

Synthèse du 10^{ème} anniversaire des Unions Régionales des Médecins Libéraux



16 octobre 2004 - Lyon



*Une synthèse de
l'Union Régionale des Médecins Libéraux Rhône-Alpes*

SYNTHÈSE
du
10^{ème} ANNIVERSAIRE
DES UNIONS RÉGIONALES DES MÉDECINS
LIBÉRAUX



LYON

16 octobre 2004



SOMMAIRE

<i>I – Accueil par Jacques CATON et Pierre MONOD</i>	<i>p 7</i>
<i>II – Intervention de Philippe DOUSTE-BLAZY</i>	<i>p 9</i>
<i>III – Table ronde : un peu d'histoire... les origines des Unions.</i>	<i>p 11</i>
<i>IV – Table ronde : les Unions régionales des médecins libéraux vues de l'extérieur.</i>	<i>p 13</i>
<i>V – Intervention de monsieur Xavier BERTRAND</i>	<i>p 16</i>
<i>VI – Atelier 1 – démarche qualité – évaluation des pratiques professionnelles.</i>	<i>p 17</i>
<i>VII – Atelier 2 – conditions de travail : permanence des soins/maisons médicales de garde, démographie – organisation du travail</i>	<i>p 19</i>
<i>VIII– Atelier 3 – systèmes d'information : dossier médical partagé – transmission des données.</i>	<i>p 21</i>
<i>IX – Table ronde : quel avenir pour les Unions ?</i>	<i>p 22</i>
<i>X – Clôture de la journée</i>	<i>p 26</i>

La séance est ouverte à 9 heures 55.

MOT D'ACCUEIL

Monsieur CATON, PRÉSIDENT DE L'URML RA, ouvre la séance en remerciant pour leur présence, au nom des 80 élus de la Région Rhône-Alpes et des 11 000 médecins rhônalpins, Messieurs les Ministres, Monsieur le Préfet de Région, Monsieur le Président de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, Monsieur le Directeur de l'UNCAM, Messieurs les Directeurs d'ARH, les Présidents d'Unions et ses confrères.



Jacques CATON, Président de l'URML RA

Histoire lyonnaise et actualité politique

Le Dr CATON rappelle le riche passé médical et universitaire de Lyon, de François RABELAIS à Léopold OLLIER.

ACCUEIL DES PARTICIPANTS

Pierre MONOD, PRÉSIDENT DE LA CONFÉRENCE NATIONALE DES PRÉSIDENTS D'UNIONS, remercie également Ministres, Sénateurs, Députés, organisateurs et participants de leur présence à cette fête, ainsi que Monsieur VAN ROEKEGHEM, nouveau directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Il cite les excusés : " Madame Simone VEIL et Monsieur René TEULADE nous ont adressé des messages de soutien qui nous touchent. Alain COULOMB, retenu par le séminaire de réflexion sur le Dossier Médical Personnel et Philippe BOUTIN, Président de l'URML Poitou-Charentes. "

Exigence de qualité

Pierre MONOD rend hommage à tous les élus qui depuis 10 ans s'investissent pour faire avancer la



Pierre MONOD, Président de la Conférence Nationale des Présidents d'Unions

profession, en prenant du temps sur leur vie professionnelle et familiale. " Notre ambition est que chaque médecin se retrouve dans nos travaux et que chacun de nos travaux rende service à la médecine libérale, mais surtout à nos patients. Dans cet esprit, nous voulons porter la profession vers l'exigence de qualité, mission que nous avons reçue de nos syndicats. " Il cite et approuve le portrait du médecin idéal décrit par le Ministre de la Santé : **"Mon médecin idéal, c'est celui qui aime son métier, celui qui est prêt à tout faire pour valoriser sa place dans la société, celui qui a du bon sens, c'est-à-dire qu'il sait tirer les leçons nécessaires chaque fois qu'il s'est trompé, et cela est vrai en médecine comme en politique. Et puis, le médecin idéal, c'est aussi celui qui a un peu plus d'intuition qu'un autre et qui aime les autres, même loin des micros et des caméras."**

L'EPP en perspective

" L'évaluation des pratiques professionnelles est un de nos grands chantiers. Du décret de décembre 1999, sans conteste toujours d'actualité, à aujourd'hui, un long chemin a été parcouru. Avec Yves MATILLON, puis Alain COULOMB et leurs collaborateurs de l'ANAES, nous avons su construire un partenariat fort et exigeant. L'évaluation des pratiques professionnelles, désormais obligatoire, est acceptée par la majorité des médecins. Elle doit avancer rapidement. Pour cela, nous devons nous ouvrir à d'autres formes d'évaluation et préciser les liens avec la formation médicale continue. "

Pierre Monod annonce de nouvelles initiatives en collaboration avec les Commissions Médicales d'Etablissement et les cliniques pour développer rapidement l'évaluation des pratiques, et des propositions concrètes afin que les médecins disposent d'un système souple, pragmatique, simple et valorisant.

Le Président de la CNP demande donc que la mission d'évaluation des pratiques professionnelles, inscrite

dans la loi de 1993 portant création des Unions, soit reconnue dans les décrets d'application à venir et dotée des financements permettant d'en assurer pérennité et rapidité de mise en œuvre.

Mieux faire connaître les actions des Unions

Pierre Monod remarque que les nombreuses études réalisées par les Unions, bien que passionnantes, n'ont pas eu l'écho mérité faute de communication. Il prévoit donc un espace des URML où tous les travaux de toutes les Unions seront recensés et mis à la disposition de tous, pour une meilleure reconnaissance de la fonction d'expertise des Unions

Quatre sujets essentiels

La démographie, les échanges d'informations avec le Dossier Médical Personnel, la régionalisation du service de santé et une relecture de la loi de 1993 la complétant sont présentés comme les objets majeurs sur lesquels se penchent les Unions.

De nombreuses Unions ont également joué un rôle fédérateur dans la permanence des soins, par la mise en place de maisons médicales de garde, et de régulation, avec la présence de médecins libéraux au sein des centres 15 ou en relation avec eux.

En terme de partage des données, Pierre Monod rappelle que " les médecins ont besoin d'un outil simple, ergonomique et professionnel, valorisant le dossier "métier" sans être vécu comme une contrainte supplémentaire car notre plus grand luxe est le temps consacré à nos patients (...)

Nous attendons avec intérêt la création de l'Institut des données, afin de pouvoir, par nos requêtes et par la création de départements d'informations médicales dans nos Unions, assurer nos missions d'analyse du système de santé libéral. La création de ces DIM des Unions régionales, miroir des DIM des établissements, est essentielle pour mener à bien nos missions d'expertise au service de nos patients. "

Requêtes

Le Ministre est appelé à remédier au manque de moyens nécessaires au développement de ces DIMUR.

Par ailleurs, P. MONOD demande que

- ◆ *L'expertise régionale des Unions soit entendue, avant de définir une politique régionale de santé publique dans le cadre de la régionalisation du système de santé.*
- ◆ *Les Unions participent aux Commissions Techniques du Fonds de Dotation des Réseaux*

chargées de définir les priorités régionales de santé publique et d'analyser des dossiers,

◆ *La pérennisation du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville*

◆ *Une Commission Permanente Régionale, pour une vision transversale et plus efficace des dossiers*

◆ *Les Unions fassent partie des futures Missions Régionales de Santé et que cela soit reconnu dans les textes.*

◆ *La protection personnelle des élus des Unions, qui tout comme la Conférence Nationale des Présidents, ne sont pas encore dotées de la personnalité morale.*

◆ *La reconnaissance du rôle coordonnateur de la Conférence Nationale des Présidents auprès des Unions et du rôle d'interlocuteur national de son Président auprès des pouvoirs publics.*

Reconnaissance concrétisée par un arrêté de mission et assurée par un financement autonome et pérenne.

Pierre Monod assure le Ministre qu'il peut compter sur les vingt-six URML pour accompagner la réforme, dans le cadre des missions fixées par la loi.

" C'est vrai que vous, ou d'autres, pouvez trouver que nous sommes parfois un peu bruyants, voire intempestifs, d'une exigence de temps à autre maladroite, fougueuse, mais nous sommes, Monsieur le ministre, des passionnés. Et puis, nous avons 10 ans, juste 10 ans ! "

VISITE DES STANDS ET ALLOCUTION DE PHILIPPE DOUSTE-BLAZY

Monsieur DOUSTE-BLAZY, Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille s'adresse aux URML comme " acteurs majeurs de ce que nous venons de construire " et leur demande une nouvelle responsabilisation.

