

TRAIT d'UNION

BULLETIN DE L'UNION RÉGIONALE DES MÉDECINS LIBÉRAUX RHÔNE-ALPES



L'EPP est obligatoire depuis le 1^{er} Juillet !

au sommaire :

Mieux éliminer les déchets 4
La gestion des DASRI

Naissance d'un syndicat de chirurgie viscérale et digestive 6
Rencontre avec Didier Messens

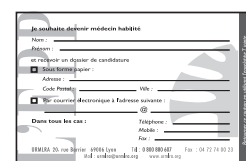
Evaluation des Pratiques Professionnelles 8
Chiffres, décrets et témoignages

Gérontologie et Médecine Générale 12
Séminaire : "des liens à inventer"

Prix de Thèse en Médecine Générale 15
Appel à candidatures 2006

■ l'actualité :

Le décret du 14 avril modifie nos pratiques : l'esprit critique que nous développons autour d'elles s'impose ! L'URML RA étend sa réflexion à travers des séminaires (démographie médicale, liens à inventer entre gérontologie et médecine générale), et analyse l'organisation de la profession sur le terrain (Permanence des soins, développement du DMP...) Pour motiver les générations à venir, elle lance un Prix de Thèse en Médecine générale !




Docteur Bernard MULLER
Vice président du Collège des médecins spécialistes
de l'URML RA
contact : bernard.muller@urmlra.org

Logiciels libres : c'est gratuit et performant !



Les logiciels libres sont des logiciels comme les autres mais s'en distinguent sur le terrain juridique : ils sont protégés contre l'appropriation par une licence.

En un mot, **un logiciel libre est gratuit** quand il a été payé. Mais il n'est payé qu'une fois, et en amont. Exactement comme pour les mathématiques. Il faut financer la recherche, mais les théorèmes appartiennent à tous.

Open Office est désormais considéré comme une alternative viable à **MS Office** (600 € à la FNAC) ou **GIMP** comme un concurrent de **Photoshop** ! Les principaux outils bureautiques disponibles :



Open Office

Voici, à l'instar de The Gimp ou de Mozilla, un petit bijou gracieusement offert par la communauté du logiciel libre venant d'un travail collaboratif acharné et constant. Pendant libre de la suite commerciale Star Office, [OpenOffice.org](http://www.openoffice.org) est une suite bureautique complète qui propose des alternatives à MS Word, MS Excel, MS PowerPoint, en compatibilité quasi complète en lecture et en écriture avec les formats Microsoft.

- un traitement de texte (Writer) avec en bonus dans les dernières versions la création de fichiers au format Pdf,
- un tableur (Calc),

- un logiciel de présentation (Impress),
- un logiciel de dessin vectoriel et de PAO (Draw)
- un éditeur de pages web
- un module de création et de gestion des bases de données.



Mozilla

Une **suite Internet complète** comprenant un navigateur évolué, l'accès au courrier électronique et aux forums de discussion ainsi que de nombreux outils de développement. Gestion des onglets dans le navigateur, des mots de passe, des indésirables ...

Thunderbird

Un **gestionnaire de courrier électronique** et d'accès aux forums de discussion (Usenet). Simple, pratique et personnalisable, il apprend automatiquement à détecter et se débarrasse pour vous des messages indésirables. Le pendant d'Outlook, avec une version d'agenda en pré-test.



Firefox

Un **navigateur simple, pratique et personnalisable**, recommandé pour les débutants et les utilisateurs d'Internet Explorer.

Gimp est un **logiciel de retouche d'images**, mais en raison de sa grande adaptabilité, il peut aussi bien servir de logiciel de dessin ou de création de logos. Gimp possède plusieurs outils

de dessin classiques, mais aussi des fonctionnalités avancées telles que la manipulation de layers (couches d'images superposées), et le concept de plug-ins (petits programmes communiquant avec Gimp).

Tous ces logiciels tournent évidemment sur Windows, mais également sur Mac OS et Linux.



Linux, le fameux système d'exploitation réservé aux passionnés peut être installé sur des machines fonctionnant sur Windows.

De nombreux hôpitaux, ministères, entreprises ont déjà fait le grand saut et remplacé leurs licences Microsoft par la suite **Open Office** pour des économies non négligeables.

Pourquoi pas vous ?

Une petite sélection de sites :

Un dossier médical partagé libre et belge
<http://www.crisnet.be/>

Médecine Libre
<http://medecinelibre.nuxeo.org/>

Téléchargement de la suite Mozilla, Firefox et Thunderbird
<http://frenchmozilla.sourceforge.net/>

Framasoft, 904 logiciels libres
<http://www.framasoft.net/>

Le site français d'Open Office
<http://fr.openoffice.org/>

Le site français de GIMP
<http://www.gimp-fr.org/>

UNE RENTRÉE " CHOC "

Les réformes secondaires à la loi KOUCHNER et surtout à la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 (Ph. DOUSTE-BLAZY – X. BERTRAND) se mettent en place difficilement. En effet, trop d'impréparation et d'à peu près ont présidé à celles-ci et notamment à la réforme du médecin traitant, avec le nouveau parcours de soins coordonnés. Sur ce sujet, les informations les plus contradictoires sont données aux patients par l'Assurance Maladie et par les Services du Ministère ou le Ministre lui-même, puisque l'on entend successivement, à quelques minutes d'intervalle sur les ondes, des publicités de l'Assurance Maladie indiquant que tout va changer à partir du 1er juillet et que si les patients n'ont pas de médecin traitant, les soins et notamment les consultations seront moins bien remboursées. Alors que le Ministre explique, d'ailleurs à juste titre, qu'il n'y a pas lieu de se précipiter vers une consultation inutile, si le besoin ne s'en fait pas ressentir pour simplement avoir une déclaration du médecin traitant.

