

L'Union URML

L'INFORMATION DES MÉDECINS EXERÇANT À TITRE LIBÉRAL EN ÎLE-DE-FRANCE

<http://www.urml-idf.org>

ILE DE FRANCE
Union Régionale
des Médecins Libéraux

de
la lettre

Le mot du président

Nous sommes la société !



sommaire

- MEDEC 2004 : transmission des données aux unions
- Journées Perte d'autonomie
- Avenir de la médecine libérale : rapport Lazar
- Relation patient-médecin

Les missions de l'Union définies par la loi

- Analyses et études relatives au système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux
- Évaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins
- Organisation et régulation du système de santé
- Prévention et actions de santé publique
- Coordination avec les autres professionnels de santé
- Information et formation des médecins et des usagers

Union régionale des médecins d'Île-de-France exerçant à titre libéral

104, boulevard du Montparnasse,
75682 Paris CEDEX 14
Tél. 01 40 64 14 70 – Fax. 01 43 21 80 34
Email : secretariat@urml-idf.org

Directeur de la publication :
Dr Bernard Huynh

Comité de rédaction :
Dr O. Aynaud, J. Bourcereau,
D. Girardon-Grischy, A. Gozlan,
J.-P. Grundeler, M. Roueff, G. Lyon,
F. Prudhomme, G. Rousselet,
M. Sylvestre, A. Vuong.

Secrétaire de rédaction :
A. Grenier

Numéro ISSN : 1285-4743
Dépôt légal à parution
Abonnement : 22,87 € TTC/an

Conception, réalisation et Impression :

Supra International
24 rue de Cronstadt
75015 Paris
Tél. 01 53 68 90 00
Fax. 01 53 68 90 10



Trois « Plans canicule » ont été publiés jusqu'à présent.

Aucun ne répondra vraisemblablement à la catastrophe imprévisible qui surviendra la prochaine fois, à un moment inattendu. Un atout majeur est aussi largement négligé dans ces projets : les ressources de soins et de mobilisation active que

représentent les médecins libéraux. Nous restons, pour l'essentiel, inconnus des pouvoirs publics pour qui seuls les services de l'État sont utiles en cas de catastrophe, et pour qui les médecins libéraux doivent attendre près de leur transistor les ordres des pompiers.

Nous sommes pourtant chaque jour à nos postes, dans des cabinets proches de nos patients, partout où ils vivent et travaillent. Nous sommes confrontés, comme eux, aux difficultés du quotidien et, jour après jour, nous leur apportons notre secours. Pour cela, nous sommes et resterons encore longtemps les tisseurs d'un lien social que tant d'autres regardent se désagréger. Nous avons encore des noms propres et les gens nous reconnaissent. C'est donc naturellement vers nous qu'ils se tournent pour être aidés, et ils ont raison puisque quand tout a explosé à Toulouse, ce sont aussi des médecins et des chirurgiens libéraux qui ont secouru les blessés.

Vacciner 12 millions de franciliens, opérer 20 000 blessés, rassurer 3 millions d'intoxiqués ou d'irradiés est impossible avec les seules forces des fonctionnaires sans l'aide des 25 000 médecins libéraux d'Île-de-France.

Pensons y ensemble.

Bien confraternellement

Docteur Bernard Huynh
Président URML Île-de-France

Email : huynh@urml-idf.org



Transmission des données au *le nouveau grand défi de l'évaluation*

Le MEDEC est devenu pour l'URML d'Île de France, l'occasion d'un rendez-vous dédié à l'informatique, « le plus près possible du terrain », pour « marquer les bornes » du chemin qui se construit et observer l'« évolution des mentalités », selon les termes du Dr Bernard Huynh, le président de l'union.

Ce 18 mars, la publication du décret sur la transmission des données médicales aux unions, et l'utilisation de ces informations pour l'évaluation étaient au cœur des débats

« Le sujet n'est plus théorique, les URML sont au pied du mur pour organiser la transmission et le partage de l'information. Que peut-on entreprendre pour aboutir à une démarche qualité? ». En une phrase, le président de la Conférence nationale des présidents d'Unions, Pierre Monod a résumé la situation et le cadre du débat qui s'est déroulé au MEDEC sous l'égide de la Commission « système d'information », de l'URML Ile-de-France, nouvelle dénomination de la commission informatique, présidée par le Dr Jean-François Thébaut

Il aura donc fallu à la profession organisée attendre plus de onze ans après la loi Teulade du 4 janvier 1993 créant les unions professionnelles, et plus de 10 ans après la loi Veil du 18 janvier 1994, pour être reconnue « majeure », et, comme le rappelait Pierre Monod « légitimes pour recevoir des informations et connaître les données issues de leur propre activité ». Toute la question est désormais de savoir organiser ce « premier pas vers un partenariat responsable et équilibré », sachant que les unions n'ont pas « les

mêmes besoins que le financeur ou la tutelle », elles qui ont expérimenté et financé, sur le mode du volontariat, l'évaluation des pratiques individuelles et collectives. Et surtout comment s'y prendre pour aboutir, à terme à une « vraie gestion du risque au niveau régional » et, peut être demain, à une coopération franche entre « le financeur, l'État, les collectivités territoriales, les associations de patients et les professionnels de santé »? Bref, comment transformer cette « indépendance fonctionnelle » en efficacité?

