



UPML

Le Bulletin

N° 3 - Juin 97

SOMMAIRE

Éditorial

1 ÉDITORIAL

2/3 ACTUALITÉ

INTERVIEW 3 années d'activité, bilan :
le Dr Bancet interroge le président

ÉVALUATION une grille de lecture
pour les projets d'audit des pratiques
(G. Chauplannaz)

4/5 LES COMMISSIONS

RÉSULTATS D'ENQUÊTE

*Urgences à la neige (montagne et
médecins de stations) (R. Gotteland)*

CONCLUSIONS D'ENQUÊTES

*Faire parler les chiffres :
enquête dépendance (E. Olaya)*

6/7 COMMISSIONS & ÉLUS

LES MEMBRES DE L'ASSEMBLÉE

Élus de la Drôme et de l'Isère

LE SERVEUR : QUOI DE NEUF ?

*Votre adresse e-mail sur internet :
Connectez vous de toute urgence !
(B. Muller)*

RÉFLEXIONS SUR UNE CARRIÈRE

*DE MÉDECIN DE FAMILLE Bilan de
38 années de pratique (J. Bancet)*

8

OÙ PASSE VOTRE ARGENT ?

(J.P. Donzel & J.F. Mazoyer)

INITIATION À L'INFORMATIQUE *La solution
proposée par l'Union (O. Gourmelen)*

La formation médicale continue qui a toujours été un devoir éthique des médecins est devenue obligatoire...

■ Seul le budget de l'Union – donc vos cotisations – est mis à contribution de façon importante (1.044.700 F) pour le financement du dispositif régional.

■ Financier unique, l'Union sera un financer actif.

■ L'Union sera le garant régional pour les médecins libéraux d'une FMC de qualité, accessible, ouverte, équitable et indépendante, en partenariat avec tous ceux qui la rejoindront sur ces positions.

■ Elle sera également le garant pour les utilisateurs de cette FMC obligatoire que l'amélioration de la qualité des soins sera l'objectif très largement prioritaire par rapport aux

seules exigences économiques et administratives.

■ Votre Union s'engage d'autre part à veiller à ce que le "marché" que représente la Formation Médicale Continue Obligatoire reste financièrement sain, transparent.

La valeur du point de formation ne doit pas être une source de profits au détriment des enseignants que nous représentons.

■ Les professionnels libéraux doivent rester les maîtres d'œuvre de leur formation médicale continue en partenariat avec tous les opérateurs de FMC qui défendront ces mêmes principes éthiques.

■ La formation obligatoire, d'accord, mais avec des exigences et des règles simples, claires et nettes.

Dr Yves GRILLET
Président de L'UPML Rhône-Alpes

3 ANNÉES D'ACTIVITÉ : BILAN

Le Dr Bancet a senti le besoin de faire le point avec le président de l'Union Rhône-Alpes. L'UPML-RA en questions :

Jacques Bancet : Vous êtes président de l'UPML Rhône-Alpes. À l'occasion de ce 3ème bulletin et, comme cette assemblée existe depuis trois ans, je vous propose de faire le point sur ce qui a été fait en regard des rôles et des missions qui lui ont été confiés par la loi Teulade du 04-01-93.

1 Sa première mission est celle d'analyser et d'étudier le fonctionnement du système de santé, l'exercice libéral de la médecine, l'épidémiologie ainsi que l'évaluation des besoins médicaux. Où en est-on ?

Yves Grillet : Pour remplir cette mission, l'UPML-RA s'appuie sur le travail préparatoire fait en commissions. Ainsi pouvons nous citer ce qui a déjà été réalisé :

- enquête sur la prise en charge ambulatoire des personnes dépendantes et semi-dépendantes (Commission "Dépendance")
- enquête sur l'organisation de la réponse à l'urgence au cabinet médical (Commission "Urgences")
- traumatismes crâniens et collisions sur les pistes de ski (en collaboration avec la société des médecins de montagne).

Ces enquêtes et travaux ne sont pas un aboutissement mais, le point de départ d'une réflexion qui se poursuit.

En ce qui concerne les urgences ou les personnes dépendantes, ces réflexions débouchent sur des actions concrètes. Par exemple pour affirmer et faire reconnaître la place et la valeur ajoutée des médecins libéraux dans la mise en place de la prestation dépendance et la campagne d'information sur le bon usage du 15.

D'autres travaux sont en cours, dont vous serez régulièrement informés par le

serveur et le bulletin de l'UPMLRA.

Mais la tâche est immense, et nous manquons d'outils.