En ce qui concerne les praticiens travaillant en plateaux techniques et notamment les médecins spécialistes, tarification à l'activité (T2A) et classification commune des actes médicaux (CCAM) sèment également la confusion. La mise en place de la T2A a généré des difficultés dans les établissements de soins. Ces difficultés ne seront d'ailleurs pas terminées tant que les groupes homogènes de séjour (GHS) ne seront pas revus, ceux-ci étant trop grossiers pour s'adapter à la pratique subtile et précise des médecins spécialistes.

Pour la CCAM, nous avons déjà relevé les anomalies de celle-ci dans sa première version. Nous en sommes à la deuxième version qui ne sera stabilisée que fin juin début juillet, avec une application au 15 septembre 2005, mais avec encore quelques incohérences. L'ensemble du monde hospitalier, mais également les gestionnaires de l'Assurance Maladie et les Tutelles Hospitalières, se sont émus de la pagaille ainsi provoquée.

Un des derniers outils de la réforme, le Dossier Médical Patient, semble vouloir se mettre en place avec le choix de zones d'expérimentation déterminées au mois de septembre. L'Union Régionale des Médecins Libéraux a fait ce qu'il fallait pour se trouver en " pôle position " en apportant la quatrième pierre de l'édifice, patiemment élaboré avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie et le Conseil Régional. Après l'accord politique, l'accord financier, le GIP du DMP validera-t-il cette position ? Nous l'espérons !

Nous profitons de cet éditorial pour le dernier numéro du Trait d'Union avant cet été pour vous souhaiter de bonnes vacances et un repos bien mérité, car la rentrée sera certainement difficile et laborieuse.



Jacques CATON
Président de l'URML RA

Trait d'Union :

Parution trimestrielle de l'UNION
RÉGIONALE DES MÉDECINS
LIBÉRAUX Rhône-Alpes

URML Rhône-Alpes :

20, rue Barrier 69006 Lyon

Tél : 04 72 74 02 75

Fax : 04 72 74 00 23

E-Mail : urmlra@urmlra.org

Site Web : <http://www.urmlra.org>

Directeur de la Publication :

Jacques CATON

Rédacteur en chef :

Bernard MULLER

Editeur délégué :

MCHFrance

18, place Tolozan

69001 Lyon

mci@mci-group.com

Direction :

Sandrine CHABERT

Rédaction :

Sylvie FINAND

Conception Graphique :

Raymond GARDE

Crédits photographiques :

© 2005 MCHFrance

Impression : Imprimerie REBOUL

ISSN 1294 - 9671

Mieux éliminer les déchets d'activités de soins à risques infectieux



Madame Anne VIDY
Ingénieur sanitaire au service Santé-Environnement
de la DRASS

Depuis 10 ans, le Plan régional d'élimination des déchets d'activités de soins (PREDAS de Rhône-Alpes) coordonne la gestion des DASRI (notamment des piquants-coupants) qui doivent suivre une filière d'élimination spécifique (incinération ou désinfection).

Un état des lieux, suivi de recommandations, a montré que cette collecte n'a cessé d'augmenter depuis le début des bilans en 1997 : de 9 900 T, on est passé à 14 881 T en 2003. Cependant, les variations sont inégales selon les départements (6 958 T dans le Rhône contre 416 T en Ardèche) et selon les typologies de producteurs.

Collecter les petites quantités disséminées

Les gros producteurs qui jettent plus de 100 kilos de DASRI par semaine, comme les établissements de soins, représentent la majeure partie des tonnages. Les producteurs diffus (professionnels de santé, particuliers...), produisent moins de 5 kilos par mois, mais leurs filières d'élimination sont beaucoup moins bien organisées, notamment pour les particuliers.

Anne Vidy, ingénieur sanitaire au Service Santé-Environnement de la DRASS, constate :

« L'amélioration du taux de collecte chez les 21 600 professionnels de santé libéraux de la région par rapport au précédent bilan » et note que « le travail actuel des DDASS et DRASS de Rhône-Alpes porte essentiellement sur la problématique des patients en auto-traitement, pour inciter à la création de points d'apport volontaire ».

Une quarantaine de points d'apport volontaire existent actuellement sur la région, mais la majeure partie est localisée en Isère.

Identifier les producteurs diffus

Pour mieux estimer le nombre de particuliers producteurs de DASRI en Rhône-Alpes et les quantités produites, les DDASS et DRASS ont chargé l'ORS d'une enquête.



