne lisent-ils pas le bulletin de l'Union?

CERTES, LES UNIONS, probablement nées prématurément, ont vu leur règlement intérieur

arraché aux forceps, cependant, elles travaillent. Souffrent-elles d'un manque de savoir-faire ou d'un manque de faire-savoir. Et comment faire savoir si peu de médecins lisent le bulletin?

Les Unions se veulent proches des besoins de chacun, mais rares sont ceux qui les expriment, comme si l'Union n'était qu'une institution de plus!

QUAND SERONT NOUS ASSEZ MATURES pour comprendre que les choses de la vie ne sont que ce que nous voulons bien nous donner la peine qu'elles soient.

Dr. Jean-Pierre Telmon

Commission Communication



L'ASSEMBLÉE

Assemblée générale du 10 juin 1998

Démissions

- Dominique CHARLES, remplacé par Jean-Marie GAGNEUR, Généraliste CSMF, Lescheraines, Savoie.
- Yvan BARBIER, remplacé par Jean-Pierre MICOLLE, généraliste CSMF, Chazay d'Azergues, Rhône.

1 - Approbation du procès-verbal du 4 février 98

2 - Mot du Président

Résumé synthétique d'une réunion d'un groupe de travail au Ministère sur l'avenir des Unions. L'évaluation des besoins et des pratiques est apparue comme l'une de leurs missions essentielles. Les Unions ont également un rôle à jouer en matière de Santé Publique pour que la profession soit en mesure de rester un des acteurs importants du monde de la Santé.

3 - Election du nouveau membre de la Commission de contrôle des Finances

- démission du Dr Gros - MG France
- candidat : Dr Rémi de La Héronnière - MG France

Résultat du vote:

50 voix pour
13 abstentions

Le Dr Rémi de La Héronnière est élu membre de la Commission de Contrôle des Finances.

4 - Charges de copropriétés : Réfections des façades et des fenêtres des locaux de l'Union

- Coût de ces travaux: 120 000 F

5 - Rapports de la Commission Examen des Projets

1 - PROJET DNID

• 1^{re} phase :

Détermination d'une méthodologie adaptée. Travail important de statistique, démographie et bibliographie avec mise au point de questionnaires.

• 2^{me} phase :

- mise en lumière des réseaux existants
- analyse des modalités de coordination des soins entre les différents partenaires de santé
- mise en lumière des variations de pratiques et coordinations selon des critères socio-géographiques
- comparaison entre les différentes situations et les référentiels généraux sur la prise en charge des diabétiques.

Montant total de cette étude : 424 052 F T.T.C. étalés sur deux exercices.

Vote : Pour : 42 dont 17 pouvoirs

Contre: 18 dont 9 pouvoirs

Abstentions: 3 dont 1 pouvoir

Le projet d'études sur la coordination des soins dans le suivi des diabétiques non-insulino-dépendants dans la région Rhône-Alpes est adopté.

2 - ENQUÊTE DE L'UNION SUR L'INDICE DE SATISFACTION DES HÔPITAUX PROPOSÉE PAR L'ARH

En partie financée par l'Union et réalisée en partenariat avec l'ARH .

Coût: environ 100 000 F

Durée : 1 mois

Des résultats de cette enquête, l'Union pourra tirer ses conclusions et proposer des recommandations éventuelles.

Il est demandé à l'Assemblée quatre candidats (2 médecins généralistes et 2 médecins spécialistes) pour poursuivre le travail après cette enquête et faire les propositions en conséquence des résultats.

Vote : Pour:43 dont 16 pouvoirs

Contre:17 dont 8 pouvoirs

Abstentions: 5 dont 2 pouvoirs

Le projet d'une enquête de l'Union sur l'indice de satisfaction des Hôpitaux en partenariat avec l'ARH et son budget sont adoptés.

3 - PROJET D'UN RECUEIL DE DONNÉES PAR VOIE INFORMATIQUE

Avec le groupe CEGEDIM, un accord pourrait être établi à partir des principes suivants:

Objet :

- a) Création d'un observatoire national des pratiques en médecine libérale
- b) Mise à disposition par le réseau Thalès-Héraclès des données nécessaires à l'accomplissement des missions des Unions, non commercialisables auprès des laboratoires pharmaceutiques.
- c) L'Union pourra obtenir de Thalès-Héraclès les informations nécessaires au contrôle de qualité des données de l'Observatoire.
- d) L'Union apportera la garantie professionnelle aux médecins de la région qui transmettent les données, que ces données ne seront pas utilisées contre eux.
- e) La CEGEDIM s'interdit d'exercer une influence directe dans le cadre de l'organisation des soins, en dehors d'un accord spécifique avec l'Union et l'Union s'interdit la communication à tout laboratoire pharmaceutique sans accord exprès de CEGEDIM des données fournies par Thalès-Héraclès.

En cas de sortie de l'Observatoire, le médecin adhérent reste propriétaire de ses données et pourra souscrire s'il le souhaite à une option payante de mise à jour des logiciels.