État des lieux

La question soulevée par le Président Monod est d'autant plus fondée que le cadre du décret laisse le champ ouvert à deux options opérationnelles : transmettre et recueillir avec ou sans passer par l'Assurance maladie

Le décret pose en effet quatre points fondamentaux.

1. Les médecins libéraux conventionnés et ceux qui consacrent une partie de leur activité à l'exercice libéral en établissement de santé publique ou privé sont

tenus, individuellement de transmettre par voie électronique à leur union régionale, les informations anonymisées issues du codage des actes médicaux donnant lieu à remboursement.

2. Les modalités techniques doivent obéir à un cahier des charges soumis à l'approbation de la CNIL, élaboré conjointement par une instance issue de la Conférence nationale des présidents d'union - qui se voit par ce décret, officiellement reconnue - et du GIE Sesam-Vitale.

3. Ladite instance a également le rôle de procéder au déploiement et à la mise en œuvre du dispositif sur l'ensemble du territoire, en partenariat avec les syndicats médicaux représentatifs.

4. L'anonymat de l'émetteur peut être levée avec son accord, si ce dernier demande à bénéficier d'une action d'évaluation individuelle ou collective de ses pratiques, organisée par l'union.

« Les outils informatiques de recueil de l'information sont-ils à créer? » C'est Mme Marie-Renée Babel, directrice déléguée de la CNAM, qui pose cette question faussement candide car cette interrogation agite le groupe de travail constitué par la Conférence des présidents d'URML au point qu'il vient de lancer un appel d'offre pour procéder à état de lieux de l'existant en cette matière. En effet, plusieurs systèmes sont actuellement en fonctionnement, à commencer par Libéralis, dont plus de la moitié des unions se sont dotées « et qui n'a pas démerité », selon le Dr Monod. Son constructeur, la société Stéria, a également installé l'OCT (organisme concentrateur technique) de l'union Île de France. Il faut également compter avec Résopharma, l'OCT créé par des syndicats pharmaceutiques départementaux et la Fédération des Syndicats pharmaceutiques de France en 1991. Sans omettre la Cegedim de Jean-Claude Labrune, qui pratique l'évaluation des pra-

Quatre scénarios de base pour le captage des données:

1 - Éclatement à la source: le médecin envoie copie de ses données aux URML : Sans doute très fiable et précis parce que proche du médecin cette option implique une adaptation du poste médecin et le laisse responsable de son flux en relation directe avec les régimes obligatoires et bientôt complémentaires.

2 - Envoi à un Organisme Concentrateur Technique professionnel type URML : Les Unions prennent la res-

ponsabilité du flux et éclatent vers les assurances maladies obligatoires et complémentaires, le médecin bénéficie du support logistique URML qui garantissent le flux et négocie collectivement avec les régimes obligatoires et complémentaires.

3 - Copie des flux à la sortie des frontaux des régimes de l'assurance maladie :

Les Unions reçoivent l'intégralité des flux avant l'envoi au SNIIRAM et ont ainsi la possibilité de traiter les données

indépendamment. Système coûteux demande la construction d'un SNIIRAM bis pour les Unions.

4 - Accès aux données du SNIIRAM :

Sans doute le plus intéressant économiquement, le SNIIRAM offre ses données aux Unions, mais le mode de requête et les entrepôts de données préparés sont ils garants d'une indépendance de pensée dans le traitement des données?

Évaluation en ligne : interrogations et réalisations

tiques collectives pour l'industrie pharmaceutique et les pouvoirs publics. Et d'autres, dans d'autres unions de France. Autant de structures qui se disent prêtes à relever le défi, alors qu'un poids lourd existe déjà sur le marché, le SNIIRAM (Service National d'Information Inter-régime de l'Assurance Maladie), créé par la loi de Financement de l'Assurance maladie 1999 qui lui a également donné une instance de contrôle: le Comité pour la transparence des statistiques de l'Assurance maladie.

L'invitation du SNIIRAM

« L'arrêté du 11 avril 2002 a rendu les Urml destinataires des statistiques agrégées issues de ce système co-construit par les régimes obligatoires, l'État, les professions de santé et les organismes de recherche », plaide Mme Babel. L'outil qui a mobilisé de lourds investissements proposera dès septembre des informations concernant les dépenses de santé et l'offre de soins. Puis, ultérieurement, des statistiques lisibles concernant la consommation de soins, les pathologies et le parcours du patient, « exploitables par les unions dans le cadre d'une évaluation individuelle ou collective », insiste-t-elle.

« C'est maintenant qu'il faut faire les requêtes et les paramétrages, les unions sont invitées à participer », exhorte M^{me} Babel en soulevant le problème du coût énorme d'une éventuelle nouvelle solution à construire. « Nos données sont exhaustives, ce qui n'est pas le cas des données concernées par le décret, vos données seront anonymes, en conséquence ni chaînables ni rapprochables, donc difficilement exploitables pour l'évaluation », énumère-t-elle. « Et qu'en sera-t-il de l'aménagement du poste de travail... » ?