Une vingtaine de pathologies seraient concernées : maladies de longue durée comme le diabète, l'hépatite, la sclérose en plaques, l'hémophilie, le retard de croissance ou maladies de courte durée comme la prévention de la thrombose veineuse et le

traitement de l'infertilité pour lesquelles les patients se servent de seringues eux-mêmes.

Le rôle des collectivités locales

Un guide est parallèlement en cours de rédaction pour encourager les collectivités locales à aménager des points d'apport volontaire, au titre de la collecte des déchets dangereux des ménages. Plusieurs solutions sont possibles, notamment aménager des locaux spécifiques dans les déchetteries, implanter des bornes automatiques (en ville, dans les enceintes des hôpitaux...), comme par exemple à Bourg en Bresse.

« Des réunions de sensibilisation des collectivités sont envisagées, conjointement avec des associations de malades, ajoute Anne Vidy : les solutions simples et gratuites pour le particulier sont à développer avec l'avis de tous. Les maires, de leur côté, devront relayer auprès de leurs administrés les informations sur les conditions de tri et d'élimination de leurs DASRI, par exemple en s'appuyant sur les officines pour relayer l'information. »

Vous trouverez ce bilan sur le site de la DRASS :

<http://rhone-alpes.sante.gouv.fr/sante/environn/acrobat/dasri/predas.pdf>

La démographie médicale et vous



Docteur Emile OLAYA
Président du Collège des médecins généralistes
contact : emile.olaya@urmlra.org

Il est impossible d'améliorer les conditions d'exercice de la médecine générale sans une bonne connaissance de sa démographie. Sans maîtrise de ce paramètre essentiel, toute participation aux négociations avec les pouvoirs publics est vaine. C'est pour nous garantir une information solide que nous avons réalisé l'étude Géosanté qui décrit le plus précisément possible les 1000 bassins de vie (et plus) de la région Rhône Alpes.

Un outil très neuf et très utile !

Malgré les imperfections que présente inévitablement cette première expérience, les fiches que nous avons mises à disposition des confrères et des étudiants sont les pages les plus consultées du site de l'URML. Elles ont servi également d'outil aux confrères participant à l'organisation de la permanence des soins dans les CODAMU.

Notons qu'aujourd'hui ce travail s'illustre encore, dans une toute autre dimension. Les Pouvoirs Publics ont en effet décidé de mettre en place des dispositifs d'aide à l'installation. En favorisant par exemple l'exercice de la

médecine générale en zone démographiquement déficitaire avec une défiscalisation du revenu des actes pratiqués en garde par les confrères. C'est dans la précipitation que s'est organisée la consultation destinée à fixer le choix des sites concernés. Il existe des divergences importantes sur la méthode de détermination de ces secteurs où l'exercice de la médecine générale est le plus remis en question.

Un état des lieux à interpréter pour agir vite et bien

Certains observateurs ont reproché à Géosanté d'être alarmiste. C'est pourtant l'excès d'optimisme dominant qui depuis 20 ans a plongé la profession dans son état actuel...

Géosanté se contente d'alerter, à partir d'éléments objectifs, les responsables sur des difficultés prévisibles et leur laisse le choix des solutions.

Grâce aux informations de cette étude, nous avons pu ajouter à la liste très limitée qui nous était soumise un certain nombre de secteurs sensibles à favoriser par les différentes mesures d'aide au maintien de l'activité de médecine générale. Les premières propositions qui nous ont été faites traduisaient mal la réalité vécue par

nos confrères. Nous avons alors tenté de représenter vos situations réelles sur le terrain, face à des propositions que l'on pourrait décrire comme très en dessous des besoins.

Vos informations nous intéressent

Cette expérience nous prouve à quel point il est important de maîtriser nos propres outils de connaissance de la démographie pour notre profession. Une nouvelle mise à jour de Géosanté va commencer, pour préserver une connaissance du terrain actualisée et juste.

Pour que notre démarche soit efficace, il est essentiel que vous nous communiquiez toute modification, toute inexactitude, que vous relèveriez sur la fiche correspondant à votre bassin d'activité, afin que nous la prenions en compte. Merci pour votre collaboration.

www.urmlra.org/geomedecine

Permanence des soins

PDS : le cas Haute-Savoie

En matière de PDS, l'organisation de Haute Savoie est unique en France ! Ses deux particularités : un cahier des charges original et une communication en direction de la population.

Une concertation entre le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires (CODAMUPS) a permis d'élaborer un cahier des charges de la PDS en médecine ambulatoire. La bonne

surprise, ce sont les horaires de garde, limités à 22 heures, qui ont été signés par la Préfecture. Supportables, et donc motivants pour les médecins, il n'ont cependant pas encore convaincu le secteur d'Annemasse qui fonctionne encore sur le mode des réquisitions. Qui dit optimisation de l'offre médicale, dit rationalisation de la demande. Un dépliant à destination du grand public donne les clés de la PDS aux hauts-savoyards.