Ainsi devient-il urgent que nous soyons destinataire de l'information médicale comme le prévoit la loi.

Or, si le décret prévoyant le transfert aux caisses d'assurance maladie des données du codage des actes et des pathologies est paru, celui concernant la transmission aux Unions se fait attendre.

Cette exigence est fondamentale pour la profession, qui ne saurait en aucun cas se satisfaire de données fournies par les caisses d'assurance, données déjà plus ou moins interprétées. Nous continuerons au niveau régional et national à réclamer l'intégralité des données concernant notre activité.

Ce sera la seule façon de réaliser nos missions et de mettre en évidence la qualité de la production des soins de la médecine libérale dans son ensemble pour des coûts que nous pourrions comparer sans aucune crainte à ceux d'autres systèmes de production de soins, par exemple l'hôpital.

La valeur ajoutée du regard de la profession sur les données qu'elle produit elle-même est incontestable. Elle constituera une information autrement plus riche et positive que la seule utilisation de ces données par les caisses dans un but contentieux.

L'enjeu de cette bataille de l'Union pour l'accession à l'information médicale est de taille pour les médecins libéraux, car de cette information objective pourrait dépendre, à terme, l'allocation de ressources à la médecine libérale.

2 J.-B. : Elle a aussi le rôle d'évaluer les comportements et les pratiques professionnelles en vue d'améliorer la qualité des soins. Avez-vous pu avancer sur ce terrain ?

Yves Grillet : L'amélioration de la qualité des soins est un des nos devoirs éthiques et l'évaluation constitue une des missions fondamentales de l'Union. Il s'agit donc d'évaluer dans le but de valoriser l'apport de la médecine libérale au système de soin – non dans un but négatif ou de contentieux. L'évaluation permettra aussi de mieux cerner la demande de soins, et donc de mieux adapter l'offre à cette demande. Elle doit permettre une analyse de la production des soins, surtout axée sur la qualité

de cette offre et également la comparaison des systèmes de prise en charge en termes économiques. Ceci est particulièrement intéressant pour mesurer le réel impact des filières et réseaux en terme économique, tout en accordant une attention au moins équivalente à la qualité des soins.

Mais, pour remplir ce rôle, l'Union doit pouvoir disposer de données, ce qui n'est pas le cas actuellement puisque, encore une fois, le décret prévoyant le transfert de ces données aux Unions n'est pas paru.

En attendant les données, et compte-tenu de l'importance de ce sujet, sur la demande de l'Union, une grille de lecture méthodologique de projets d'audits des pratiques a été conçue par l'ANDEM.

On peut d'ailleurs s'étonner qu'une telle grille n'existe pas déjà, et que ce soit la profession qui en soit le promoteur.

Les termes peuvent paraître ésotériques ou technocratiques, mais l'UPML-RA fait ainsi la démonstration que la profession est capable de prendre en charge son évaluation selon les critères méthodologiques les plus sérieux (validés par l'ANDEM), qu'elle est prête à assumer cette responsabilité, et qu'elle n'entend pas abandonner cette évaluation à d'autres dont les critères méthodologiques pourraient être beaucoup plus discutables, par exemple au service d'une seule logique comptable.

3 La loi Teulade recommande d'agir dans les domaines de l'organisation et de la régulation du système de santé. Est-ce que la DRASS et la CRAM vous consultent ?

Yves Grillet : Comme en matière d'évaluation, l'UPML-RA, et à travers elle la profession, est prête à assumer ses responsabilités dans le domaine de l'organisation et de la régulation du système de santé. Mais il est clair que l'arrivée de ce nouveau partenaire responsable, dérange certaines habitudes.

A cet égard, il est significatif de constater que les ordonnances ont prévu la création d'une agence régionale de l'hospitalisation, la création d'une Union Régionale des Caisses Régionales d'Assurance Maladie. Les décrets fixent les relations entre ces deux structures, mais n'ont pas prévu de modalités de rencontres entre ces instances et l'Union régionale.

Suite page 4

POUR ÉVALUER LES PROJETS D'AUDIT DES PRATIQUES : UNE GRILLE DE LECTURE...

Élaborée par le groupe régional de Lyon de l'ANDEM, à la demande de l'Union, la grille de lecture lui a été présentée le 29 janvier 1997. Description...

Les Docteurs SENEZ, DUPASQUIER et SOUWEINE ont présenté aux Commissions Évaluation, Santé Publique et Étude des Projets, la grille de lecture méthodologique d'un projet d'audit de pratiques, élaborée à la demande de l'Union par le groupe régional de Lyon de l'ANDEM composé de médecins généralistes libéraux.