Vote, sur :

" Mandat est donné au Président pour la signature d'un protocole d'accord avec la société CEGEDIM "

Résultat du vote:

Pour: 33 dont 14 pouvoirs

Contre: 19 dont 8 pouvoirs

Abstentions: 7 dont 1 pouvoir

Mandat est donné au Président pour la signature d'un protocole d'accord avec la société CEGEDIM

Assemblée générale du 17 décembre 1998

Démission

Bernard Rouchouse, remplacé par Suzanne Groll-Maquenheim, Gynécologue CSMF, Alberville, Savoie.

1. Approbation du procès verbal du 10 juin 1998

2. Rapport de la commission de contrôle des finances

3. Rapport du commissaire au compte

4. Approbation du rapport de la commission de contrôle des finances et des comptes 1997-1998

Vote : pour : 68 dont 38 pouvoirs

contre : 29 dont 19 pouvoirs

Abstentions : 2

Le rapport de la commission de contrôle des finances et les comptes 1997-1998 sont approuvés.

5. Affectation des résultats

Le report à nouveau des réserves de chacune des sections pourrait éventuellement être ajouté à leur budget respectif 1998-1999.

Cette proposition est votée à l'unanimité sans voix contre, ni abstention.

6. Présentation des comptes prévisionnels 98-99

7. Approbation du budget prévisionnel 98-99

Vote : pour : 38 dont 8 pouvoirs

abstentions : 5 abstentions dont 5 pouvoirs

Le budget prévisionnel 98-99 est approuvé.

8. Pouvoir pour les formalités

Pouvoir est donné au Docteur Donzel pour les formalités d'enregistrement à l'unanimité moins une abstention.

9. Présentation des projets de l'union

Commission informatique

- Présentation du projet intranet grand-est (Alsace, Bourgogne, Franche-comté)
- Suivi et développement des actions de formation et d'initiation à l'informatique des médecins en collaboration avec les GRETA. A ce jour plus de 1000 médecins ont été formés.
- Mise en place d'un serveur web.

Pas de question diverse.

Vu l'heure tardive la séance est levée.

Vos élus en SAVOIE



BIANCHI J. DOMINIQUE
480 rue Hector Berlioz
73490 LA RAVOIRE
☎ 04 79 33 12 06



JEAN-PAUL DONZEL
38 Quai Roissard
73004 CHAMBERY-CEDEX
☎ 04 79 69 47 64



J. MARIE GAGNEUR
Maison Médicale
73340 LESCHERAINES
☎ 04 79 63 30 28



ROBERT GOTTELAND
Regular
73320 TIGNES
☎ 04 79 06 20 84



OLIVIER GOURMELEN
4 rue Favre
73000 CHAMBERY
☎ 04 79 85 11 36



BERNARD HABOZIT
15 Place de la Gare
73000 CHAMBERY
☎ 04 79 69 30 18



FRANÇOIS LACON
Les Jasmins
73410 ALBENS
☎ 04 79 54 18 81



JEAN-LUC VIGNOULLE
349 rue Bertillet
73000 CHAMBERY
☎ 04 79 72 47 46

Vos élus en HAUTE SAVOIE



PAUL BARBEDIEENNE
74570 THORENS GLIERES
☎ 04 50 22 43 00



ANNE MARIE CARTIER
84 rue de Genève
74240 GAILLARD
☎ 04 50 38 70 51



RÉMI DE LA HERONNIERE
Place de l'Eglise
74150 RUMILLY
☎ 04 50 01 37 44



J. JACQUES FILSNOEL
49 C rue de Romagny
74100 ANNEMASSE
☎ 04 50 37 21 02



PATRICK LEMETTRE
44 rue de la République
74330 EPAGNY
☎ 04 50 22 11 21



JACQUES MARTIN
84 rue du Loisin
74460 MARNAZ
☎ 04 50 96 19 60



BERNARD MULLER
1 Av. Jules Ferry
74105 ANNEMASSE
☎ 04 50 92 31 31



ALAIN PRIGENT
Cabinet Médical
74500 AMPHION LES BAINS
☎ 04 50 70 01 57



ETIENNE ROUEFF
5 Allée des Platanes
74940 ANNECY LE VIEUX
☎ 04 50 23 06 95



VOS ÉLUS TRAVAILLENT

Au cours du dernier semestre, les élus ont participé aux réunions suivantes...

3^{me} trimestre 98

- 3.08 - Réunion avec le Pr Ménard
(Directeur général de la santé)
Dr Grillet
- 3.09 - Réunion avec M. Vincendon
(Directeur adjoint de la CNAM)
Dr Grillet
- 9.09 - Conférence régionale de santé,
Dr Drevon
- 25 et 26.08 - Pilotage du SROS II
(Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Social)
Dr Grillet et Dr Caton.08
- 30.08 - Réunion avec L'URCAM
Dr Grillet et Dr Levrat
- 9.10 - Conférence régionale de santé
Dr Drevon
- 20.10 - Rencontre avec M. Raymond Barre
dans le cadre du SROS II
Drs Grillet, Caton (les 23/24)
- 23 et 24.10 - Pilotage du SROS II
Dr Grillet et Dr Caton
- 6.11 - Création de la commission
"Permanence des soins"