Cet outil d'information signé DDASS, Assurance Maladie et URML RA explique comment, le plus simplement possible, appeler un médecin le soir, la nuit ou le week end.

Ce mode d'emploi avec un jeu de questions/réponses fait le tour des interrogations les plus communes et identifie les rôles de chacun : Généraliste, SAMU, Pompiers, Urgences, afin d'éviter les appels mal ciblés ou redondants.

Naissance d'un syndicat : celui des chirurgiens viscéraux



Docteur Didier MESSENS
Membre du Conseil d'Administration du SNCVD
contact : didier.messens@wanadoo.fr

Le 5 février 2005, la première assemblée générale du Syndicat National de Chirurgie Viscérale et Digestive réunissait 284 membres au siège de l'URML RA.

Le Dr Marc Papillon, Président, remerciait le Dr Jacques Caton qui a offert son aide logistique à la création de ce syndicat.

Rencontre avec le Dr Didier Messens (Nîmes), membre du CA

TU : A quoi devez-vous le succès de votre nouveau syndicat, puisque plus de 70 départements, la moitié du monde hospitalier public et 20 PUPH se sont mobilisés dès sa première réunion ?

DM : Nous sommes 3500 chirurgiens viscéralistes en France, et la nomenclature de notre spécialité, la plus vieille et la plus noble, n'a pas évolué depuis presque 50 ans !

La codification des actes n'a pas été rehaussée, elle ne tient pas compte de l'arrivée de nouvelles techniques comme la coelioscopie ni de la pénibilité de notre profession.

Nous travaillons en moyenne 59h par semaine en dehors des astreintes, or notre intervention est vitale, lourde et souvent confrontée à des complications inéluctables. Absorbés par notre tâche qui est difficile techniquement

nous n'étions pas encore « montés au créneau » ! Nous faisons 14 ans d'étude, de nombreuses gardes très lourdes en formation, notamment lorsque les greffes d'organes se rajoutent aux programmes réglés ...

Mais nous avons conscience que si rien ne bouge, le taux de renouvellement de la profession ne sera que de 15% en 2010 : les internes préfèrent la dermato ou l'ORL, on les comprend...

Les axes sur lesquels le syndicat va travailler :

- ◆ Défendre et promouvoir la spécificité du chirurgien viscéral au niveau des tutelles.

- ◆ Discuter des modifications de la CCAM chaque année.

- ◆ Oeuvrer en collaboration avec les autres syndicats de spécialités chirurgicales.

- ◆ Mettre en place avec la société savante de la spécialité des référentiels pour l'évaluation des pratiques professionnelles et la seconde version de la certification des établissements de santé. L'EPP est désormais obligatoire et les référentiels sont élaborés avec l'aide des sociétés savantes, des collèges et des syndicats.

- ◆ Défendre et promouvoir la spécificité du chirurgien viscéral au niveau des différentes fédérations hospitalières (FHF, FEHAP, FHP...).

- ◆ Mettre en place en coordination avec la société savante et le collège de la spécialité, une cellule de gestion des risques médicaux dénommée *Viscerisq* en collaboration avec les associations déjà existantes type *Gynerisq*, *Orthorisq*, etc...

DMP : un accord exceptionnel en Rhône-Alpes

Un accord exceptionnel en France marque la volonté de travailler ensemble sur un dossier ville-hôpital (DMP) partagé par tous les médecins libéraux et hospitaliers. Sa signature a eu lieu au Conseil Régional à Charbonnières le 10 mars 2005.



De gauche à droite, Jacques METAIS (Directeur de l'ARH-RA), Thierry PHILIP (Vice Président délégué à la santé, au sport et aux formations sanitaires et sociales), Georges DORME (Directeur de l'URCAM-RA), Jacques CATON (Président de l'URML-RA), représentant le comité de pilotage en Rhône-Alpes.

Une enquête régionale sur la chirurgie viscérale

Docteur Jacques CATON
Président de l'URML RA
contact : jacques.caton@urmlra.org



« Dans le contexte actuel de la crise des chirurgiens et des problèmes démographiques, il est apparu que l'appellation « chirurgie générale » ne correspondait plus à une activité unique mais qu'elle regroupait des chirurgies totalement différentes allant de la chirurgie orthopédique à la chirurgie viscérale en passant par l'urologie.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux a donc souhaité, d'une part déterminer les contours de ce qu'est la chirurgie viscérale et, d'autre part, réaliser une enquête démographique sur les chirurgiens viscéraux répondant

à cette pratique. CEMKA-EVAL a effectué cette étude en collaboration avec le Collège des spécialités chirurgicales, les internes en chirurgie et les chirurgiens viscéraux hospitaliers et libéraux de la Région Rhône-Alpes.

Ce travail a servi de base à un reclassement national des chirurgiens viscéraux et à la création d'un Syndicat de la spécialité de chirurgie viscérale qui, paradoxalement n'existait pas alors que cette spécialité est la plus nombreuse en chirurgie. Enfin, des simulations sur l'évolution de la situation de chirurgiens viscéraux ont été réalisées comme pour les autres spécialités.