Cette grille a été validée par le Conseil Scientifique de l'ANDEM. Elle comporte sept chapitres avec pour chacun d'entre eux des points obligatoires et des points facultatifs.

1 Le premier chapitre, essentiel, concerne les thèmes et buts de l'audit. L'ANDEM définit l'audit médical comme une "méthode d'évaluation qui permet, à l'aide de critères déterminés, de comparer la pratique du médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des pratiques et des soins délivrés aux patients".

Il faut donc s'assurer que le projet corresponde à une évaluation de pratique professionnelle avec comparaison aux données d'un référentiel, excluant donc les enquêtes de pratique ou les recherches épidémiologiques.

2 Le second chapitre concerne la méthodologie d'élaboration et le processus d'adoption du référentiel, document décrivant les bonnes pratiques cliniques. Ces deux étapes doivent être transparentes.

La définition des critères, données que l'audit se propose de recueillir, et des standards, objectifs à atteindre pour définir une bonne pratique, doit être claire et explicite.

3 Le troisième chapitre concerne la description du promoteur de l'étude et du groupe de pilotage. Tout conflit d'intérêt éventuel doit être déclaré. Le projet de financement doit être clair et détaillé.

4 & 5 Les quatrième et cinquième chapitres ont trait au recueil des données et à leur traitement. Il doit être prévu deux recueils de données, le second visant à évaluer les modifications de pratique. Une formation doit être prévue après le premier recueil de même que la diffusion finale des résultats et des commentaires.

AUDIT MÉDICAL

Méthode d'évaluation qui permet à l'aide de critères déterminés de comparer la pratique du médecin à des références admises, pour améliorer la qualité des pratiques et des soins délivrés aux patients

6 Le sixième chapitre traite des modalités de l'amélioration des pratiques : organisation d'une formation après le premier recueil de données et diffusion des résultats.

7 Enfin le dernier chapitre concerne les suites de l'audit.

Cette grille très rigoureuse, pour laquelle les membres du groupe régional de Lyon de l'ANDEM doivent être félicités, sera diffusée à tous ceux qui souhaitent demander un financement de l'Union pour un projet d'audit.

Elle doit permettre de juger, et éventuellement de classer, les projets de manière transparente et objective.

Dr. G. Chauplannaz

Évaluation, Dépistage, Prévention, Santé publique

Dr E. Roueff : Examen des projets

La formation continue

Forums

Les petites annonces

Agenda

Quoi de neuf docteur ?

QUOI DE NEUF DOCTEUR

le serveur de l'Union met à votre disposition les résultats de ses recherches, des annuaires, les textes officiels et également des logiciels à télécharger. Profitez-en

CONNECTEZ VOUS !

(voir page 6)

Le centre de documentation

- Travaux de l'Union : résultats des enquêtes 96 et 97
- Formation continue
- FMC Rhône-Alpes : liste des associations
- Annuaire avec plus de 300 adresses classées par département.
- Syndicats médicaux Rhône-Alpes..
- Logiciels à télécharger (Pc et Mac)

La bibliothèque

- le gène de l'hémochromatose
- le rapport CNIL 95
- une documentation sur le maintien à domicile
- Les textes officiels

Suite de la page 2 En cas de régionalisation des enveloppes, il faudra pourtant bien prévoir ces modalités, sauf à laisser les seules caisses d'assurances décider de tout pour la médecine libérale.

Au-delà des textes réglementaires nationaux, il y a les hommes et la réalité quotidienne ? En Rhône-Alpes, grâce aux hommes, nous entrons progressivement dans le cercle étroit des instances régionales consultées régulièrement pour tout ce qui concerne l'organisation des systèmes de soins, cercle d'où la médecine libérale était jusqu'à présent absente. Les rapports avec la Drass sont fréquents. Les rencontres avec le médecin inspecteur régional, le Dr Lopez ont souvent permis de faire valoir le point de vue de l'Union. On n'hésite plus à solliciter son avis. Ainsi, elle a progressivement intégré un certain nombre d'instances (comité de suivi du SROS,

conférences sanitaires de secteur, comités techniques régionaux d'application du SROS, conférence régionale de santé etc.). Les rencontres avec le Dr Mabriez, médecin Conseil Régional, sont également fréquentes. Quant au nouveau directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, Mr Michel Pelissier, nous avons convenu de rencontres régulières. Sans parler des déplacements fréquents au ministère.