Il rappelle les deux éléments fondamentaux qui justifient l'existence des URML : la promotion de la qualité et le soutien à la gestion du système de santé.



Discours du Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Philippe DOUSTE-BLAZY

Une convention pour la maîtrise des dépenses

Le Ministre évoque les solutions économiques élaborées avec Xavier BERTRAND pour l'avenir de la médecine libérale : une maîtrise comptable ou une maîtrise médicalisée. La maîtrise comptable n'est pas retenue. "Salarier les médecins, dérembourser les malades et augmenter les cotisations des Français règle le problème à court terme mais la médecine est moins bien faite."

La régulation médicalisée a été choisie, elle implique la responsabilité des professions médicales, des malades, des politiques, des gestionnaires de l'assurance maladie.

Le nouveau directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie a désormais un pouvoir direct sur les Caisses Primaires d'Assurance Maladie. Le Ministre souhaite que les relations des Unions s'améliorent avec les Caisses d'Assurance Maladie par le biais d'une bonne convention. **Une nouvelle convention entre libéraux et pouvoirs publics** va permettre de faire de la maîtrise médicalisée avec la mise en place du médecin traitant qui permet d'éviter des actes redondants, dès le 1er janvier 2005.

EPP

L'amélioration de la qualité des soins passe aussi par la **généralisation de l'évaluation des pratiques** rendue obligatoire par la loi du 13 août 2004. Elle devra s'articuler avec l'accréditation des équipes médicales, des établissements et de la formation médicale continue.

P. Douste-Blazy note que l'information des malades augmente mais déplore qu'elle soit parfois mauvaise. Il faut donc que les médecins jouent la formation médicale, pour garder la confiance des Français ; ce que font les Unions, qui seront aidées.

Il faut trouver une idée avec les URML pour élargir cette auto-évaluation. " S'il faut participer financièrement, regardons comment on peut le faire. S'il y a une diminution des actes médicaux, je ne demande pas mieux que de revaloriser les actes. La seule solution pour commencer c'est l'évaluation, pour que le nombre d'actes redondants baisse. "

Autre outil fondamental de la maîtrise médicalisée : le Dossier Médical Personnel.

" J'ai bien aimé l'idée de dossier "métier". C'est la première fois que je l'entends : c'est une très belle définition. Si c'est un dossier "métier", cela gagnera. Vous faites déjà un dossier, autant l'écrire sur le dossier médical et vous avez d'un coup les antécédents, la vision globale des autres médecins qui se sont occupés du malade. On peut vous donner aussi une aide au diagnostic, au traitement, à la bonne pratique. Via les URML vous avez un rôle double à jouer : en tant que praticiens et en tant qu'édicteurs de bonnes pratiques. La définition et le développement du DMP ne peuvent donc se faire qu'avec vous. C'est pourquoi nous le développerons dans le cadre d'un véritable partenariat. Soit nous décidons de faire quelque chose d'exhaustif et on a un risque d'avoir un taux faible ; soit on montre l'efficacité de cette affaire en prenant des bassins de vie et on tire des enseignements pour l'avenir. Est-ce que cela sera fait en 2007 ? Je l'espère. En tout cas, il faut le faire le plus vite possible. "

Dans cette perspective, le Ministre insiste sur l'importance des références médicales incontestables et des référentiels de traitement sur au moins encore cent monopathologies à partir des conférences de consensus. L'ANAES et l'AFSAPS doivent les mettre en place rapidement.

Analyse et partage des données

Le rôle de la Haute Autorité en Santé sera l'évaluation de l'efficacité médicale des actes et des produits de santé, pour l'accréditation des professionnels et des établissements, ainsi que pour la définition des référentiels. 8 personnes scientifiquement reconnues

de très haut niveau médical vont définir quels sont les actes médicaux, les médicaments efficaces. **Cette autorité sera le garant du nouvel équilibre de notre système d'assurance maladie indépendant de l'Etat.** Les Unions seront des partenaires privilégiés de cette haute autorité.

La maîtrise médicalisée nécessite un partage des données qui sera favorisé par la **création d'un Institut des données de santé.**

Il regroupera l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé, des patients et des assureurs complémentaires. Il organisera la transmission des données de soins à l'ensemble des acteurs.

Modification des pratiques

Le Ministre annonce que **l'installation des médecins ne saurait être contrainte.** " Nous préférons inciter à l'installation et à l'activité dans les zones où la densité médicale est faible avec des moyens d'aide matérielle. La réforme modifie profondément les mécanismes d'aide. La définition des aides éligibles doit être assurée par la Mission Régionale de Santé, regroupant les ARH, l'URCAM et les URML. "

Les aides seront apportées par l'Etat, par l'assurance maladie dans le cadre conventionnel, et par les Collectivités territoriales. Elles pourront prendre différentes formes : des aides financières, des mises à disposition de locaux, des contrats avec les étudiants.

Le Ministre demande aux Unions de voir comment organiser un web Santé ou un call center Santé où le patient joindrait quelqu'un qui déterminerait la nécessité d'un médecin ou d'un transfert à l'hôpital.

Demande des médecins sur la nomenclature des actes

L'assurance maladie, les syndicats médicaux poursuivent leurs travaux sur la CCAM. Cette réforme est basée sur la confiance et l'engagement et ne concerne pas uniquement la médecine de ville. L'hôpital est aussi concerné dans le cadre du Plan Hôpital 2007 et de la réforme de la tarification à l'activité. Cette dernière est un véritable levier de changement : la moitié des dépenses d'assurance maladie est dans l'hôpital, et **l'hôpital, aujourd'hui, doit être évalué. Le DMP doit être le même à l'hôpital qu'en ville.** Le patient sera également associé à la rénovation du système de santé en étant mieux responsabilisé.

En brisant le tabou du silence sur les arrêts de travail, on va avoir l'occasion de présenter très prochainement, pour la première fois depuis 20 ans, une diminution des arrêts maladie.

Mieux communiquer en direction des médecins

Le Ministre indique qu'il veut avoir l'avis des Unions sur la future campagne auprès des médecins pour mettre en oeuvre une réforme majeure avec la loi sur l'assurance maladie du 13 août 2004, indispensable pour assurer la pérennité du système de santé.

" Je pense qu'on pourra tous arriver à sauver notre système à deux conditions :

- ◆ maîtriser les dépenses d'assurance maladie, qui continuent à augmenter, ne serait-ce qu'avec les progrès médicaux
- ◆ faire passer auprès de nos concitoyens une seule idée : vous allez être mieux soignés. Et aux médecins : vous allez être mieux considérés. Avec un seul espoir, c'est qu'au moment où je parle, les gosses qui sont dans les lycées en terminale continuent à rêver quand même à être médecins. C'est cet équilibre qu'il faut que l'on trouve ensemble, et une fois que cet équilibre sera trouvé, la médecine sera sauvée. "



De gauche à Droite : Jean-Paul DONZEL, trésorier - Bernard ROUGIER, Secrétaire Général et Jacques CATON Président de l'URML RA, en compagnie du Ministre des Solidarités, de la Santé et de la Famille, Philippe DOUSTE-BLAZY

TABLE RONDE : UN PEU D'HISTOIRE... LES ORIGINES DES UNIONS.

Patrick BREZAC, PRÉSIDENT D'HONNEUR DES UNIONS

Les Unions régionales viennent d'une réflexion commencée en 1990 sur l'absence de coordination pour ne pas dire une déresponsabilisation des acteurs. Une absence d'outils d'adaptation du système de santé et l'absence de données statistiques.



Patrick BREZAC, Président d'honneur des Unions

Pour qui a été fait le projet de 1990 ?

Pour la santé des patients et la santé publique. Pour dynamiser l'exercice de chacun, en l'amplifiant de la force de tous et de tous les médecins libéraux. Et enfin, pour offrir à nos partenaires, et on voit bien qu'ils sont très demandeurs, l'organisation d'une profession répondant à un défi d'une médecine moderne de qualité. Le système que nous avons en 1990, et que nous avons toujours actuellement, n'est pas un système moderne.

Le projet de 1990, comment ?

Il fallait sortir d'une gestion quantitative aveugle, centrée sur l'intérêt sanitaire du patient. Nous avons imaginé trois outils : le dossier médical, les Unions régionales, l'évaluation des besoins et des pratiques.

1995 : définition, par texte réglementaire, du rôle respectif des Unions et de l'ANAES.