Elles montrent un certain nombre de variations engendrées par rapport à la situation actuelle, à structure de consommation équivalente : ainsi la limitation du temps total de travail des chirurgiens viscéraux limitée à 169 heures devrait entraîner une hausse de 49% du nombre de chirurgiens viscéraux, ce qui actuellement ne semble pas réaliste. D'autant que les chirurgiens viscéraux sont les spécialistes ayant le temps de travail le plus important (101 heures par semaine, gardes et astreintes comprises). »

Cette enquête est consultable en ligne sur le site www.urmlra.org

Réforme de la Sécurité Sociale

CISSRA : les usagers et la réforme

Le 8 avril dernier, le Collectif Interassociatif sur la santé en Rhône-Alpes réunissait les usagers de la santé et les professionnels pour un commentaire éclairé de la nouvelle loi sur la Sécurité Sociale du 13 août 2004.

Nouvelle convention

Dans un premier temps, M. Fournier de la FNATAH et un médecin de la mutualité française ont exprimé leurs craintes face à « la complexité du parcours de soin et à l'éventuelle diminution des remboursements lors d'accès directs aux spécialistes ».

Paul Barbedienne, représentant l'URML, a rappelé ses missions d'origine et son rôle d'information auprès des usagers, notamment en matière de **prévention, de responsabilisation des usagers, la pénurie de généralistes étant à prévoir.**

DMP

Dans un second temps, M. Genevier, ophtalmologue, représentant le Fédération Nationale des Réseaux et PREVENTIS, a évoqué l'avènement du nouveau métier " d'infomédiaire ", qui prendrait en charge la gestion du DMP pour le patient et serait rémunéré par des sociétés à but non lucratif, composées de médecins et d'usagers.

Cette profession se justifierait par une nécessaire standardisation de la pensée, de la rédaction et du langage médical. Cependant, le DMP ne saurait être selon lui une réalité avant

10 ans, au vu des contraintes techniques qu'il engendre et de l'absence de culture de partage des données.

Un représentant de l'ARH a rappelé la convention signée entre le Conseil régional, l'URML RA, l'ARH et l'URCAM pour le développement du Dossier Patient Partagé Réparti (DPPR), en expliquant les notions de STIC (serveur télématique d'identification collective) et de PEPS (plateforme d'échange des professionnels de santé) dont le CH d'Annecy est le premier expérimentateur.

Décret du 14 avril 2005 : qu'e



Docteur Guy CHAUPLANNAZ
Commission évaluation des pratiques professionnelles
contact : guy.chauplannaz@urmlra.org

En Rhône-Alpes, plus de 600 médecins libéraux se sont engagés, alors que celle-ci était encore facultative.

Depuis le 14 avril, l'EPP est obligatoire. Le décret, inséré dans le code de la santé publique, rend les connaissances comme parties intégrantes de la FMC.

L'EPP en chiffres

Médecins habilités (MH)

- ◆ 36 MH sont habilités depuis mars 2004 (sur 390 candidatures), dont 21 généralistes et 15 spécialistes
- ◆ 58 MH sont en cours de formation (sur 308 candidatures) et seront opérationnels en juillet 2005, dont 34 généralistes et 24 spécialistes.

Médecins engagés (ME)

- ◆ Les EPP individuelles (depuis le 15 avril 2004)
 - 32 EPP sont terminées
Durée moyenne 5 mois (de 2 à 10 mois)
 - 12 EPP sont en cours
 - 13 EPP ont été annulées, le ME revenant sur son engagement
- ◆ EPP collectives (depuis juillet 2004)
 - 5 groupes ont terminé (43 Médecins Libéraux)
 - 15 groupes sont en cours d'EPP (137 Médecins Libéraux)
 - 10 groupes sont en cours de constitution, soit 78 Médecins Libéraux

En attente

- ◆ EPP individuelles : 130 ME
- ◆ EPP collectives : 69 ME

TOTAL : 199 Médecins engagés sont en attente.

LES DIFFERENCES PAR RAPPORT AU DECRET DU 28/12/99

- ◆ Les médecins doivent s'engager à une « amélioration continue » de la qualité des soins, mais rien n'est officiellement prévu pour contrôler ce niveau supplémentaire de la démarche qualité.
- ◆ Plusieurs dispositifs sont mis en place pour les libéraux :
 - soit ils ont recours à un médecin habilité (MH) directement missionné par l'URML comme pour l'EPP actuelle,
 - soit ils s'adressent à organisme agréé par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Ce dernier peut avoir recours à un MH. Dans le cas contraire, un MH mandaté par l'URML assurera le contrôle de la qualité de la démarche.

- ◆ Pour les médecins libéraux exerçant en établissement de santé, les évaluations sont organisées conjointement par l'URML et la CME.
- ◆ Les médecins salariés, qu'ils exercent ou non en établissements de santé, sont également soumis à l'obligation d'EPP avec des modalités voisines.
- ◆ Le contrôle de cette obligation d'EPP sera assuré par une Commission régionale composée de trois membres de l'Ordre des Médecins et de trois représentants des CNFMC (libéral, hospitalier et salarié non hospitalier). Celle-ci pourra saisir le Conseil Régional de l'Ordre si elle estime qu'un médecin n'a pas respecté l'obligation d'EPP.