J.-B. : Enfin, sa dernière responsabilité : l'information et la formation des médecins et des usagers. On rejoint ici la participation des UPML à la FMC obligatoire ?

Yves Grillet : L'information des médecins se fait par ce bulletin et par le serveur de l'Union – malheureusement sous utilisé y compris par ceux qui déplorent un manque de communication de l'Union.

Il est vrai que des progrès restent à faire pour mieux faire connaître notre rôle, et nos actions auprès des médecins de la région. Quant à la formation des médecins qui est devenue obligatoire, l'Union va y jouer prochainement un rôle majeur. Nous en reparlerons certainement...

Enfin, il n'est pas inutile de rappeler que l'Union a élaboré avec les GRETA et les DAFCO de la région un module de formation à l'informatique pour les associations et les médecins qui le souhaitent.

Par ces quelques exemples, vous le voyez, l'Union Rhône-Alpes et ses élus, qui font preuve d'un dynamisme certain, méritent d'être mieux connus des médecins libéraux de la région dont elle est l'émanation.

Interview réalisée par le Dr J. Bancet
Commission Communication

COMMISSION URGENCES

URGENCES "À LA NEIGE"

L'UPML-RA a présenté les résultats d'une enquête épidémiologique de l'association "Médecins de Montagne" (médecins des stations de sports d'hiver).

Les chiffres rapportés dans la pratique du ski et du snow-board, concernaient l'ensemble des stations des massifs montagneux français ; la région Rhône-Alpes compte pour 80% de ces chiffres.

Les conclusions sont les suivantes :



INCIDENCE DU RISQUE

- l'incidence du risque à ski est évaluée à 2,5 blessés pour 1000 skieurs par jour, taux vérifié sur plusieurs années et remarquablement stable depuis une dizaine d'années ;
- la mortalité du ski en France, déterminée à partir d'une étude effectuée dans 14 stations est de 0,7 morts pour 1 million de skieurs par jour (pistes balisées) ;
- le risque relatif du ski alpin, établi sur deux années consécutives (saison 93/94 et 94/95), est constant et chiffré à 0,9 ;
- l'évaluation du risque relatif au surf, dans les mêmes conditions, fait ressortir un sur-risque par rapport au ski, celui-ci est évalué à 1,2 ; il est statistiquement significatif.

L'interview des pratiquants pour expliquer ce sur-risque (niveau de pratique, type de matériel, âge et sexe) fait émerger un seul facteur : le niveau de pratique, le débutant en surf est la victime.



LES COLLISIONS

Le risque de collisions, surtout celui entre les usagers des pistes de ski, a été le moteur d'une campagne de prévention interministérielle.

• • •

LES MARQUEURS TRAUMATIQUES		
GENOUX	AUTRES LÉSIONS	LÉSIONS POTENTIELLEMENT DANGEREUSES
SKI ALPIN ADULTE		
38% des cas dont lésion du pivot central = 15% • entorses du genou, lésions les plus fréquentes du ski alpin • très nette prédominance des entorses graves du genou (avec pivot central) • les femmes présentent un risque supérieur aux hommes		le crâne, le rachis, le thorax, l'abdomen, le bassin : 16% • elles peuvent être cause de mortalité • heureusement, la plupart sont bénignes (traumatisme thoracique ou TC simple)
SKI ALPIN ENFANT		
26% dont lésion du pivot central < 2% • la jambe semble protéger le genou avant 10 ans	fractures de jambe • importantes par rapport à l'adulte	20% • fréquence, notamment celle des TC plus élevée chez l'enfant par rapport à l'adulte (risque de collision plus élevé chez l'enfant)
SURF ADULTE		
12% • entorses du genou plus rares qu'en ski et beaucoup moins graves	16% de fractures du poignet et des avant-bras	22% • un peu plus élevé que le ski mais statistiquement non significatif
SURF ENFANT		
Globalement, les lésions potentiellement dangereuses ne sont pas plus fréquentes en surf qu'en ski alpin	52% de fractures du poignet et des avant-bras • accident des jeunes et des débutants (moins de 8 jours)	12%

FAIRE PARLER LES CHIFFRES

La commissions "dépendance à domicile" a publié dans le numéro précédent, les résultats chiffrés des enquêtes. En voici les conclusions.

CONCLUSION ENQUÊTE DÉPENDANCE À DOMICILE

Malgré ses imperfections, le questionnaire avait pour ambition de souligner les difficultés ressenties par les médecins de tous modes d'exercice libéral dans la prise en charge des patients dépendants, tant en matière de relations entre professionnels de santé ou avec les structures de soins, qu'en matière sociale.