Création de la Conférence des Présidents en 1996. Le fait de faire une évaluation, même expérimentale de niveau national, nécessitait une coordination des Unions.

2003 : le partage des données.

2004 : dossier médical et évaluation obligatoire.

Même les politiques mettent du temps à recueillir les bonnes idées, mais mieux vaut tard que jamais.

Claude MAFFIOLI, MEMBRE DU CONSEIL ECONOMIQUE ET SOCIAL

Les Unions sont le fruit d'une réflexion qui a d'abord été syndicale. Elle a été très longue (4 ou 5 ans avant la loi) et nous avons été confortés par un voyage que nous avons fait, avec le Bureau de la Confédération, où nous avons découvert les unions régionales des médecins allemands.



Claude MAFFIOLI, Membre du Conseil Economique et Social et membre du Conseil de la Haute Autorité de Santé.

Ce concept a dû s'imposer par la pédagogie active : nous avons des oppositions à l'intérieur de la CSMF, et à l'extérieur au niveau des autres syndicats médicaux, des syndicats des professionnels de santé, des syndicats des professions libérales, des politiques. Cela a été une bagarre extrêmement longue à mener pour convaincre les gens de cette nécessité.

La loi TEULADE de janvier 1993 est la mise en pratique concrète de ces éléments avec Simone VEIL comme ministre et Philippe DOUSTE-BLAZY comme ministre délégué à la santé. Et il a fallu pratiquement un an et demi pour tout mettre en place.

Quelle nécessité de créer ces Unions ?

L'organisation de la profession comporte trois éléments : l'Ordre, avec ses champs spécifiques, les syndicats qui sont là pour défendre la vie professionnelle et les sociétés savantes pour tout ce qui est pratique professionnelle, mais sur un plan méthodologique et un plan scientifique, nous avons senti qu'il nous manquait une structure, notamment pour ceux qui participaient aux négociations ou aux partenariats conventionnels.

Il nous manquait une structure d'expertise, un outil pour la profession. Je vois deux missions fondamentales à remplir pour les Unions : l'évaluation des pratiques professionnelles - et nous y arrivons, mais il faut aller vite pour ne pas que les choses nous soient imposées par les autres – et un deuxième volet, dont on ne s'occupe pas tout à fait encore correctement au niveau des Unions, l'évaluation des besoins.

Monsieur LION

La réflexion a également porté sur la compétence géographique des URML. Qu'est-ce qui a prévalu, dès le départ, au choix d'une compétence plutôt régionale que départementale, surtout quand on voit aujourd'hui que d'autres nous ont suivis, avec l'existence des ARH, des URCAM et du GRSP, par exemple ?

Monsieur BREZAC

La région s'imposait dans le cadre d'un potentiel de travail parce les Unions sont financées par les médecins libéraux. D'autant plus que l'Europe se construisait et que la région était une unité qui pourrait avoir une capacité à exister sur le plan de l'avenir.

Monsieur MAFFIOLI

Je pense que le syndicat rend service à ses membres et il doit être ancré départementalement.

Ce n'est pas tout à fait nécessaire au niveau des Unions avec les deux missions que j'ai rappelées tout à l'heure.

Nous avons anticipé l'évolution dans ce pays dans l'organisation du système de santé. Cet avantage que nous avons d'être là avant les autres est extrêmement important.

Monsieur BREZAC

Sur le plan électoral, il y avait plusieurs solutions :

Individuelle : *soit tous les médecins pouvaient se présenter à l'échelon régional pour être élus, et on serait arrivé à une mosaïque d'individus qui ne représentaient éventuellement qu'eux-mêmes, et qui ne permettaient pas d'avancer, d'organiser et de structurer la profession.*

Ordinale : *l'Ordre n'a pas souhaité s'impliquer.*

Syndicale : *il nous fallait des gens formés d'avance parce qu'on aurait pris un temps extrêmement long avec des élus qui n'étaient pas compétents pour prendre de telles fonctions et innover. C'est donc les syndicalistes qui se sont imposés dans nos têtes.*

Monsieur MAFFIOLI

Les autres professions non salariées ont également des structures, mais qui sont des chambres consulaires où l'Etat est présent. Là, nous avons la chance d'avoir des structures de droit privé qui appartiennent totalement à la profession.

Les Unions détiennent la formation et qui détient la formation détient vraiment le pouvoir.

Relisez la convention de 1993, il y a les objectifs de dépenses, le dossier médical, l'évaluation, toute la maîtrise médicalisée. Cette loi de janvier 1993 aurait pu être presque la loi de cette année.



TABLE RONDE : LES UNIONS RÉGIONALES DES MÉDECINS LIBÉRAUX VUES DE L'EXTÉRIEUR..

Nicolas BRUGERE, MODÉRATEUR

Autour de la table : Joseph LOSSON, Président de la Conférence des URCAM, Directeur de l'URCAM d'Alsace ; Alain GARCIA, Directeur de l'ARH Aquitaine remplace Madame PODEUR, Directrice de l'ARH Bretagne et Présidente de la Conférence des ARH ; Bertrand GARROS, Directeur des stratégies de santé à la Mutualité Française et responsable des relations avec les professionnels de santé.



Nicolas BRUGERE, modérateur

En introduction, le modérateur cite une enquête de l'URML Aquitaine auprès de 668 médecins sur ce que représentent pour eux les Unions.

32 % des médecins définissent parfaitement, en octobre 2003, ce que sont les Unions.

32 % des médecins ne connaissent pas du tout les Unions, ne savent pas ce qu'elles sont.

Et le dernier tiers a une connaissance un peu partielle de ce que sont les Unions.

Cela veut dire que deux tiers des médecins libéraux, 10 ans après, ont au moins entendu parler des Unions. Ils ressentent une pression importante des caisses et de l'administration en général, et ils ont besoin d'une aide pour sortir de cette pression.

Ils souhaitent, d'autre part, que les Unions soient plus proches d'eux. Ils se demandent si leurs confrères subissent de la même manière ces pressions.

Ils demandent aux URML de développer les échanges entre confrères, plus de moyens pour se défendre face à l'administration en général, en particulier face aux caisses d'assurance, mais aussi face aux attaques des tribunaux, face aux problèmes que leur posent les assurances privées. Ils demandent des aides pour améliorer et revaloriser leurs pratiques. 50 %

savent qui financent et ils ne posent aucune objection au fait de financer une structure comme les Unions.

Il semble exister un lien fort entre la connaissance des Unions et le fait que les médecins ont le sentiment qu'elles répondent à leurs attentes. Ils demandent de manière forte qu'elles les représentent, qu'elles les défendent, qu'elles les sortent de l'isolement et qu'elles leur apportent de l'information. Elles doivent s'impliquer dans l'organisation du système, et c'est aussi dans leurs missions.

Monsieur GARCIA

Nous partageons des expériences : la régulation libérale au centre 15 ; les permanences médicales à conforter ; la télésanté et le DMP ; la participation aux volets du SROS ; le Comité Régional du médicament, des dispositifs médicaux et des bonnes pratiques. Chaque mois, nous nous réunissons et nous discutons de tout ce qui nous reste à faire comme traiter les problèmes de démographie médicale, d'urgence et permanence des soins, de prise en charge à domicile pour que chacun puisse rester chez soi en meilleure santé. Cela nécessite une bonne articulation entre l'hospitalisation à domicile et la médecine libérale.



M. GARCIA, Directeur de l'ARH Bretagne

Les équipements, parce qu'il n'est plus question aujourd'hui de considérer qu'un équipement appartient à quelqu'un, il appartient à tous dans le souci d'une meilleure utilisation au service des usagers.

Les filières et réseaux de santé, centrés sur des objectifs de soins.

Et enfin, la santé publique puisque le curatif ne vient que quand on a échoué en matière de prévention. Les enjeux de la réussite : travailler ensemble, partager les expériences

et les compétences, reconnaître les valeurs, les engagements des uns et des autres.

Et enfin, la Mission Régionale de Santé et notre participation à ses missions avec un mot que nous avons inventé en Aquitaine : "Qualitéévaluation". C'est-à-dire qualité des soins et des pratiques.

Monsieur LOSSON

Première chose importante : les URML, pour nous URCAM, étaient préexistantes. Dans les années 98, les Unions Régionales de Caisses d'Assurance Maladie se mettent en place.