Autant de questions: le coût, le temps, l'aménagement du poste de travail, le codage des données, la pertinence des résultats attendus, pour quel usage, à

« Pour l'instant, je ne vois rien qui marche ». Le D^r Jacques Samson, de la Commission « système d'information » de l'URML, a mis les pieds dans le plat. « Le traitement des données fait peur, et qui va payer? » lâche-t-il en évoquant le coût de l'évaluation des pratiques professionnelles pour les unions. « Il faudra centraliser l'information, la contrôler. Cela passe par la validation des outils et il y a beaucoup d'écueil » poursuit-t-il. « Les URML sont partie prenante de l'évaluation, mais celle-ci passe d'abord par une gestion claire des données ». « Faudra-t-il orienter les référentiels médicaux pour leur donner une approche médico-économique, les médecins habilités doivent-ils être aussi des médecins DIM »? enchaîne le D^r Thébaut...

Autant d'interrogations qui révèlent l'ampleur du travail qui reste à accomplir pour que les unions professionnelles s'approprient, effectivement, l'évaluation par l'outil informatique, en toute indépendance et selon le concept rappelé par le D^r Ortolan, président de la section généraliste de l'union et du Conseil national de FMC (CNFMC): « Une démarche qualité est une démarche d'efficacité ». Histoire de couper court aux éventuelles arrières pensées médico-économiques.

À domicile

Pourtant, l'évaluation en ligne, cela fonctionne déjà. Le D^r Marc-André Raetzo, enseignant suisse membre du réseau Delta, s'est fait le porte parole de l'évaluation VIPS (virtual internet patient simulation), évaluation qualitative utilisée à l'Université de Montréal, destinée à tester « dans l'action » la prise de décision d'un praticien

partir d'un système à construire ou pas?... qui « terrorisent le monde libéral », résume le D^r Thébaut, sous le regard approbateur du D^r Monod. Lequel sait bien que le processus ne sera accepté par les médecins libéraux que s'il n'entraîne pas de nouvelles contraintes. D'où cette autre initiative du groupe de travail des Unions: le lancement de deux autres appels d'offre, le premier concernant l'analyse des scénarios de captage des données en croisant les aspects politiques, techniques et financiers. Le second, juridique, pour répondre aux questions de statuts soulevées par le déploiement du dispositif.

confronté à un patient virtuel. En France, Le D^r Jean-François Brulet, président du réseau Odyssee (ensemble de logiciels libres et gratuits pour la collecte d'information), fait profiter ses confrères, à partir d'un logiciel installé sur le bureau « Episodus » (à téléchargement libre: <http://www.episodus.net>), de dossiers médicaux informatisés complets permettant le calcul de risque et le tracé de la ligne de vie des patients, avec, de plus, des statistiques épidémiologiques tirées du collecteur d'informations Prometheus. Compatible avec le premier et bientôt également en téléchargement libre, le module DPIO (dépistage-prévention-individuel-organisé), de la Société française de médecine générale (SFMG) propose, comme l'explique le D^r Dominique Girardon-Grichy, élue de l'union, une identification des facteurs de risques, des calculs de risques et des stratégies de dépistage en fonction des antécédents familiaux et personnels. Et il y a également le projet STEP, qui est, selon le D^r Pierre Levy, secrétaire général de l'URML « un procédé d'évaluation individuel des besoins en formation », élaboré par l'ACFM et l'AFORSPE (organismes de FMC de la CSMF. N.D.L.R.), financé par le FAF (Fond action formation). En cours de validation, le procédé inspiré d'une méthode américaine, permet une évaluation des connaissances et des compétences, qui pointe la prise de décision et détecte les scotomes. « Un outil idéal pour la FMC à domicile. Au terme du test, le médecin aura son score », ajoutait le D^r Levy. Autant de réalisations à la portée de main des médecins libéraux, développées par les médecins, pour eux, dans un cadre strict de volontariat, pour une évaluation libre et non sanctionnante.

Mais, inutile de se voiler la face, outre le thème de l'indépendance, une question éternelle demeure. « Le gros problème est financier », reconnaissait le D^r Monod. « Il va falloir mettre des moyens supérieurs à tous ceux des URML et des médecins libéraux... ». Pourtant, le président de la Conférence nationale s'est affiché « enthousiaste même si le décret est très restreint ». « La profession doit faire son apprentissage. Nous aurons des départements d'information médicale (DIM) dans les unions. Laissez-nous travailler sur la manière dont nous allons construire les choses... », concluait-t-il, sourire aux lèvres.



La perte d'autonomie fait salle comble

Organisée par la commission « Exercice à domicile », de la section généraliste de l'URML, la « Journée perte d'autonomie » qui vient de se tenir à la Maison de la Chimie à Paris, s'est déroulée devant un amphi comble, empli d'institutionnels, de médecins et de professionnels de terrain venus faire le point sur le dépistage, l'orientation et la coordination de la prise en charge du handicap et de la perte d'autonomie.