Le premier motif de satisfaction est la forte participation des médecins. Ceci traduit d'abord la reconnaissance de l'Union au sein de la profession malgré sa récente création. C'est aussi la confirma-

tion de l'intérêt que les médecins portent au thème de la prise en charge de la dépendance. Il est significatif qu'autant de généralistes que de spécialistes aient participé à cette étude.

Notre ambition est, à partir des informations données par cette étude purement régionale :

- d'informer les structures de formation initiale et continue des besoins qui apparaîtraient.
- de s'appuyer sur ces données tirées d'une étude régionale mise en place par la profession elle même, pour prendre contact avec les structures politiques et sociales

régionales concernées par les problèmes de dépendance. Certaines de ces structures sont fortement engagées dans des actions depuis quelques années.

Il nous semble essentiel que la profession puisse disposer de ses propres références pour continuer à rechercher dans l'avenir, les solutions aux difficultés rencontrées, avec ses partenaires économiques et sociaux.

Pour les résultats détaillés de l'enquête : le n°2 du Bulletin de l'Union ou le serveur de l'Union "Quoi de neuf".

Dr É. Olaya • Commission Dépendance

• • • L'étude concerne les collisions sur trois saisons consécutives : 93-94, 94-95 et 95-96. Les collisions qui nous intéressent sont celles qui ont lieu entre usagers des pistes, pratiquant le ski ou le surf. Les autres sont plus anecdotiques : collisions contre obstacle (arbre, engin motorisé...). Au début de l'étude (93-94), on pouvait affirmer que 10% des blessés du ski étaient victimes de collisions.

• Blessés par collisions en ski alpin
• 90% sont heurtés par un skieur.
• 10% sont heurtés par un surfeur.
10% est le taux de surfeurs comptés en bas des remontées. Il n'y a donc pas de risque plus élevé de collision de la part des surfeurs.

• Blessés par collisions en surf
• 50% sont heurtés par un skieur.
• 50% sont heurtés par un surfeur.
Ceci est explicable par le fait que les surfeurs ont tendance à se regrouper, et glissent sur les mêmes "terrains de jeu" : les snow-parks.

Le pourcentage de collisions en surf est significativement moins élevé qu'en ski et relativement constant sur les trois saisons observées.



COLLISIONS ET ÂGE DES BLESSÉS

Quand on prend en compte l'âge des victimes (enfants de moins de 10 ans, adolescents, adultes jeunes, adultes et

vétérans), on s'aperçoit que les collisions sont considérablement plus élevées chez l'enfant de moins de 10 ans.

Elles représentent 21% des accidents dans cette tranche d'âge. Parmi ces collisions, le pourcentage de lésions dangereuses, dont le TC est le marqueur principal, est très élevé chez l'enfant.

Les TC représentent 54% avant 10 ans. Les vétérans paraissent également plus exposés aux collisions (15%), mais ceci n'est pas significatif en raison du nombre insuffisant de cas cliniques.

Le pourcentage actuel des collisions rapporté au total des blessés est de 8% actuellement.

On peut conclure que la tendance des collisions est à la baisse de manière significative, pour 4 des tranches d'âge observées (les vétérans ne sont pas pris en compte car leur nombre n'est pas significatif).



LES TRAUMATISMES CRÂNIENS

Comme nous l'avons vu, les collisions et les traumatismes crâniens sont plus fréquents chez l'enfant.

Nous avons étudié l'évolution des TC chez l'enfant de moins de 16 ans de 92 à 96.

Les constatations sont les suivantes :

- dans la pratique du surf, le nombre de cas cliniques étant faible, il n'y pas eu de déduction possible,
- en ski alpin, le taux de TC en 92 et 93 est de 5%. Ce taux a chuté à 3,44% en 94, puis 2,75% en 95.

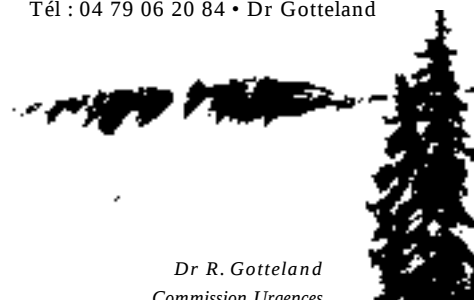
Cette baisse très significative, constatée sur des effectifs importants, a fait suite à la campagne "skiezs casqués", mise en place pour la saison 93-94.