Deux décisions des plus hautes autorités judiciaires de notre pays vont débloquent le débat. Le Conseil d'Etat annule les dispositifs conventionnels de sanction et de maîtrise comptable. Le Parlement vote une loi mettant en œuvre un dispositif de sanctions dans la loi de financement de Sécurité sociale. Et le Conseil constitutionnel rejette le dispositif, il a donc bien fallu avancer.

Assez rapidement, nous avons pu, dans un certain nombre de régions, trouver les champs communs d'intervention et négocier région par région la manière dont on allait avancer sur ce terrain.



Joseph LOSSON, Président de la Conférence des URCAM, Directeur de l'URCAM Alsace

Le système national interrégime d'assurance maladie a expressément prévu un accès des professionnels de santé aux informations disponibles.

Le facteur déterminant du renforcement de la coopération entre les URML et les URCAM est le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville. Nous nous sommes mis d'accord dans ce cadre sur les règles du jeu, notamment en matière de coordination des soins, nous avons été à même de financer un certain nombre de réseaux de soins.

Des difficultés demeurent : des problèmes de présence, d'arrière-pensées politiques, et je ne les mets pas que du côté des médecins, sur la manière de développer les questions.

Que nous réserve l'avenir ?

L'organisation des soins, le médecin traitant, le **Dossier Médical Personnel** sont à l'évidence les supports et les deux grandes mesures pour organiser ce parcours du patient et cette coordination des soins. Je crois que nous aurons avec les URML, au niveau de l'information, au niveau de la sensibilisation des professionnels de santé, un vrai travail.

L'autre aspect c'est les **Missions Régionales de Santé**.

Si on veut faire des propositions cohérentes sur la permanence des soins, il faut que les professionnels de santé soient dedans. Si on veut avancer sur les questions de démographie des professions de santé, il faudra aussi que vous vous impliquiez.

Enfin, dernier point : si la loi renforce le rôle des URCAM à rentrer dans la prise en charge de la qualité, il faudra nous dire comment nous pouvons prendre nos décisions et développer notre organisation pour que vous nous assuriez que nous prenons bien en charge la qualité.

Monsieur GARROS

La Mutualité a été partie prenante dans l'émergence des URML à travers le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville, les réseaux, les programmes de santé, le dépistage, les actions de prévention. Dans les Conseils d'administration des URCAM, voire dans des présidences d'URCAM puisque la Mutualité a des élus mutualistes qui président quatre URCAM.

Les URML sont devenues pour nous des partenaires de plus en plus visibles. D'autant plus que la Mutualité, comme les autres, était concernée par toute la problématique de la régionalisation et que nous avons créé des Unions régionales.

L'accès aux données est une problématique à laquelle nous sommes aussi très sensibles parce que nous sommes dans une situation difficile par rapport à l'analyse de nos propres pratiques, de nos propres activités.

On attend beaucoup de la création de cet **établissement des données de santé**. On peut réfléchir à des formes de mutualisation de ressources parce qu'il y a des niveaux d'analyse qui seront évidemment communs à tous.

Un enjeu nouveau majeur : **la structuration des acteurs de l'ambulatoire**. Les Missions Régionales de Santé vont associer, pour les compétences communes, l'ARH et l'URCAM et seront dirigées alternativement par le Directeur de l'ARH et le Directeur de l'URCAM.

Cela veut dire qu'on met **les soins ambulatoires au même niveau d'importance que les soins hospitaliers**. Cela me paraît fort pour l'avenir.

Le territoire est privilégié

Cette structuration des acteurs va se faire sur le plan territorial. Le SROS 3, c'était quelque chose d'important dans cette dimension d'émergence de territoires de santé. C'est aussi l'articulation des soins hospitaliers avec les soins de ville ou le secteur social et médico-social. Dans la loi du 13 août sur l'assurance maladie, des possibilités d'accords se font, non pas sur une base de pathologie, mais sur des bases d'organisation territoriale. **Un amendement a été adopté, qui permet à des communes et à des communautés de communes de définir aussi des projets territoriaux de santé.**

Evolution démographique

Pour faire face aux enjeux, notamment démographiques, il faut retrouver du temps médical. Pour former des médecins, pour réfléchir à d'autres formes de pratiques, pour faire de l'expérimentation, et répondre à de nouveaux besoins, notamment à tout ce qui est en train d'émerger en terme de prévention. Cela ne va pas sans une vraie réflexion sur l'articulation entre protection sociale et organisation de l'offre.

Dispositifs d'accompagnement

On peut faire des call centers, mais on peut aussi développer un certain nombre de dispositifs qui permettraient un accompagnement au plus près des personnes.

Monsieur SAPENE (URML A)

Comment voyez-vous au niveau régional, en particulier dans la perspective des Missions Régionales de Santé, l'articulation des médecins avec les autres professionnels de santé et la représentation des usagers et des patients ?

Comment les médecins des Unions sont-ils ressentis quand vous êtes en dialogue ou en travail avec eux ? Comment voyez-vous leur changement, puisqu'ils sont tous issus du syndicalisme ? Quelle différence ? Les sentez-vous comme fiables du fait du mode d'élection ?

Monsieur GARCIA

Mettre les usagers au cœur du débat et les faire participer, ce n'est pas si simple. Une formule qui a bien marché, c'est les états généraux de la santé.

Il reste à mieux faire fonctionner les Conférences Régionales de la Santé puisqu'elles étaient le lieu de l'expression de tout le monde, professionnels et usagers.

On a mis en place avec l'ARH un Comité Régional des Usagers, qui nous sert d'accompagnement pour le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.

Je pense que l'on va avoir, à travers les SROS qui sont innovants, qui ne seront pas uniquement hospitaliers, qui seront fondamentalement de ville et d'hôpital, des rencontres intéressantes.

On oublie trop que l'état de santé global de la population française va dépendre de plus en plus de notre capacité à prendre les personnes qui ne recourent pas au système : les démunis et les exclus. C'est un véritable défi de commencer à prendre en compte ce problème. Il s'agit là tout autant de santé que d'environnement et de social.

Monsieur MONOD

En régions, il faut réussir à abattre les murs entre l'hôpital et la ville. Le Dossier Médical Personnel et les réseaux doivent nous y aider. **Il faut que les institutions évoluent autour du patient.** Occupons-nous un peu moins des institutions qui doivent totalement se décloisonner.

Il faut apprendre à travailler sous le regard des autres.

Il faut du pragmatisme. Je suis frappé de l'hétérogénéité des réponses des Collectivités territoriales sur la santé. Il y a l'échelon départemental sur les personnes âgées, maintenant on comprend que c'est le Conseil général, un peu la DDASS, mais les professionnels de santé ont été un peu perdus.

INTERVENTION DE M. Xavier BERTRAND, SECRÉTAIRE D'ÉTAT À L'ASSURANCE MALADIE

Vous êtes, à mon sens, des acteurs incontournables de cette réforme de l'assurance maladie et donc, du paysage de notre système de santé, déjà depuis 10 ans, et pour de nombreuses années que nous avons à écrire ensemble.

Le " service après vote " de la réforme de l'assurance maladie

Le dialogue ne s'est pas arrêté au début du débat parlementaire, il s'est poursuivi durant le débat parlementaire, mais nous continuons à jouer très clairement la carte de la concertation pour la publication de toute la partie réglementaire, les décrets et les arrêtés.



Xavier BERTRAND, Secrétaire d'État à l'Assurance Maladie

Aujourd'hui, notre mission aux uns et aux autres, c'est de faire en sorte que la réforme de l'assurance maladie soit bel et bien complètement sur les rails au 1er janvier 2005. Je pense que l'avenir de notre système de santé ne peut s'écrire qu'avec le maintien de l'exercice libéral de la médecine. C'est un choix philosophique pratique, et surtout un choix politique, que nous avons fait en pariant sur la responsabilisation, l'incitation et l'évolution des comportements.

Un partenariat incontournable avec les libéraux sur :

- ◆ Le Dossier Médical Personnel
- ◆ L'Évaluation des Pratiques Professionnelles qui permet, à mon sens, un nouveau contrat entre le patient et le praticien.
- ◆ Le développement du juste soin

◆ L'articulation des instances et l'articulation entre la FMC et l'évaluation des pratiques professionnelles. Vous êtes des acteurs de la formation médicale continue.

Deux lois récentes redéfinissent le cadre général de cette formation continue : la loi relative à la politique de santé publique qui définit les obligations de formation, et la loi portant réforme de l'assurance maladie qui donne à la Haute Autorité en Santé la responsabilité de l'évaluation des pratiques.