« Nous avons pris cette initiative en 2003, année du Handicap », explique le D^r Pierre Lévy, Secrétaire Général de l'URML. « Cette journée vise à pointer pour les institutionnels les déficits en moyens humains et financiers. C'est aussi un moyen de mieux faire circuler l'information entre les acteurs de terrain qui se connaissent mal ». En 2000 déjà, le dépouillement d'une enquête lancée par l'URML à l'occasion de la journée « Devenir centenaire chez soi », avait abouti à la mise en place d'une formation originale, dispensée par des médecins formés pour cette tâche, auprès des auxiliaires de vie (123 personnes ont déjà suivi cette formation). Et les initiatives allant dans le sens d'une meilleure communication entre les acteurs, et d'une meilleure connaissance des institutions par les personnes concernées – professionnels et familles – se sont succédées depuis : édition de fiches pratiques par l'URML, mise

en place d'un site : http://www.urml-idf.org/Site_PA/index.htm, avec la Drass et l'Urcam Île-de-France, destiné à savoir « qui fait quoi ? » en matière de prise en charge de personnes âgées. Et puisque la perte d'autonomie concerne les personnes à tous les âges de la vie, lancement d'un site sur la prise en charge du handicap, financé par le FAQSV, à l'initiative du D^r Gérard Lyon, généraliste élu de l'Union et Président de l'Association médicale pour l'évaluation des soins en santé (voir ci-contre).

Une nouvelle enquête a été lancée en 2003 pour préparer cette journée 2004 (voir interview ci-joint). « La mission de l'URML est de mettre du lien » explique le D^r Michel Dore, co-organisateur de la journée avec le D^r Eric Chardin, de la Commission « Exercice à domicile ». 80 % des médecins qui ont répondu à l'enquête (80 % des répondants sont des médecins généralistes), avouent en effet connaître

de grandes difficultés pour organiser la prise en charge, et s'y reconnaître dans les méandres administratifs, situation d'autant plus périlleuse que les moyens matériels et humains manquent. Surtout pour organiser les soins quotidiens. « Les moyens n'existent que de façon ponctuelle, chacun bricole dans son coin. Où est le financement de la collectivité, ou est la cohérence de la prise en charge ? », devait s'interroger le D^r Dore.

« Nous lançons un message aux pouvoirs publics », renchérrissait le D^r Bernard Ortolan, Président de la Section Généraliste de l'Union. « Les équipes sont insuffisantes et elles souffrent, on manque de personnel, de compétences, de moyens de financement. Nous avons besoin de créer de nouveaux métiers et de nouvelles compétences ».

Pour l'URML, c'est un nouveau et grand chantier qui vient d'être lancé.

Entretien avec le D^r Pierre Lévy, Secrétaire Général de l'URML



Quels premiers enseignements peut-on tirer de l'enquête conduite par l'URML à l'occasion de cette journée consacrée à la perte d'autonomie ?

- D^r Pierre Lévy : Les réponses des médecins généralistes – 80 % des répondants – correspondent à ce que nous ressentons subjectivement dans

le cadre de notre exercice quotidien. C'est-à-dire que 80 % ont des problèmes pour organiser la prise en charge de leurs patients dépendants, et plus de 70 %, des difficultés pour trouver du personnel et notamment des aides soignantes. Des croisements entre les

items de cette enquête sont actuellement en cours.

La journée « Devenir centenaire chez soi » organisée par l'URML en 2000, a généré un certain nombre d'initiatives, notamment la création d'un site « Personnes âgées qui fait quoi », et d'un projet de formation d'auxiliaires de vie par des médecins libéraux.

Qu'espérez-vous cette fois-ci ?

- D^r P.L. : Nous sommes très satisfaits de cette journée, il y a eu 187 participants et 18 intervenants. De très nombreux contacts se sont noués à cette occasion, entre l'URML, les médecins libéraux, les institutionnels. Nous aimerions bien avec les institutionnels présents à cette journée, réfléchir à la

manière de mener un projet commun permettant de persuader en haut lieu que le statut des auxiliaires de vie doit, au moins pour une bonne partie d'entre elles, évoluer vers celui des aides soignantes. Cette journée doit être la première étape d'une réflexion commune qui permette de faciliter la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées ou handicapées. Mais d'ores et déjà, les contacts pris nous orientent vers la rédaction d'une plaquette d'information sur les CLIC (Comité local d'information et de coordination), à l'usage des médecins libéraux. Ces structures sont assez neuves et l'information n'est pas suffisamment passée, nous allons nous en faire le relais.

Entretien avec le Dr Bernard Ortolan Président de la Section Généraliste de l'URML

Dans quel but l'union a-t-elle organisé une journée sur la perte d'autonomie ?

- **Dr Bernard Ortolan :** Cette journée est le prolongement de la journée « Devenir centenaire chez soi » que nous avions organisé en octobre 2001. Depuis longtemps, l'union sait que le problème des personnes âgées qui risquent de se retrouver en situation de perte d'autonomie, est un vrai enjeu pour aujourd'hui et demain. La mission du médecin généraliste est de dépister et de reculer ce risque et, lorsque la situation s'installe, d'anticiper la prise en charge pour éviter l'hospitalisation et ensuite l'institutionnalisation. Nous avons voulu aller au-delà en 2004, et travailler sur toutes les personnes, de l'enfant à l'adulte, qui sont confrontées à la perte d'autonomie et nécessitent une assistance constante à domicile.

L'enquête diligentée par l'union à l'occasion de cette journée pointe, parmi les problèmes rencontrés, le manque de personnel.