CONCLUSIONS

Cette étude par des médecins généralistes met en valeur un objectif majeur : L'épidémiologie au service de la prévention.

Les éléments détaillés de ces travaux seront diffusés sous forme de plaquette. Contactez la Commission Urgence : Tél : 04 79 06 20 84 • Dr Gotteland



Dr R. Gotteland
Commission Urgences

LES ÉLUS DE LA DRÔME



Dr JEAN CRAMBERT
ch. des Martins
26000 Valence
☎ 04 75 55 46 57



Dr YVES GRILLET
PRÉSIDENT
44, rue Amblard
26000 Valence
☎ 04 75 79 55 55



Dr BERNARD INGNOLI
84, rue Faventines
26000 Valence
☎ 04 75 43 42 31



Dr PIERRE COSTE
Route de l'Étoile
26800 Montoisson
☎ 04 75 84 87 76



Dr DOMINIQUE ROUHIER
17, rue des B. Crozettes
26000 Valence
☎ 04 74 65 66 66



Dr CLAUDE LEICHER
PDT SECTION GÉNÉRALISTE
1, ch de l'Arzailler
26800 Étoile
☎ 04 75 60 74 01



Dr ETIENNE PARÉ
118 rue des Faventines
26000 Valence
☎ 04 75 55 79 28



Dr JEAN-MICHEL PORTE
Grandes Épines Bénites
26210 St Sorlin en Valloir
☎ 04 75 31 78 68

LES ÉLUS DE L'ISÈRE



Dr JEAN-MICHEL ALLOOUCH
40, rue Léon Jouhaux
38100 Grenoble
☎ 04 76 42 09 56



Dr PIERRE BERTHET
SECRÉTAIRE-ADJOINT
18 av. Alsace Lorraine
38000 Grenoble
☎ 04 76 47 04 03



Dr PASCAL BONNET
rue de l'extrez
38110 Cessieu
☎ 04 74 33 47 97



Dr FRANÇOIS CARNIAUX
75, av de Constantine
38100 Grenoble
☎ 04 76 33 07 31



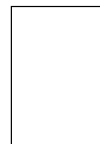
Dr ANDRÉ CHAPIUS
30 Bd de la République
38200 Vienne
☎ 04 74 85 65 97



Dr PHILIPPE DEGRYSE
49, rue de l'Isle
38340 Voreppe
☎ 04 76 50 13 13



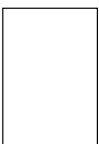
Dr LIONEL DENTANT
2, rue Casimir Périer
38000 Grenoble
☎ 04 76 87 40 04



Dr OLIVIER GALLAND
34 rue Thiers
38000 Grenoble
☎ 04 76 87 27 12



Dr GÉRARD GROSCLAUDE
Ch des Lauriers
38700 La Tronche
☎ 04 76 96 21 38



Dr GEORGES MAGNIER
rue du Grand Som
38380 Entre Deux Giers
☎ 04 76 66 07 59



Dr BERNARD ROUGIER
SECRÉTAIRE DE L'UNION
22 av de la Gare
38210 Tullins
☎ 04 76 07 00 56

Depuis la parution de la liste des élus dans le n°1 (juin 96), quelques changements sont intervenus :

- le Dr Guy François Nava ne fait plus partie des élus,
- il a été remplacé par le Dr Lionel Dentant

Quoi de neuf docteur ? Le serveur de l'union



informations



forums de discussion



agenda

FMC

logiciels à télécharger



c'est aussi... une adresse électronique sur INTERNET (e-mail) gratuite permettant d'envoyer et de recevoir du courrier dans le monde entier, sans abonnement et pour le prix d'une communication locale

c'est bientôt... UN SITE WEB ACCESSIBLE DIRECTEMENT PAR INTERNET

et c'est toujours... LE MINITEL : 3614 CODE UPMRA
Mac et PC : 08 36 01 14 14 code UPMRA*SIAM (logiciel Siam gratuit)

Connectez-vous de toute urgence !

Inscription, logiciel, et code d'accès fournis gratuitement sur simple demande au Secrétariat de l'Union :

UPML-RA : Mme Anne-Marie Louvet
20 rue Barrier 69006 Lyon
tél : 04 72 74 02 75
fax : 04 72 74 00 23

Dr Bernard Muller
Commission informatique
e-mail : mullerbe@upmra@cal.fr

Agenda

tel à l'Union par connexion Serveur

RÉFLEXIONS SUR UNE CARRIÈRE DE MÉDECIN DE FAMILLE

Médecin généraliste depuis 38 ans, le Dr Jacques Bancet dresse le bilan de ses années de pratique.