◆ La loi portant réforme de l'assurance maladie a créé un **Comité de démographie médicale** ; il devra prendre en compte les travaux d'études et de projections réalisés sous l'égide de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, notamment en ce qui concerne les besoins des populations et les disparités qui existent sur le territoire. Philippe DOUSTE-BLAZY et moi-même avons tenu à ce que **quatre représentants des URML siègent dans ce comité.**

Nous n'avons pas souhaité, concernant la démographie médicale, aller dans la voie de la contrainte et de la coercition. Nous avons décidé que, sous la responsabilité de l'État et des collectivités locales, il y aurait la **possibilité d'attribuer des aides à l'installation**, et que d'autres dispositifs, comme la modulation des charges sociales et le forfait annuel, seraient de la responsabilité des partenaires conventionnels.

◆ La mise en place des **Missions Régionales de Santé** donne par ailleurs un cadre légal qui va permettre une collaboration accrue entre les acteurs de la politique de santé dans les régions.

◆ Dans le cadre de l'expérimentation des ARS, **Agences Régionales de Santé**, les URML auront aussi un rôle de coordination pour le secteur libéral et constitueront une force de proposition de premier ordre.

◆ Penser "santé publique" sans en parler avec vous, cela n'a pas grand sens, il faut en convenir. C'est à ce titre, comme nous l'avons vu, que **les URML seront destinataires des données de l'Institut National des Données de Santé** et qu'elles seront aussi des partenaires importants des GRSP, dans le cadre des Groupements Régionaux de Santé Publique, qui ont été créés par la loi du 13 août 2004.

En associant les professionnels de santé aux certifications, aux évaluations, aux perspectives en matière d'installation, la réforme accorde toute leur place aux médecins libéraux dans le pilotage et la gestion de l'offre de soins dans la dimension la plus opérationnelle qui soit.

TROIS ATELIERS EN PLENIERE

Atelier 1 – Démarche Qualité – Evaluation des Pratiques Professionnelles.

COORDONNATEUR ET INTERVENANT :

ALAIN LE MAGUET, URML BASSE-NORMANDIE

Le groupe Contact travaille sur l'Evaluation des Pratiques Professionnelles depuis quelques années avec Marielle LAFONT, pour l'ANAES et par le fait, la Haute autorité en santé ; Jean MARTY pour l'approche RESIRISK ; Bernard ORTOLAN pour le Contact URML Ile-de-France ; Rémy UNVOIS.



Alain LE MAGUET, Président de l'URML Basse-Normandie

Historique :

L'EPP : décret décembre 1999

Octobre 2002 : premières évaluations officiellement dans quatre régions pilotes

Mars 2003 : extension aux autres régions

Depuis septembre 2003 : dynamique plus avancée et plus rapide.

Aujourd'hui, il y a à peu près 60 référentiels et bientôt presque toutes les spécialités seront concernées.

Les deux tiers des URML se sont engagés dans la démarche. Quelques petits moins 10 % restaient quand même encore frileux sur la mise en place par l'URML d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.

Un financement propre pour plus de 60 %

Quelques Unions ont pu faire du financement mixte, avoir un peu de FAQSV. Peu d'entre nous (17 %) ont pu se financer uniquement sur de l'argent externe.

Evaluations individuelles, collectives, en groupes

Des Unions ont proposé à la fois de l'individuel et du collectif. Certaines n'ont proposé que des spécialistes pour des spécialistes ; d'autres des spécialistes pour des généralistes ou l'inverse.

Quelques formes " groupe de pairs " ont été mises en place. Certaines régions se sont franchement engagées dans du collectif et c'est un peu la tendance aujourd'hui.

L'état des lieux

Vous savez que le facilitateur de l'évaluation des pratiques s'appelle le médecin habilité. Il est missionné par l'Union et formé par l'ANAES.

La communication, aujourd'hui, aboutit au besoin de mettre en place ce que l'on va appeler un tableau de bord commun sur une plate-forme web, indispensable pour retrouver les éléments documentaires, les référentiels utilisables par chaque spécialité au fur et à mesure qu'ils sortent et, enfin, tout ce qui est le support méthodologique avec les BFES et les recommandations, ainsi que les noms des médecins habilités.

L'évaluation de l'évaluation

La démarche a été faite autant du côté du médecin engagé que du médecin habilité, avec des questionnaires par région, des synthèses régionales et un retour au national. **Que retirer de cette évaluation ?**

D'abord, les critères de la spécialité n'ont pas d'importance. C'est une méthode qui est utilisée : qu'un dermatologue évalue un généraliste ou qu'un chirurgien soit évalué par un psychiatre, apparemment ce n'est pas un frein à la démarche.

Les médecins engagés ont estimé que la démarche était bonne, qu'elle était confraternelle, que l'EPP permettait de faire le point sur ses pratiques (c'était le but) et permettait d'identifier des points à améliorer que l'on n'avait pas soupçonnés.

Des démarches plus poussées sont en cours et ont été proposées : il s'agit de montrer si l'appropriation d'un processus pédagogique d'auto-évaluation collective peut améliorer la pratique des cardiologues libéraux. Il a mis en place, à partir d'un financement FAQSV, une méthode d'évaluation et de comparaison. On est déjà dans une démarche d'évaluation comparative.

L'interface FMC/EPP

Les outils d'évaluation se sont considérablement diversifiés. Chaque système de formation continue a eu, peut-être même avant nous quelquefois, sa

démarche d'évaluation des pratiques. Et vous voyez tous les systèmes qui, actuellement, peuvent être candidats à rentrer dans une démarche d'évaluation et aussi à proposer des formes ou des formules d'évaluation.

Tous ces outils permettent de mesurer l'impact de la FMC sur les pratiques professionnelles pour s'assurer que la formation est efficace et qu'il y a un impact sur les pratiques. L'autre approche que nous avons eue était plus méthodologique puisque cela consistait à mettre en place une forme pour regarder son métier et effectivement évaluer sa pratique professionnelle.

L'évolution du processus par expérimentation volontaire non sanctionnante

Alain COULOMB propose un objectif business plan de 10 000.

2004 : la loi du 13 août a un objectif de 100 000.

Voilà donc la rapidité à laquelle la profession se trouve confrontée dans l'évaluation de ses pratiques. L'évaluation entre dans une phase de diversification. Apparaissent des accréditations et des certifications dans les établissements, une médicalisation de la certification et de l'accréditation, une accréditation en plus des groupes de professionnels.

Le positionnement, les enjeux

Il faut que les URML restent élément de référence dans l'évaluation des pratiques professionnelles où qu'on soit, y compris sur les établissements, y compris dans les réseaux.

Madame LAFONT

L'ANAES est prête à former encore des médecins habilités. Si on veut que tous les médecins (n'oublions pas que la loi concerne aussi les médecins salariés, les médecins hospitaliers, on arrive peut-être à 170 000 ou 180 000 médecins) aient envie de rentrer dans ces démarches, il faut que l'on soit attractif, qu'on propose des choses variées, diversifiées.



Marielle LAFONT, de l'ANAES



Xavier BERTRAND, Secrétaire d'État à l'Assurance Maladie, accueilli sur le stand de l'URML RA.



Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, en compagnie de Bernard ROUGIER, Secrétaire Général de l'URML RA.

Atelier 2 – Conditions de travail : Permanence des soins/Maisons Médicales de Garde – Démographie – Organisation du travail

COORDONNATEUR : Jean-Yves HASCOËT,
URML BRETAGNE

Permanence des soins

Sauveur MERLENGHI, URML CORSE

Depuis le mouvement des médecins généralistes en octobre 2001, le problème de la permanence des soins a été posé de façon très remarquable dans toutes les régions et a donné lieu à une effervescence légitime de la part des médecins libéraux.



Sauveur MERLENGHI, URML CORSE

Les travaux de la Commission Descours

Transformation de l'article 77. **L'obligation est retirée du texte, le volontariat admis.** La modification de l'article 77 du Code de déontologie introduisant la notion de volontariat constituait un acte fondateur majeur dans la relation des médecins libéraux et des institutionnels.

Sur un plan plus général, on ne pouvait définir une permanence des soins véritable qu'en passant par une **sectorisation modifiée, ce qui a été fait au niveau des CODAMUDS.**

La PDS n'est pas la continuité des soins, qui est une obligation déontologique.