- **Dr B.O. :** Oui, au-delà des familles qui peuvent être en phase d'épuisement pour assister 24 h/24 ces patients, il

manque du personnel pour les soins médicaux et les tâches quotidiennes de la vie ordinaire. Il faut aider les aidants, et il faut plus d'aidants compétents ou ayant acquis certaines compétences.

Comment faire ?

- **Dr B.O. :** Il n'y a pas assez d'infirmières en France et la nomenclature des actes infirmiers ne permet pas de prendre en charge les toilettes par exemple. Il nous faut un corps de métier habilité à faire des soins de toilette et au-delà, des soins de prévention notamment des troubles trophiques et des escarres, il nous faut des aides soignantes. Or, il n'y a pas de statut ni de formation véritable de l'aide soignante en ville, c'est un corps de métier intermédiaire qu'il faut créer en lui donnant une existence statutaire. C'est parce qu'il manque ce maillon dans la chaîne des soins à domicile qu'à mon avis, on est obligé d'hospitaliser ou de se résoudre avec la famille, à mettre ces patients en institution. Les formateurs que nous



avons formé pour intervenir dans le cursus de formation des auxiliaires de vie nous ont dit avoir été frustrés du peu de messages médicaux qu'ils avaient à délivrer dans le programme qui leur était confié. Pourtant, les participantes à cette formation souhaitent de leur côté avoir davantage de responsabilités et de formation pour pouvoir accéder au corps du malade. Or, il n'est pas véritablement autorisé à une auxiliaire de vie de faire des soins corporels au-delà de la toilette ordinaire, il y a donc un problème statutaire qu'il va falloir résoudre.

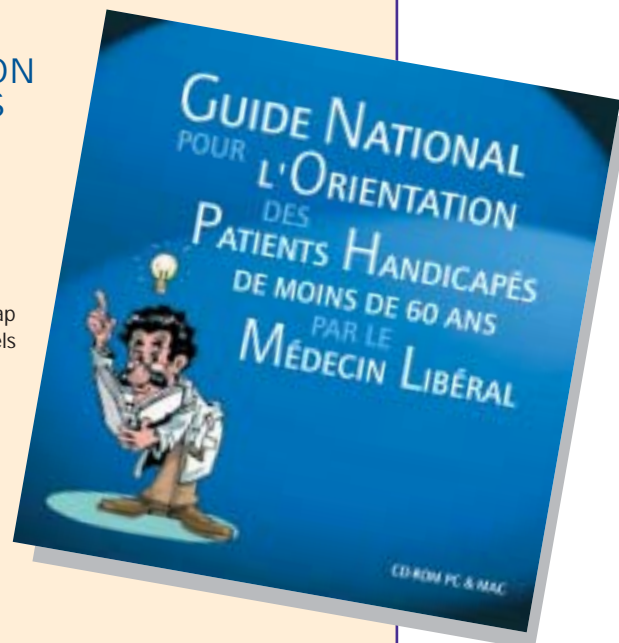
**L'Union Régionale des Médecins Libéraux Île-de-France
La mission handicap de l'APHP
et le portail Internet sur le handicap en Île-de-France
www.handi-info-idf.org
présentent**

**LE GUIDE POUR L'ORIENTATION
DES PATIENTS HANDICAPÉS
par le Médecin Libéral**

L'aide à l'orientation des patients handicapés, est une attente forte de la profession. En s'appuyant largement sur le travail que l'URML PACA a mis en place à travers son guide papier sur le handicap, votre Union régionale en étroite collaboration avec la mission handicap de l'APHP et www.handi-info-idf.org, portail Internet sur le handicap pour les professionnels de santé en Île-de-France, a développé une version multimédia francilienne de ce support.

Ce CD Rom est un outil de conseil administratif au service de vos patients.

Le site www.handi-info-idf.org quant à lui se veut l'outil indispensable pour accéder à toutes les informations pratiques sur le handicap en Ile de France, grâce à une base de données tenu à jour régulièrement recensant et organisant l'ensemble des ressources franciliennes dans le domaine de la prise en charge des personnes handicapées. Nous espérons que ce dispositif réponde à l'aide que vous attendiez dans votre pratique quotidienne.



Rapport Lazar : *retour vers le futur*

L'auteur du rapport Lazar, commandé par Claude Evin en 1990, vient d'accepter, dans le cadre de la 7^e journée Santé publique et médecine libérale organisée par l'URML, et selon les termes du D^r Bernard Huynh, son Président, de procéder avec une dizaine d'acteurs majeurs de la profession, à une « relecture du passé avec les données du présent ».

Le rapport « 12 thèses pour le renouveau de la médecine libérale » n'a pas été suivi d'effet. Les positions théoriques avancées par le directeur de l'Inserm de l'époque concernant la réorientation massive des médecins vers la médecine non prescriptive, pour alléger la Sécu, n'ont pas séduit. « L'idéologie l'a emporté sur le bon sens : il fallait maîtriser l'offre de soins », reconnaît Philippe Lazar, aujourd'hui Conseiller maître en services extraordinaires à la Cour des Comptes.