Lorsque je m'installais fin 1959, il n'y avait pas d'IEC, de B.B., d'Anti H2, ni d'IPP : on utilisait Serpentina Rauwolfia et le Bismuth.

On soignait des primo-infections, des Toxicoses, des R.A.A., mais on ne connaissait pas Kawasaki, ni le Sida.

Les endoscopies, les échographies (autres que cérébrales), le scanner, l'IRM n'étaient pas nés.

La TSH ultrasensible, pas plus que le PSA, ne nous aidait. On se débrouillait avec le métabolisme de base, le réflexogramme achilléen...

Les fractures du col du fémur mourraient toutes, au bout d'un mois ou deux, de "complications de décubitus".

Ce fut là, bien sûr, une évolution, un bouleversement technique, mais auxquels on s'adapta en général très bien, la FMC aidant. L'informatique restant le morceau le moins digeste.

Mais sont-ce là les seules modifications, voire même seulement les plus importantes qu'a connues mon métier au cours de ces 38 ans ?

Je n'en suis pas certain car les évolutions du mode d'exercice et de la position sociale du médecin généraliste me paraissent tout aussi considérables et parfois radicales.

Entre 1960 et 1970, dans l'organisation du système de santé, le M.G. était le premier recours, mais aussi le passage obligé pour la consultation spécialisée ou pour l'hospitalisation, recours de 2^{me} degré : le M.G. était la plaque tournante, le pivot de la santé de toute la famille.

J'ai vu la montée progressive de ces consultations de spécialistes en première intention favorisée par "l'information" du public, par les augmentations de la mobilité et du niveau de vie et par un sentiment d'affranchissement du patient.

J'ai vu l'extension continue du nombre des "compétences spécifiques" bardées de science et d'instruments visant à ne laisser au généraliste qu'un vague interstium : les plages encore libres de "Techniques propres"... et bien entendu les plages horaires après 18 heures.

En réaction à ces infidélités, et à ces empiètements, beaucoup de généralistes ne se sont plus sentis concernés par la continuité des soins, ni habités par le sen-

d'être relevés dirait-on, alors que l'Internat d'aujourd'hui ne "sélectionne" plus que 50% des étudiants tandis qu'en fin des années 50, il sélectionnait 10%



timent de devoir, assurer avec les gardes un véritable service public. En abandonnant ces servitudes, on perdait de la grandeur. Mais je dois dire que les toutes jeunes générations de généralistes me semblent renouer, dans la rigueur, avec ces principes.

Bien entendu, au cours de cette période la situation matérielle du médecin s'est régulièrement dégradée, tant sur le plan économique (mais nous ne sommes pas les seuls dans cette époque de crise qui s'éternise depuis 1974) que sur le plan du libéralisme, et là, c'est plus grave car probablement irréversible : que nous reste-t-il de délibéré : nos tarifs conventionnels ? nos prescriptions encadrées par les R.M.O. ? notre niveau d'activité limité par les taux directeurs ?

Enfin, j'ai pu voir évoluer la formation des étudiants en Médecine. Pour la M.G. le premier méchant coup porté me paraît avoir été la suppression du concours de l'Externat à la fin des années 70. Quelle bonne préparation, quelle bonne école ont alors disparu ! Et puis les facultés se sont exclusivement tournées vers les concours de l'Internat de C.H.U., seuls défis dignes

d'une promotion et l'Externat 25%.

Il est évident que dans cette course pour un titre dévalorisé et face à l'actuelle pléthore de spécialistes, la formation du généraliste a été bien délaissée.

On constate d'incroyables carences dans le III^e cycle, les bons médecins généralistes doivent de l'être essentiellement à leur vocation, à leur détermination et à leur déontologie.

Heureusement, ici comme ailleurs, le principe du balancier fonctionne et je vois que dans la crise d'aujourd'hui se dégagent de bonnes réactions de nos jeunes confrères. De toute façon, les sociétés ont les médecins qu'elles méritent et qu'elles veulent se donner.

Pour moi, une chose est sûre : je sais dès maintenant que, quelles que soient les occupations (nombreuses et intéressantes) qui m'attendent pour ma retraite, je garderai toujours la peine de ne plus exercer un métier qu'on ne choisit pas par hasard et qui, malgré ses contraintes, ses déceptions, ses amertumes et les vicissitudes de notre temps, reste le plus beau.