Son organisation :

Au niveau départemental, des CODAMUDS, instances dédiées de rencontres et de débats entre tous les professionnels de santé qui s'intéressent à la PDS. Les usagers y sont représentés. Le cahier des charges départemental procède d'un état des lieux de l'offre des soins en lien avec l'hospitalisation et une évaluation des besoins de la population.

Les médecins de garde :

Les médecins de secteur établissent, sur la base du volontariat, une liste de médecins de garde, qui est transmise au CDO, qui la valide et la transmet au CODAMUDS, au centre 15 et aux Caisses. En cas de carence dans l'autorégulation collective, l'Etat garde son pouvoir de réquisition. Actuellement, les libéraux sont admis dans cette régulation qui se fait sur la base de 3 C de l'heure.

L'acteur majeur est le centre 15, qui est le centre de régulation et de réception des appels.

Il y a trois niveaux : le conseil, l'appel à des structures lourdes, l'appel au médecin effecteur, après médicalisation. La maison médicale de garde constitue une possibilité d'effecteur.

Démographie médicale

Jacques CATON, URML RHÔNE-ALPES

La démographie médicale est un des piliers des travaux des URML. La Conférence des Présidents d'Unions a constitué un groupe de travail sur la démographie médicale, qui était présidé par Jean-Pierre HIRSCH.

Les quinze enquêtes de l'URML RA traitent :

- ◆ De l'expertise de la littérature internationale sur les besoins de la démographie médicale qui nous a montré qu'aucun pays n'avait résolu ce problème.
- ◆ De la modélisation de l'offre de soins par spécialités.
- ◆ Des glissements de tâches et de compétences.
- ◆ Des études sur le temps de travail et sur l'aspiration, notamment sur la féminisation des professions de santé.
- ◆ Des modélisations par zone géographique.
- ◆ Du temps de travail des médecins, avec les évolutions et les aspirations des étudiants en médecine.

Beaucoup portent sur la pratique libérale, peu sur la pratique hospitalière.

Les modélisations de l'offre de soins par spécialité sont des travaux intéressants puisqu'ils permettent de faire des projections à 10 ans ou à 20 ans. Quels sont les facteurs d'ajustement en matière de démographie médicale ?

Il est intéressant d'intégrer dans la réflexion la caractéristique des besoins en fonction d'un certain nombre de critères, notamment:

- ◆ la féminisation
- ◆ l'activité du médecin (récupération du temps de travail)
- ◆ la perte d'attractivité de la profession, notamment sur des spécialités comme la

gynécologie obstétrique, l'anesthésie ou la chirurgie

Les modalités de recours aux soins et trajectoires par pathologie, les motifs de consultation par spécialité, les filières de prise en charge et les densités selon les situations locales sont à explorer.

Il faut également mettre en perspective les études démographiques avec des enquêtes de pratique et de morbidité.

Malgré les observatoires, l'apport des URML en matière de démographie médicale restera fondamental et complémentaire sur les aspects que nous avons décrits. Nous nous félicitons que depuis trois jours, il y ait quatre représentants des Unions dans le nouveau Comité National sur la démographie médicale, et nous espérons pouvoir faire passer ces idées dans les travaux que nous pourrons développer avec ce futur Comité National.

Organisation du travail

Jean-Yves HASCOËT, URML BRETAGNE

*Les Unions régionales se sont penchées depuis longtemps sur **les conditions d'exercice**. Douze Unions régionales se sont intéressées à ce problème. Trente enquêtes ont été faites. Ces enquêtes concernaient l'état de santé des médecins, la prévalence du burn out et les facteurs d'épuisement professionnel, la charge de travail des médecins, la nature des tâches réalisées et le transfert de certaines tâches. Il faut comprendre ce qui se passe, sinon on ne peut pas faire évoluer les choses.*

***La contribution des médecins libéraux au système de soins** : c'est un problème important et les Unions ont leur véritable place là-dedans, notamment dans la mise en place des SROS et lors de cette période où la réforme de l'assurance maladie se met en place.*

***L'informatisation des médecins libéraux** est également un problème important, qui a été évoqué par plusieurs Unions. À partir d'une analyse des situations rencontrées par les médecins et une expertise juridique, une dizaine de propositions a été élaborée. Voilà une action concrète des Unions régionales.*

*Nous allons écrire ensemble **un cahier des charges expérimental** avec les différents partenaires sociaux (l'ARH, la DRASS, l'URCAM, les Conseils régionaux et les Conseils généraux).*

Il ne suffit pas de travailler dans les régions,

encore faut-il que les directives soient très claires. Je pense notamment à la permanence des soins où actuellement on ne sait pas trop quelles sont les règles du jeu.



Jean-Yves HASCOËT, Président de l'URML Bretagne et Xavier BERTRAND, Secrétaire d'État à l'Assurance Maladie, sur le stand Bretagne.

Atelier 3 – Systèmes d'information : Dossier Médical Partagé – Transmission des données

JEAN-FRANÇOIS BRÛLET, URML RHÔNE-ALPES

Le projet de partage d'informations médicales, médecine hospitalière et médecine de ville en Rhône-Alpes : Dossier Partagé Patient Réparti



Jean-François BRÛLET, URML Rhône-Alpes

C'est le module hospitalier de notre dossier "partagé" Rhône-Alpes ; Odyssée étant la partie "ville". Programme prévu sur 2005 à 2007.

Les objectifs : partager de l'information entre la médecine de ville et la médecine hospitalière. Les promoteurs de ce dossier sont les **quatre grands acteurs de la santé en région** qui sont : l'ARH, l'URCAM, le Conseil régional et l'URML. C'est cette force politique, et bien sûr de financement, qui va créer cet outil.

Les outils existants sont :

- ◆ Du côté hospitalier : un serveur d'identification régionale et le fameux DPPR qui permet de faire un dossier partagé (rassemblement de documents)

- ◆ En médecine de ville, on a des outils multiples et pas de liaison entre nous. Il faut qu'on installe un outil de coordination.

Une passerelle entre les deux permet de créer un dossier d'échange. Episodus, un outil de recueil d'informations qui permet d'aller chercher l'information dans les logiciels existants, à travers notre serveur d'identification que l'on appelle le PIDS.

La médecine hospitalière a son serveur d'identification STIC et héberge des documents en se servant d'un modèle de stockage qui passe par le fameux DPPR.

On héberge nos documents dans des hébergeurs habilités. Nous avons, d'autre part, notre

gestion des projets de soins à travers nos serveurs de ligne de vie, mais qui ne rentrent pas dans le dossier partagé régional. Si l'accord est bon, on fait des transmissions de documents d'un serveur à l'autre. Ce qui permet à la ville d'avoir les documents de l'hôpital, et à l'hôpital d'avoir les documents de la ville et, éventuellement, les lignes de vie, s'il le désire.

Odyssée est « démarrable » début 2005 ; donc, pour l'instant, on n'a aucun site d'expérimentation ni préalable. Ce sera le plus vite possible, mais je ne me fais pas d'illusion : c'est une culture à changer ; donc, on fera au gré des vagues et au mieux. L'outil que j'ai présenté est interfaçable avec tous les outils du marché, quels qu'ils soient. C'est la première qualité de cet outil ; c'est pour cela qu'il a été conçu au départ.

Bernard HUYNH, URML ILE DE FRANCE

Les problématiques interrégionales

Il existe un large consensus de principe en termes d'outils de coordination des soins, pour éviter les redondances, respecter le secret, sous la responsabilité d'un médecin traitant, contrôlé par le patient et avec la garantie de la loi.



Bernard HUYNH, Président de l'URML Ile de France

Les obstacles pratiques

- ◆ La définition des informations stockées.
- ◆ La sécurisation des échanges, avec des annuaires de professionnels de santé.
- ◆ Qui a le droit de regarder ? La loi ne définit pas tout. Quelles sont les garanties pour le patient ? Les garanties pour le médecin ?
- ◆ Quel est le financement ?

Cela nécessite une volonté politique claire, un monde industriel qui ait la volonté de participer puisque les développements des logiciels.

Expérimenter sur le terrain veut dire probablement, en médecine libérale, utiliser l'atout que sont les URML qui sont des rassemblements de médecins du progrès.

Des médecins qui ont des volontés d'expérimentateurs locaux et/ou régionaux, ce n'est pas toujours évident parce qu'expérimenter avec un ordinateur, cela aboutit souvent à des heures et des heures de plantages et de problèmes compliqués qui méritent une volonté assez forte.

La Conférence est un lieu d'échanges techniques extrêmement important et qui a déjà donné beaucoup de résultats.