Nous étions en 1990, à l'époque de la démographie médicale pléthorique sans organisation collective en réseaux de soins, de l'émergence d'une grande précarité en France, d'un déficit record de l'assurance maladie. L'Europe ne

comptait que douze membres, les principes fondateurs du libéralisme étaient jugés intangibles, et la notion d'évaluation des pratiques suscitait de l'effroi.

14 ans plus tard, la pénurie démographique est pour demain, alors qu'elle est déjà réelle pour certaines spécialités médicales et zones dans l'hexagone. On compte environ 10 % de la population en « situation de fragilité », a rappelé le D^r Bernard Elghozi, créateur de Créteil Solidarité et élu de l'URML. L'Europe va bientôt compter 25 membres et la santé relève toujours de la subsidiarité des états, c'est-à-dire qu'il n'y a « pas de commissaire européen chargé de la politique de santé, mais un conseil européen des professions libérales, siégeant au Conseil économique européen », soulignait le D^r Bruno Silbermann, représentant français à l'UEMS et président de la Section Spécialistes de l'Union.

Sans créer de véritable révolution, on a déjà rogné un peu des sacro saintes libertés. « La profession a la liberté de s'imposer ses contraintes », explique le D^r Claude Maffioli, président de l'UNAPL. « L'indépendance de la prescription n'est pas contradictoire avec les règles et les référentiels. La profession peut prendre en main la régulation de son installation, mais le libre choix est intangible ». Quand à l'évaluation des pratiques en médecine libérale, elle est en train de passer à une « phase d'industrialisation », est venu rappeler Alain Coulomb, directeur de l'Anaes. Et grâce à des textes de loi « *ad hoc* », les réseaux tissent leurs toiles en France. Mais le déficit de l'assurance maladie est toujours record.

Foisonnement

Comment le corps médical s'est-il adapté à ces changements ?

« Au 1^{er} janvier 2001, la France comptait 332 médecins pour 100 000 habitants. Elle en comptera 260 dans quinze ans », devait rappeler le D^r Gilles Errieau, membre de la mission Berland sur la démographie

des professions de santé et le transfert des compétences. Face à ce constat à rebours des projections de 1990, les initiatives se sont multipliées. En collaboration avec l'URML, les futurs spécialistes du Syndicat des internes de hôpitaux de Paris ont rédigé « Le livre blanc des internes », une cartographie de la profession du futur en Île de France. Un observatoire de la démographie médicale a été installé et un fichier national à partir du GIP-CPS, le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), doit être opérationnel à la fin de l'année. De plus, les aides ponctuelles foisonnent, est venu rappeler le D^r Jean-Michel Chabot, conseiller sortant de Jean-François Mattei. Découlant de dispositions relatives à l'aménagement du territoire ou de la loi rurale, d'accords conclus avec les caisses ou les collectivités locales, de dispositions propres aux créateurs d'entreprises, ces aides « sont on vout être à disposition », pour les jeunes sur le point de s'installer ou pour les internes s'engageant à exercer cinq ans dans un département. Sans compter les discussions en cours avec l'Ordre national autour des autorisations d'exercice en cabinet secondaire et la possibilité d'exercer avec un statut de collaborateur libéral ou salarié, qui devraient aboutir à l'automne, devait préciser le D^r Gérard Zeiger, du Conseil national, sous le regard du Président Ducloux, grand témoin dans la salle.

Pour des objectifs à plus long terme, des missions sont nommées. Entre le travail sur le périmètre et le champ d'intervention du médecin – évoqué à l'époque dans le rapport Lazar – dirigé par le Pr Yves Matillon, ex directeur de l'Anaes et celui qui est conduit dans le cadre de la mission Berland concernant la démographie des professions de santé et le transfert de compétences – y compris vis-à-vis des patients, insistait le D^r Gilles Errieau – les esprits bouillonnent.

Les 12 thèses du rapport Lazar

- 1 Valorisation de la fonction sociale du médecin,
- 2 Elargissement de la responsabilité médicale au champ complet de la santé,
- 3 Réorientations de la médecine curative vers la médecine non prescriptive,
- 4 Exercice en temps partagé pour les généralistes : soin de premier recours et activités de nature collectives
- 5 Evaluation des procédures diagnostiques et thérapeutiques, nouveaux modes de rémunération des actes techniques pour la médecine spécialisée
- 6 Adaptation de la FMI : tronc commun de formation médicale et formation optionnelle diversifiée
- 7 Préservation des libertés essentielles de l'exercice de la médecine,
- 8 Action selon une bonne échelle : infra-régionale ou infra-départementale, promotion du regroupement des médecins,
- 9 Développement des relations entre la médecine libérale et l'hôpital,
- 10 Diversification des contrats dans le cadre conventionnel : contrats d'intérêt public et contrats de secteur 2
- 11 Compatibilité macro-économique des réformes envisagées par un jeu de transfert,
- 12 Recentrage de l'évolution française dans un contexte européen et mondial.