Ainsi, tous les acteurs sont partie prenante dans le dispositif : l'Ordre des Médecins, le Conseil National de la FMC à côté de l'HAS et des URML. Ils vont intervenir dans la formation des MH et le suivi de l'EPP.

POINTS A PRECISER

- ◆ Quels seront les critères qui détermineront la sélection des organismes agréés ?
- ◆ Quels seront les critères de validation au titre des différentes modalités d'exercice des médecins ? Ils ne sont pas clairement définis : lorsqu'ils travaillent en hôpital et en cabinet par exemple, quels sont les minima à respecter pour chaque modalité d'exercice ?

L'URML reste le « guichet unique » de l'EPP pour les médecins libéraux mais le problème des ressources financières n'est pas abordé.

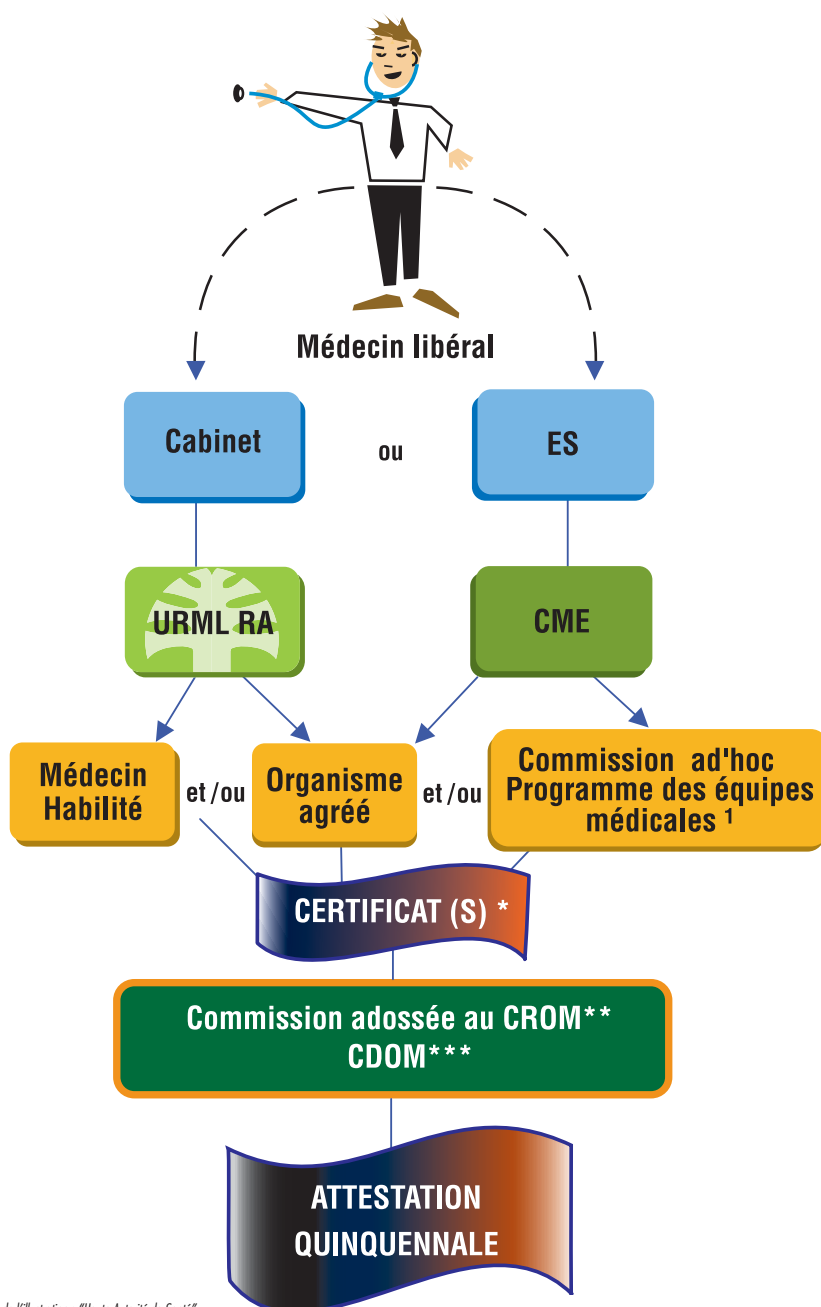
Il semble donc que l'EPP nouvelle version soit plus coercitive que l'EPP facultative.

est-ce qui change pour l'EPP ?

se sont engagés dans la démarche d'EPP

re pour tout médecin au cours d'une période maximale de 5 ans.
ublique, associe désormais l'EPP avec le perfectionnement
MC.