Monsieur VEILLARD

Les travaux du GTR-TDU (Groupe de Transmission Technique Restreinte - Transmission de Données des Unions), chargé d'épauler la CNP sur le plan technique pour le respect du décret

♦ Les Unions auront le droit d'aller voir dans le SNIRAM, mais avec un risque d'écarts énormes si nous nous limitons politiquement aux données que la Caisse voudra nous donner. C'est la raison pour laquelle le GTR-TDU réfléchit, depuis pratiquement un an,



M. VEILLARD

sur les différentes formules techniques de captage de traitement de l'information.

Il sera nécessaire de mettre en route des actions qui pourront être déclinés région par région : la constitution de panels de médecins investigateurs, qui seront en somme des carottages prêts à fonctionner, et des études de type épidémiologique descriptives ciblées.

TABLE RONDE : QUEL AVENIR POUR LES UNIONS ?

MODÉRATEUR : Jean-Pol DURAND

La table ronde sur l'avenir des Unions Régionales réunit les Présidents des principaux syndicats professionnels de médecins : Jean-Gabriel BRUN, Président de l'UCCSF, Michel CHASSANG, Président de la CSMF : Jean-Claude REGI Président de la FMF autour de Pierre MONOD, Président de la Conférence des Présidents des URML.

Dinorino CABRERA, Président du SML et Pierre COSTES, Président de MGFrance, ont décliné l'invitation à ce débat.

Selon Jean Claude REGI (FMF) :

En 10 ans, les URML se sont inscrites dans le paysage institutionnel. La reconnaissance de la médecine libérale au travers des Unions régionales comme composantes incontournables du système de soins n'allait pas tarder à porter ses fruits.



Jean-Claude REGI, Président de la FMF

Les SROS seraient-ils concevables sans une représentation institutionnelle et opérationnelle de la médecine libérale ? Aujourd'hui, les évaluations des pratiques professionnelles ne débutent-elles pas sous la responsabilité des professionnels eux-mêmes ? Les Unions sont venues combler un vide que les autres institutions existantes n'avaient pas vocation à remplir.

Assurément, la satisfaction n'est pas totalement de mise. **Le partage de la connaissance des données issues du codage des actes et des pathologies entre les Caisses et les médecins libéraux doit devenir enfin opérationnel.**

Les Unions sont confrontées à un choix : soit dériver vers une instance politique avec le risque de la mise en œuvre d'une politique partisane par une formation majoritaire, soit rester des vigies, des gardiennes de la médecine libérale, plus conformes à l'esprit de la loi.

Dans le contexte de régionalisation de la santé, elles seront le relais de la politique de santé négociée au plan national entre les pouvoirs publics et les organisations syndicales représentatives.

Il serait contraire à l'esprit et à la vocation des Unions régionales qu'elles se regroupent implicitement dans une fédération telle une Conférence Nationale des Présidents, qui tendrait en quelque sorte à se substituer aux syndicats représentatifs.

Selon **Michel CHASSANG (CSMF)** :

Les Unions doivent être tout sauf un terrain de lutte syndicale et d'affrontement syndical. Le syndicalisme a des missions claires. Les unions professionnelles ont des missions, qui sont plutôt des missions d'expertise, au service de la profession.

Trois missions essentielles sont contenues dans

la loi : la mission de recueil des besoins, la mission d'évaluation des pratiques, la mission d'information et de formation.

L'évaluation des pratiques professionnelles est un véritable défi. C'est 115 000 médecins libéraux très exactement qu'il faut avoir évalués dans les cinq ans. Un travail de titan qu'il faudra financer. Ce n'est pas aux unions professionnelles, avec des ressources qui ne sont pas extensibles à l'infini, de financer ces évaluations des pratiques. Formation médicale initiale, formation médicale continue, évaluation des pratiques professionnelles : c'est la démarche qualité. C'est de notre responsabilité de médecins.

L'évaluation des besoins médicaux : il faut en finir avec un ONDAM « pifométrique » pour que l'on puisse un jour construire de façon médicalisée un ONDAM régional basé sur l'évaluation des besoins médicaux.

L'évaluation des besoins démographiques est un sujet qui concerne pleinement les unions professionnelles, parce que c'est au niveau régional que l'on voit la démographie, ce n'est pas depuis Paris, pour régler les problèmes à Lyon, à Marseille, ou ailleurs.

L'évaluation des besoins en permanence des soins peut être mise en place au niveau régional. On ne peut pas l'organiser sans que les unions professionnelles s'impliquent pleinement.

Le Dossier Médical Partagé concerne les Unions, mais ce n'est pas leur mission de prendre une décision politique en matière de dossier médical, partagé ou personnel. C'est du domaine de l'Etat avec les syndicats médicaux. Les Unions sont sollicitées sur le plan de l'expertise et de la mise en œuvre pratique.

Quant à la planification régionale, il faut que les médecins libéraux soient représentés dans les SROSS de façon plus importante qu'ils ne le sont aujourd'hui.

M. Chassang n'est pas favorable à la contractualisation avec les URCAM ou d'autres structures. « Cela ne veut pas dire que, dans le cadre des missions des agences régionales, les Unions n'aient pas leur rôle à jouer et qu'elles ne puissent pas travailler en relation avec les ARH et les URCAM. Mais, c'est un autre problème. »

Jean-Gabriel BRUN (UCCSF) :

Cet intervenant note le « gigantesque coup de chapeau envoyé par Xavier BERTRAND à la médecine libérale ». La médecine libérale dont on reconnaît absolument la nécessité du paiement à l'acte est représentée à l'extrême par le médecin de famille, le médecin traitant qui n'a aucun équivalent à l'hôpital.



Jacques CATON, Président de l'URML RA, Jean-Gabriel BRUN, Président de l'UCCSF, et Michel CHASSANG, Président du CSMF, devant le stand de l'URML Bretagne

Concernant la planification régionale, les URML doivent prendre un rôle important par leur connaissance du tissu local et des situations qui se créent aussi bien à l'hôpital public que dans les cliniques privées. Dans la réorganisation du tissu hospitalier, qui ne doit pas se faire exclusivement au profit de l'hôpital public, les situations doivent être investiguées par les acteurs locaux

La médecine libérale a son droit de cité en médecine de famille, mais il faut absolument que les Unions puissent faire une expertise sur les plateaux techniques, puisque maintenant l'imagerie va être dépendante des plateaux d'hospitalisation. « Je plaiderais assez pour que les Unions s'investissent dans cette mission d'expertise aux côtés du Conseil National de la Chirurgie. »

Pierre MONOD, PRÉSIDENT DE LA CONFÉRENCE DES PRÉSIDENTS DES URML

Le caractère des URML est essentiellement régional. Tous les syndicats ont à passer des commandes aux Unions en disant : « on a un problème, est-ce que vous êtes en mesure de nous donner un avis, de nous faire une expertise là-dessus ? »

« Certains syndicats nous diabolisent parce qu'il y aurait une hégémonie de la CSMF. Il se trouve que les Présidents de l'Union sont démocratiquement élus et qu'il y a une majorité, c'est comme cela.

Qu'il y ait une vie politique syndicale, au sein des Assemblées, c'est normal. Du fait que l'importance des élections aux Unions, c'est, pour les syndicats, leur représentativité. Pour nous, les Unions, cela devient de plus en plus d'avoir des gens qui vont travailler et qui vont être efficaces, tout en ayant bien entendu une origine et une sensibilité syndicale.

Quand on parle de contractualisation, nous n'avons pas à contracter avec l'URCAM pour tout ce qui touche la vie professionnelle du médecin. Effectivement, c'est de l'ordre des syndicats. Par contre, je crois que notre place, en tant qu'experts représentants de la profession, sur un tas de sujets techniques.

En 2006, il y a des élections qui vont permettre d'établir la représentativité des syndicats, elles sont donc fondamentales. Je souhaite que, jusqu'à la fin 2005, on puisse travailler dans la sérénité, dans ce qui fait notre unité dans les Unions, malgré tout ce qu'on dit. »

Qu'est-ce qui unit les syndicaux médicaux au travers des unions professionnelles ?

Pour Jean Gabriel BRUN :

Je pense qu'il y a des choses qui nous unissent. En particulier le colloque singulier entre le médecin et son patient qu'il nous faut maintenir.