1^{er} trimestre 99

- 21.01 - Réunion avec M. Rombaud
(Pdt de la CRAM)
Dr Grillet
- 17.02 - Rencontre M. Dorme
(Dir. de l'URCAM)
Dr Grillet
- 17.02 - Réunion des 12 directeurs
des CPAM de la région
Dr Grillet

Bureau et A.G. de L'Union

- Bureau de l'Union : 2 oct, 6 nov, 20 nov, 15 jan, 2 mars
- Commission Coordination : 17 nov, 2 mars
- A.G. de l'Union : 17 dec

Le Dr Grillet à participé au bureau et au C.A. de l'ANAES

25 sept, 22 oct, 30 oct, 18 déc, 5 fév, 12 fév

Les commissions se sont réunies...

Informatique

les 16 sept, 7 oct, 27 oct, 4 nov, 26 nov,
15 jan, 20 jan, 5 mars
Drs Barbedienne, Berthet, Gourmelen, Grillet, Meldener,
Muller, Rougier, Terrien

Communication

19 oct, 6 nov, 20 nov, 2 déc
Drs Caton, Telmon, Mazoyer

Contrôle des finances

6 juil
Drs Barbedienne, Donzel, Perche, Puech

Projet Médical section spécialistes

7 oct, 25 nov
Drs Caton, Drevon, Dubor, Fayol

Démographie section spécialistes

30 sept, 9 dec, 13 jan
Drs Caton, Perche, Rouhier, Blanc, Chauplannaz,
Crambert

Permanence des soins

6 nov
Drs Berthet, Donzel, Gagneur, Granet, Grosclaude,
Grillet, Levrat, Rougier, Rouhier, Thizy



RÉFÉRENDUM SUR LE MÉDECIN RÉFÉRENT



La médecine libérale entre dans une période de turbulences et de modifications qui remettent en cause notre façon d'exercer la médecine.

L'UPML souhaiterait connaître l'opinion des 10.500 médecins généralistes et spécialistes de la région Rhône-Alpes concernant le médecin référent tel que défini par la convention signée par le syndicat M.G. France.

Merci de répondre aux deux questions au dos de cette fiche et de la retourner (gratuitement) à l'Union en utilisant l'enveloppe T prévue à cet effet.



OÙ PASSE VOTRE ARGENT ?



BUDGET 97-98

RECETTES

	prévisionnel	réalisé
Cotisations médecins	5 988 000	5 987 440
Subventions ANPE		42 000
Produits financiers	350 000	750 129
Loyer CRFMC	?	
TOTAL RECETTES	6 340 000	6 779 569

RÉSULTAT

	prévisionnel	réalisé
Recettes	6 340 000	6 779 569
Dépenses	5 220 000	4 845 138
RÉSULTAT	1 120 000	1 934 431

DÉPENSES

	prévisionnel	réalisé
Autres achats et charges ext.	1 600 000	2 047 359
Impôts et taxes (dont CRFMC)	1 250 000	305 228
Salaires	250 000	246 113
Charges sociales	100 000	85 055
Dotations aux amortissements	200 000	228 757
Redevances, brevets, licences	150 000	67 536
Frais financiers	130 000	101 478
Charges exceptionnelles		123 508
sous total	3 680 000	3 205 034
Remboursement capital emprunt	340 000	340 574
Investissements non financés par emprunt	100 000	137 170
Budget des sections	1 100 000	1 162 360
TOTAL DÉPENSES	5 220 000	4 845 138

PRÉVISIONNEL 98-99

RECETTES

	prévisionnel
Cotisations médecins	5 624 000
Produits financiers	350 000
TOTAL RECETTES	5 974 000

DÉPENSES

	prévisionnel
Autres achats et charges extérieures <i>(dont 3 à 4 réunions sections prises en charge par l'Union)</i>	2 000 000
Impôts et taxes <i>(dont 400 000 CRFMC)</i>	450 000
Salaires	300 000
Charges sociales	120 000
Dotations aux amortissements	250 000
Redevances, Brevets, Licences	100 000
Frais financiers	120 000
Charges exceptionnelles <i>(impôt sur les sociétés)</i>	50 000
sous total	3 390 000
Remboursement capital emprunts	355 000
Investissements non financés par emprunt	200 000
Budget des sections	895 000
30% des recettes = 1 792 000	
soustrait de la quote part des frais généraux	
30% de (3 390 000 - 400 000 *) = - 897 000	
* pour ce calcul est exclu des frais généraux la participation de l'Union au CRFMC	
TOTAL DÉPENSES	4 840 000

RÉSULTAT

	prévisionnel
Recettes	5 974 000
Dépenses	4 840 000
RÉSULTAT	1 134 000

ACTIONS À FINANCER SUR L'EXERCICE 98-99

	prévisionnel
Communication	500 000
Informatique (site internet et lettre d'information)	600 000
Permanence des soins (étude)	1 000 000
DNID (enquête)	250 000
Conseil juridique	100 000
TOTAL	2 450 000

→ pour financer ces actions

Il manque la somme de 1 316 000 (à prélever sur les réserves)