Parcours de validation de l'EPP



ES = Etablissement de santé, public ou privé

URML RA = Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes

CME = Commission médicale d'établissement, commission médicale ou conférence médicale

CROM = Conseil régional de l'ordre des médecins

CDOM = Conseil départemental de l'ordre des médecins

1 Valorisable par la version 2 de la certification (accréditation) des établissements de santé

***** Le certificat est délivré par l'URML RA, la CME ou l'organisme agréé

****** Une copie du certificat est adressée à la commission adossée au CROM

******* Le CDOM délivre l'attestation quinquennale

Evaluation des Pratiques Professionnelles

Témoignages de Médecins Habilités

Un « évaluateur pratiquant »

Charles-Henri Guez, généraliste à Sainte Foy les Lyon (69), est Médecin Habilité ou plutôt médecin « facilitateur » comme il préfère se désigner, depuis un an. « C'est bien, c'est beau et c'est prenant ! L'évaluation va bien au-delà de la vérification de la tenue du dossier médical. Elle suppose, du côté de l'évaluateur, une empathie qui permet de dédramatiser la démarche. Pour l'évalué, la frontière entre « je ne sais pas donc je suis nul » et « je ne sais pas et je vais demander » est ténue. L'EPP, surtout si elle est collective, ressemble à un audit de pratiques qui permet de sortir de l'isolement et d'éviter la culpabilisation ».

L'arroseur arrosé

« Avec 2 séminaires de formation ANAES à St Denis et une évaluation de sa propre pratique, le MH se met lui-même sur la sellette et prouve sa motivation. La première évaluation collective que j'ai effectuée m'a ensuite mis en contact avec des « perles » du métier qui avaient un point de vue très critique sur l'EPP et souhaitaient la connaître de plus près. Ces médecins enseignants considéraient l'évaluation comme une « chasse gardée » de la FMC. Or nous sommes, je crois, tombés d'accord sur l'idée que l'EPP est une porte d'entrée de la FMC, que ces deux méthodes sont complémentaires pour avancer dans la maturation professionnelle. »

Accepter le doute

« Accompagner l'autre me passionne. Evaluer c'est aussi partager des clés d'organisation, comme lorsqu'on préconise une consultation de synthèse auprès des patients, souvent nombreux, dont on n'a pas réactualisé les antécédents. On devrait le faire une fois par an, avec un questionnaire complet auquel on ne pense que trop rarement. Cette habitude développe les réflexes de prévention. Nous allons, lors de notre bilan de juin, proposer des pistes d'amélioration. Pour ma part, je crois qu'il faut que nous structurions mieux notre accompagnement, en étant moins pudiques et plus directifs, sur les dates de comptes rendus par exemple. J'ai un doute sur mon organisation, comment font les autres ? Je sais juste que ça me plaît de changer de département, de changer de monde, deux ou trois EPP par an c'est tout à fait supportable même si la rémunération n'équivaut pas celle de nos consultations, nous avons intellectuellement tout à y gagner. »

Deux « MH » en formation

La qualité en ligne de mire

Jean-Paul Vallenet, généraliste à Ville la Grand (74), fait partie de la nouvelle vague de médecins actuellement en formation pour devenir MH. Sa motivation première est « la qualité, qui n'est améliorée que par une remise en question. » Ce praticien perçoit sa future mission comme une « confrontation conviviale de nos expériences, de nos modes d'exercices et de nos outils. » Selon les formations, les spécialités, les matériels informatiques et les logiciels adaptés, la vie des médecins est plus ou moins facile... « Il me paraît enrichissant pour moi-même d'accompagner l'autre vers les bonnes questions. Aussi bien en termes pratiques qu'humains : à travers un dossier, la relation au patient doit se révéler assez rapidement. »

La pédagogie entre pairs

Romain Forestier, rhumatologue à Aix les Bains (73), animait déjà un centre de recherche clinique dans sa ville.

« Praticant déjà l'évaluation pour avoir fait des recommandations de pratiques cliniques avec l'ANAES, je pensais que l'EPP était une évaluation pratiquée par cet organisme, mais ce n'est pas du tout ça ! Ce que propose l'EPP ressemble plus à une méthode pédagogique, le but final étant de former les médecins, et ça m'intéresse beaucoup. Cette démarche qualité suppose une auto-évaluation difficile : par définition, nous ne sommes pas neutres avec nous-mêmes ! Mais elle aide à mettre en pratique les recommandations qui nous sont faites, à connaître les outils qui nous sont offerts et qui sont évolutifs sur le long terme. Pour l'instant, ceux qui concernent ma spécialité me semblent trop basiques ou inutilisables, mais ce n'est pas grave puisque la méthode est géniale, elle est la seule qui puisse marcher auprès des libéraux. »

Je connaissais les théories de communication pour entrer en bonne relation avec les autres praticiens, et j'apprends enfin des méthodes pédagogiques qui peuvent aussi me servir pour mes patients et mes enfants ! L'important est d'intégrer des connaissances pour une prise en charge autonome.

Enfin, ma conviction est que si ce n'était pas des médecins qui évaluaient les autres médecins, d'autres s'en chargeraient, comme les caisses d'AM, les assurances privées, le gouvernement. Or leur connaissance du terrain ne serait pas assez profonde et leur regard ne serait pas forcément juste ou bienveillant, ne connaissant pas les contraintes et les horaires de la médecine de ville, à l'instar des médecins conseils ou des professeurs d'Université. »

CEPPRAL : l'URML RA s'est largement impliquée pour l'EPP dans les établissements de santé publics et privés

L'Association Coordination pour l'Evaluation des Pratiques Professionnelles en Santé en Rhône-Alpes (CEPPRAL) est régie par la loi du 1er juillet 1901.