Dr J. BANCET • Commission Communication

PROJET DE BUDGET	LES CONTRAINTES FINANCIERES REGLEMENTAIRES
I - RECETTES - Cotisations Médecins 5.500.000 F - Produits financiers 130.000 F Total 5.630.000 F	I - FINANCEMENT DU CRFMC Conseil Régional de Formation Médicale Continue Un arrêté du Ministère fixe la contribution annuelle de l'Union Rhône-Alpes à 1.044.700 F. Le montant de cette contribution pourra être réajusté en cours d'année au vu de tout document budgétaire et comptable permettant de déterminer le besoin de financement.
II - DEPENSES - Cotisations marchandises 1.500.000 F matériel (y compris indemnités et réunions) - Impôts, taxes, salaires, charges sociales 370.000 F - Charges financières 130.000 F Total 2.000.000 F	II - Diffusion par l'Union des recommandations de bonnes pratiques définies par l'ANAES
III - AMORTISSEMENTS 300.000 F	III - Etude annuelle fournie au CRFMC concernant "l'impact des actions de FMC sur l'évolution des pratiques professionnelles"
IV - RESULTAT 3.330.000 F	IV - Le décret N° 97-316 du 8 avril 1997 indique que les sections (généralistes-spécialistes) disposent d'un budget déterminé par l'Assemblée Générale de l'Union compris entre 15 et 25 % du budget annuel de l'Union. Une prochaine Assemblée Générale de l'Union devra définir : - ce pourcentage et son champ d'application, - les responsabilités budgétaires de l'Union, des Sections, des Commissions.
V - ACQUISITIONS - ACTIONS (après remboursement capital emprunt) disponible 3 000 000 F	Alors, une Union ? Deux Unions ? Désunion ? <i>Dr J-P Donzel • Trésorier de l'Union</i> <i>Dr J-F Mazoyer • Commission Contrôle des finances</i>



DISPONIBLE
DEPUIS AVRIL 97



EN BREF



EN BREF



EN BREF



INITIATION À L'INFORMATIQUE : La solution proposée par l'Union Professionnelle

L'informatisation des cabinets médicaux doit être progressive, toutes les fonctions de l'outil informatique ne peuvent s'apprendre en même temps, il faut s'y préparer dès maintenant pour digérer progressivement chaque étape.

L'UPML a mis au point avec les G.R.E.T.A. (groupement d'établissement de l'enseignement public destiné à la formation continue des adultes) un module d'initiation à l'informatique. Ce module répond à un cahier des charges élaboré en commun qui garanti la qualité de l'enseignement, et les moyens techniques mis à disposition des médecins (un ordinateur par médecin).

Modalités pratiques :

Nous appartenons pratiquement tous à une association quelle qu'elle soit ; il faut demander au responsable de celle-ci de contacter les D.A.F.C.O (organisme du rectorat de chaque académie qui coordonne les G.R.E.T.A.) pour obtenir sur simple demande le cahier des charges, le programme, et le répertoire des sites de formation :

D.A.F.C.O. de Lyon :
Catherine BARBATO : 04 72 19 80 14
D.A.F.C.O. de Grenoble :
Annie BARDIN : 04 76 23 42 34

La recherche du financement qui revient à 1680 Fr par médecin (si groupes de 10) pour les 24 heures de formation (six modules de 4 heures) est à la charge de

l'association, mais une demande individuelle auprès du FAF-PM (01 49 70 85 40) peut être faite (prise en charge au maximum de 1000 Frs par médecin et par an).

Pour tout renseignement n'hésitez pas à contacter le secrétariat de l'UPML :
04 72 74 02 75

Dr O. GOURMELEN
Commission Informatique
e-mail : olivier.gourmelen@wanadoo.fr

L'abondance de articles reçus pour cette édition ne nous a pas permis d'en publier la totalité.

Nous demandons donc à nos confrères de nous excuser – particulièrement les Dr J. Caton, Cl. Leicher et B. Rougier : le fruit de leur travail ne figure pas au sommaire de ce numéro. Nous en sommes désolés.

La rédaction

UPML Le Bulletin

PARUTION SEMESTRIELLE DE
L'UNION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS
EXERÇANT À TITRE LIBÉRAL
dans la région Rhône-Alpes

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION
Dr Yves GRILLET

RÉDACTEURS EN CHEF
Dr Jacques CATON, Dr Jacques BANCET
Dr Jean-François MAZOYER

ISSN 1280-9268

SIÈGE SOCIAL
UPML : 20, rue Barrier 69006 Lyon
Tél 04 72 74 02 75 - Fax 04 72 74 00 23