Le rapport Lazar est téléchargeable sur le site Internet de l'URML : www.urml-idf.org

D'un autre côté, le rôle social du médecin n'a cessé de s'accroître au cours des dernières quinze années. Et les prises en charges sociales de se diversifier avec la mise en place de la CMU, de la CME, des consultations Pass à l'hôpital et de l'émergence des réseaux. Élu de l'URML et créateur de Créteil Solidarité, le Dr Bernard El Ghazi fut un acteur de premier plan face à cette chronicisation. « Il faut mettre les compétences en complémentarité, le réseau est une réponse », est-il venu témoigner en appui de la thèse de Philippe Lazar. Pratique en réseaux, également promue par le Dr José Clavero, élu de l'union, pour « optimiser la prise en charge des patients et des conditions de travail des professionnels, analyser la trajectoire du patient, promouvoir les référentiels de bonne pratique » et, en final, « induire des économies très importantes ». Pratiques en réseaux et réorganisation de l'offre de soins : « quitte à mourir », est venu rappeler Dominique Coudreau, ancien directeur de l'ARH d'Île de France. Et, toujours sous



MACHAONS 2004

Présidé par le Dr José Clavero et le Pr Pierre Godeau, soutenu par Servier, les Machaons 2004, qui récompensent les meilleures thèses en médecine libérale ont été remis au :

- Dr Cyrille Vartanian : Profil, formation et devenir professionnel des internes en médecine générale de la Faculté de médecine de Bichat, inscrits en PCEM 1 (1^{er} prix) ;
- Dr Sandrine Bercier : Qualité de vie et examens complémentaires auprès des femmes ménopausées traitées ou non par THS (2^e prix) ;
- Dr Ester Kouby-Soyeux : Contribution ville-hôpital pour les patients douloureux chroniques (3^e prix).

la contrainte économique, émergence de la notion de « régulation par l'évaluation et la qualité »

Bien que le postulat de départ fut erroné, Philippe Lazar en 12 thèses, avait presque tout dessiné.

« Je note une certaine actualité dans mon rapport », concluait-t-il en appelant le pays à « renouer avec l'utopie », exprimer des « objectifs de santé à l'échelle européenne » et « associer les citoyens à cette réflexion ».

RCP : *l'alternative RESIRISQ*

Le groupe de travail « réconcilier droit et soins », auquel participent les URML ⁽¹⁾, vient d'élaborer Resirisq, un projet visant à mieux connaître la fréquence et le coût des sinistres, piloté par l'Institut de recherche et de développement de la qualité (IRDQ), avec la participation de l'Anaes.

M. Jean Vilanova, responsable des marchés à la Médicale de France, commente cette initiative.

En quoi consiste le projet Resirisq ?

- **M. Jean VILANOVA** : Ce projet part du constat de la difficulté pour un certain nombre de spécialités médicales, de s'assurer dans des conditions normales. Il s'agit de réunir ces spécialités et de labelliser un certain nombre de pratiques dans le but de parvenir à une réduction ou à un contrôle des risques médicaux induits par ces spécialités.

Par quels mécanismes y parvient-t-on ?

- **M. J.V.** : Il va falloir, par spécialité et à partir de certains ou de tous les actes pratiqués par ces spécialités, définir les référentiels et tout ce qui peut écartier ou diminuer les sinistres potentiels. C'est un vrai travail de fourmi, lourd, dossier par dossier, qui doit être entrepris par les professionnels de santé eux-mêmes.

Réunis pour ce faire dans des cellules de « risk management », dont le coût est très élevé. Sait-on d'ores et déjà

comment ces cellules de gestion du risque seront financées ?

- **M. J.V.** : Pour l'instant, la question est loin d'être résolue, les sommes avancées sont très élevées, il va falloir mettre tout cela sur la table car l'idée en soi est excellente.

Une fois le projet élaboré, le groupe de travail ira le proposer aux pouvoirs publics ?

- **M. J.V.** : L'intervention des pouvoirs publics est indispensable, rien ne pourra se faire sans eux, ce sera la deuxième partie de ce travail.

- De votre côté, en tant qu'assureur, quels bénéfices comptez-vous tirer de Resirisq ?

- **M. J.V.** : Nous ne raisonnons pas comme cela. Nous souscrivons à toutes les initiatives individuelles et collectives qui tendent à diminuer la sinistralité. Nous les soutenons et nous les initions

parfois. Lorsque nous aurons constaté que la sinistralité aura été réduite en fréquence, en coût et en gravité du fait de processus qualitatifs en amont de la souscription du contrat, le montant de la cotisation ira mécaniquement vers la baisse, puisqu'elle est le reflet exact du coût des sinistres.

Donc, l'enjeu, c'est de faire baisser la sinistralité pour faire baisser le montant des polices ?

- **M. J.V.** : C'est tout à fait cela. Nous réagirons a posteriori, après avoir analysé les conséquences sur les résultats techniques, et donc sur le montant des primes.

www.lamedicaledefrance.fr

(1) Constitué principalement de membres de l'AGRIM (Association de gestion du risque médical), d'ARRES (Analyse et prévention du risque en anesthésie et en réanimation), de l'OCF (Observatoire de la chirurgie française) et des URML.