Pour Jean-Claude REGI :

J'ai préféré venir ici dire ce que je pensais d'une manière démocratique, clairement, sans agressivité, plutôt que de faire des non-dits parce que la campagne des élections a commencé. Je suis convaincu qu'on peut arriver à travailler parce que je suis dans une Union où je travaille et où l'Union travaille. On n'a pas à faire la démonstration de cela. Mon désir aurait été que tout le monde soit autour de la table parce que l'Union est un lieu où on doit faire progresser la défense de la médecine libérale.

Pour Michel CHASSANG :

N'abandonnez pas vos syndicats, ils ont besoin de vous. Ce sont vos syndicats qui ont permis d'accéder aux unions professionnelles et vous montrez, par votre travail, que vous êtes tout à fait dignes de notre respect. Je repars conforté sur le fait que nous partageons l'essentiel des préoccupations. C'est-à-dire que nous avons pour ambition d'améliorer l'exercice libéral de la médecine.



Pierre MONOD, Président de la CNP, Xavier BERTRAND, Secrétaire d'État à l'Assurance Maladie, et R. UNVOIS, Président de l'URML Lorraine.



Jean-Gabriel BRUN, Président de l'UCCFS

CONCLUSION

Jean-Michel DUBERNARD, DÉPUTÉ DU RHÔNE ET PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DES AFFAIRES SOCIALES DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE

Jean-Michel DUBERNARD remercie l'équipe de l'URML Rhône-Alpes pour l'organisation de la journée et rappelle la qualité de ses travaux, consignés dans le CD Rom diffusé auprès des participants (religions et maternités, diabète non insulino-dépendant, pilule du lendemain, démographie, médecine d'urgence, de montagne, contribution de la médecine libérale à l'économie de la Région et de la Nation...)

Au niveau Rhône-Alpes, le partenariat avec les structures de santé publique est efficace, effectif et fait que les URML sont aujourd'hui respectées et reconnues indiscutablement.



Jean-Michel DUBERNARD, Député du Rhône et Président de la Commission des Affaires Sociales de l'Assemblée Nationale

En 1993, j'étais déjà député et si on m'avait demandé de parier sur l'avenir des URML, je n'aurais jamais imaginé que ces URML atteignent le niveau qu'elles ont atteint, notamment en remplissant leurs missions, dans le domaine de l'évaluation des besoins, de la démographie, de l'évaluation des pratiques professionnelles, de la formation et de l'information des médecins et des usagers.

L'indépendance des URML existe et elle est présente, même si ceux qui les constituent appartiennent à des structures syndicales. Vous êtes représentatifs, les médecins libéraux votent pour vous à un pourcentage élevé.

Je vous parle en tant que Président de Commission. C'est nous qui faisons la loi et qui la modifions fortement. Pour la santé publique, on l'a changée à 80 % ; pour l'assurance maladie, on n'a fait qu'un certain nombre d'adaptations, dont certaines sont significatives.

Je suis un fervent partisan de la **régionalisation**. Je me suis battu pour qu'on mette en place ces Missions Régionales de Santé. Le décret va sortir bientôt. On a mis en place des expérimentations d'Agences Régionales de Santé où l'URCAM et ARH, par exemple, seront plus intégrées.

Philippe DOUSTE-BLAZY a dit : **la réforme ne se fera pas sans vous**. Cela nous donne une responsabilité majeure et franchement, il faut que l'on mesure le poids de cette responsabilité. Je parle là très solennellement. Je pense que la dernière chance de sauver notre système et ses valeurs fondatrices basées sur la solidarité, basées sur l'existence d'une médecine libérale, est entre nos mains.

Je suis d'accord avec DOUSTE-BLAZY : si on ne réussit pas cette réforme, on est mort. Il va falloir que vous travailliez en connexion étroite avec la Haute Autorité de Santé qui va être constituée de huit personnalités nommées par le Président de la République, le Président du Sénat, mais qui s'appuieront sur les sociétés scientifiques.

C'est là aussi que les études qui peuvent être faites dans certaines régions spécifiquement ou au niveau national peuvent avoir beaucoup de signification.

Il vous a tendu la main, Monsieur MONOD, de façon très claire avec la notion d'expérimentation, notamment au niveau des zones dites désertifiées, pour les centres d'appel. Là encore, foncez !

Xavier BERTRAND a dit des choses qui me vont très bien parce qu'il a positionné les URML comme partenaire et promoteur de la réforme.

Pour l'évaluation des pratiques professionnelles, je vais essayer de faire passer l'amendement intelligent qui m'a été proposé, qui flèche un certain nombre de crédits du FAQSV. On ne peut pas faire de bonnes évaluations si on n'a pas d'argent.

Xavier BERTRAND m'a mis en cause sur l'accréditation. Je vais être clair et net. Depuis le début, par incompetence, les structures qui s'appelaient l'ANDEM puis l'ANAES, avaient fait une erreur majeure en accréditant les établissements.

C'est accréditer l'administration et pas accréditer les médecins.

On a parlé des relations formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles, la réponse était claire. Je pense qu'elle est satisfaisante pour vous.

On a rétabli la Conférence Régionale de Santé, qui va fonctionner pour de bon sur un nouveau mode. Je crois que les URML devraient trouver là une place significative.

Dans la Mission Régionale de Santé, lorsque tout fusionnera dans les Agences Régionales de Santé, à l'évidence vos structures prendront de plus en plus de signification.

Dans les cinq ans à venir, vous avez l'obstacle de 2006 que vous allez sûrement sauter facilement.

Je crois qu'il y a deux directions à prendre :

◆ *Un rapprochement avec la médecine hospitalière. Que vous deveniez des Unions Régionales de Médecins Libéraux et Publics ou de médecins tout court.*

◆ *Un rapprochement avec les autres professions de santé. Au niveau national, sous mon impulsion*

◆ *et c'est un de mes amendements - on a créé l'Union Nationale des Professions de Santé.*

Je pensais que cela se passerait très bien, tout le monde était content... Je vois le résultat aujourd'hui. On aura peut-être le CNPS qui persistera et l'URPS qui apparaîtra. Après 2006, je pense qu'il faut vous rapprocher parce que le jour où il y aura des Agences Régionales de Santé, il faudra que les ARH et les URCAM travaillent avec les URML, mais aussi avec les autres professions de santé. On risque de tomber dans une rivalité professionnelle qui nous fera perdre la belle unité que l'on peut porter.

Je souhaite un bon anniversaire aux URML. Revenez dans 10 ans à Lyon. CATON sera encore vivant. Je ne sais pas s'il sera encore à la tête de l'URML, mais vous pourrez lui rendre son éloge, lui donner une médaille et un bouquet de fleurs. Et puis, réfléchissez à ces deux rapprochements avec la médecine hospitalière et avec les autres professions de santé.



Jacques CATON (Président de l'URML RA), M. ALEGOËT (DRASS), Elisabeth ROUSSELOT (Champagne-Ardenne), Xavier BERTRAND (Secrétaire d'État à l'Assurance Maladie), Sauveur MERLENGHI (URML Corse), et Pierre MONOD (Président de la CNP), entourés de nombreux Présidents d'Unions, soufflent les 10 bougies du gâteau d'anniversaire des Unions

CLÔTURE DE LA JOURNÉE

Pierre MONOD

Cette journée sera vraiment historique parce que c'est une prise de conscience d'une certaine forme de la représentativité médicale que sont les Unions, et je crois que la famille professionnelle médicale en sort réellement grandie.

Vous avez peut-être remarqué, depuis quelque temps, qu'on parle plus souvent des Unions. On nous dit qu'il faut mieux faire savoir ; dans six mois, on va nous dire qu'il faudrait un peu baisser d'un demi-ton.

J'espère que tout cela va déboucher sur notre espace inter URML où tout le monde pourra venir piocher les travaux et ensuite être renvoyé vers les sites de nos Unions régionales.

Il faut qu'on réfléchisse à une réunion annuelle, j'y vois deux intérêts. Le premier, c'est que cela permet d'échanger et de faire une synthèse, et de nous rencontrer.

La deuxième raison, c'est que cela va nous occuper. Quand on est en préparation de ces journées-là, c'est un peu comme le bromure, on pensera peut-être un peu plus à nos travaux et un peu moins aux élections.



Pierre MONOD, Président de la Conférence Nationale des Présidents d'Unions



 N° Vert 0 800 880 607

URML RA - 20, rue Barrier 69006 Lyon

Tél : 04 72 74 02 75 - Fax : 04 72 74 00 23 - Mail : urmlra@urmlra.org - www.urmlra.org