Le cabinet des attentions : la relation patient médecin sous un regard d'artiste

Représenter la relation entre un patient et son médecin relève d'une gageure. C'est pourtant le pari qui a été relevé par l'URML Île-de-France avec « Le cabinet des intentions », une installation artistique signée Patrick Corillon. Après avoir été présentée à la Maison de la Radio du 19 mars au 14 avril 2004, puis reprise à la station de métro Pasteur (ligne 6), jusqu'au 8 mai prochain, l'exposition va partir en tournée ⁽¹⁾

La relation qui se tisse dans la durée entre un patient et son médecin, alchimie subtile où fusionnent abandon et savoir, émotion et empathie, confiance et humanité, relève du domaine du non écrit. Impossible de confiner dans un texte réglementaire ou administratif, cette relation unique, apanage de la médecine libérale forgée sur le libre choix.

C'est ce bien si précieux qui résiste à l'offensive de la médecine technicienne ou la judiciarisation de la société, que l'URML Île-de-France a voulu donner à voir ⁽²⁾ « car c'est ce qu'il nous semble le plus important dans notre métier », explique le D^r Bernard Huynh, président de l'union.

L'idée de confier cette mission à un artiste conceptuel s'est alors imposée, tant il est apparu que l'objectivation d'un lien indécible pétri d'imaginaire, d'histoires personnelles, de fantasmes et de souffrance réelles relevait du domaine de l'art

contemporain où peuvent se mêler tous les supports : vidéo en 3 D, sons et lumières, images et écrit. Autant de techniques réunies dans l'exposition « Le cabinet des attentions », un parcours artistique au cœur de la relation patient-médecin signée Patrick Corillon, artiste plasticien mondialement reconnu.

Fiction et vérité

L'artiste s'est attelé à cette tâche allégorique avec un profond « sentiment citoyen, un grand sens de la responsabilité ». Il affirme s'être senti « très libre », dans la conception de l'œuvre, même si celle-ci découle de longs échanges avec le comité de pilotage de l'URML. Il en a découlé un « portrait de groupe » qui emmène le spectateur dans un voyage en trois étapes. Dans l'inconscient individuel et collectif des médecins et des malades, d'abord, par la puissance créative d'un film en 3 D et de ses personna-

ges virtuels. Puis, plus tard, dans une salle d'attente : un jeu de rôles – ombres projetées et silhouettes fusionnelles. Enfin, dans l'univers des mots, grâce à un lieu interactif où des histoires imaginaires, des fables sont projetées. « La fiction est pour moi, un postulat de la réalité », aime confier Patrick Corillon.

« Cette œuvre a pour nous la valeur d'un grand monument ou d'une allégorie », se félicitait le D^r Bernard Huynh en souhaitant que « de nombreux enfants viennent la voir ».

1. « Le cabinet des attentions » circulera en Ile-de-France et en France – Inscrivez vous à la newsletter de l'URML pour être informé des prochaines dates : webmestre@urml-idf.org

2. En partenariat avec la Fédération mutualiste parisienne, la CaixaBank, la Médicale de France, la RATP, la Direction régionale des Affaires culturelles d'Ile-de-France, la région Île-de-France, France-Info, le *Quotidien du médecin*, le *Généraliste* et le *Parisien*.

Relation médecin patient : grand débat radio france

Après avoir donné à voir artistiquement la relation médecin-patient, l'URML a voulu en débattre avec le plus grand nombre à l'occasion d'un « Grand débat » public de France Inter, enregistré le 24 mars à la Faculté de Médecine de Necker, à Paris.

« Il y a autant de type de relation entre un médecin et son patient qu'il y a de médecins et de malades, autant d'histoires que de rapports humains ». Cette phrase prononcée par le Pr. Bernard Debré, chef de service d'urologie à l'hôpital Cochin, résume la teneur du débat qui s'est tenu à Necker à l'initiative de l'URML d'Île de France, en partenariat avec Le Monde, La City radio et France Inter.

Difficile de résumer deux heures de débats, quelques extraits avant une

prochaine diffusion sur les antennes de Radio France :

« C'est un lieu de modestie, il y a finalement peu de technique. Le médecin généraliste doit trouver un consensus, aider les patients à trouver du sens. Les progrès techniques, magnifiques sur le plan exploratoire et thérapeutique, n'en font pas moins de la médecine, une terre d'échec », était venu témoigner le D^r Gilles Errieau, médecin généraliste. Soutenu dans sa démonstration par le D^r Marc Sylvestre, psychiatre élu de l'URML. « La relation médecin-malade oblige le thérapeute à réfléchir. Il faut du temps alors que nous sommes dans un monde de productivité, et que nous avons peu de moyens. ». Face au doute- l'ennemi du médecin - c'est un « rapport d'égalité avec le patient qui donne de la force pour la réussite de ce qui

est proposé ». Une force décuplée dans un réseau de santé, qui « transversalise l'ensemble des ressources et permet au patient d'être au centre du labyrinthe ». Y compris pour la transmission de l'information. « Nous sommes passés d'une médecine avec médiation orale à une médecine écrite et contractualisée », ne pouvait que constater Gilles Errieau. Informer pour « dire la vérité » au malade, mais laquelle ? « Parfois, nous ne la connaissons pas nous-mêmes », avouait Bernard Debré en se décrivant comme un professionnel « au service » du malade. « Nous sommes à la recherche d'une vérité commune », nuançait Marc Sylvestre en parlant de l'« amour » qui fonde la relation entre un patient et son malade. Amour, service, compassion, science et médiation : une approche de la vocation ?