Le CEPPRAL a pour objet de contribuer, dans les établissements de santé publics et privés de la Région Rhône-Alpes, au développement de l'évaluation des pratiques professionnelles.

Ses missions :

1. assurer la mise en commun des éléments d'information et des expériences d'évaluation en santé menées en Région Rhône-Alpes et de conduire des actions d'information et/ou de formation au profit de ses membres.

2. exercer une mission d'aide méthodologique, pour le compte de ses membres ou de toute autre partie qui solliciterait son intervention, visant à l'élaboration et à la conduite d'actions d'évaluation des pratiques professionnelles en santé.

3. contribuer à la définition d'une politique régionale de la qualité des soins et collaborer avec les instances locales et régionales dans ses champs d'intervention.

Lorsqu'un établissement de santé adhérent sollicite le CEPPRAL, son représentant en informe la cellule opérationnelle. Plusieurs types de sollicitations peuvent être reçus :

♦ **Une demande de suivi de projet**, dans le cadre de la politique régionale d'évaluation des pratiques professionnelles,

♦ **Une demande ponctuelle liée à des questions méthodologiques** que se pose un établissement de santé adhérent dans le cadre de la mise en place de projets internes d'évaluation ou de démarche qualité,

♦ **Une demande d'information** et de sensibilisation à l'évaluation des pratiques professionnelles et à la démarche qualité.

Le CEPPRAL ne se substitue aux établissements de santé ni pour la réalisation des évaluations ni pour le choix et la mise en place des actions d'amélioration.

Toute demande de prestation fait l'objet d'un devis adressé à chaque établissement de santé.

Le Coordonnateur responsable de la cellule opérationnelle rend des comptes au Conseil d'Administration.

La cellule opérationnelle coordonne le suivi méthodologique des projets sélectionnés dans le cadre de l'appel d'offres de la Haute Autorité de Santé (HAS). Pour chaque projet sélectionné dans le cadre de la politique régionale d'évaluation des pratiques professionnelles, le médecin coordonnateur désigne le référent expert en fonction de critères thématiques et géographiques.

La cellule opérationnelle est abritée par les Hospices Civils de Lyon - 1, place de l'Hôpital, 69002 LYON.

Les référents experts :

- Professeur Franck CHAUVIN de l'Université Joseph Lisfranc de Saint-Etienne,
- Professeur Cyrille COLIN et le Docteur Sandrine TOUZET des Hospices Civils de Lyon – Université Claude Bernard LYON I,
- Professeur Patrice FRANCOIS de l'Université Joseph Fourié de Grenoble,
- Professeur Jean-Louis TERRA de la faculté Laennec – Université Claude Bernard LYON I.

La cellule opérationnelle est en relation avec les correspondants de la Haute Autorité de Santé, avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation, avec l'Union Régionale de la Caisse d'Assurance Maladie de la région Rhône-Alpes et avec la commission « Evaluation des Pratiques Professionnelles » de l'URML RA.

Trois représentants de l'URML RA (dont le Président, un spécialiste et un généraliste) font partie du Conseil d'Administration du CEPPRAL.



Docteur Emile OLAYA
Président du Collège des médecins généralistes
contact :
emile.olaya@urmlra.org

Gérontologie et Médecine Générale : “des liens à inventer”

Un séminaire sur le défi social engendré par l’allongement de la durée de vie

Comment gérer la prise en charge des personnes âgées, comment éviter manques et gaspillages et assurer une offre de soins adéquate ?

A ces questions, des experts internationaux en gérontologie répondaient le 2 avril dernier lors d’un séminaire au siège de l’Union Régionale des Médecins Libéraux. Ils ont mis en commun leurs expériences et réflexions sur les nouveaux dispositifs socio-médicaux existant dans nos sociétés occidentales.

gérontologie par les collectivités locales et les politiques nationales destinées à structurer et rationaliser l’offre de soins, a été détaillée.

Le Dr OLAYA, Président du collège des généralistes de l’URML RA, à l’origine de cette rencontre, soulignait qu’en 1985, « médecins et Caisses d’Assurance Maladie notaient déjà **la nécessité d’une étroite liaison entre les acteurs médicaux et sociaux autour de la personne fragile, en particulier âgée**, et reconnaissaient un temps médico-

parfaitement les avantages et les inconvénients de ce type d’organisation des soins. »

La méconnaissance mutuelle des deux mondes médical et social

Les différences de culture et de langage, les divergences parfois d’objectif immédiat, ont été des freins incontestables. Mais il faut bien admettre aussi que, là où s’exprime la volonté de décroisement, les acteurs se heurtent à des rigidités administratives, des procédures tatillonnes sous-tendues par des *a priori*. Pourtant, c’est sans doute dans la prise en charge de la personne âgée fragile ou dépendante que se manifeste le plus cette intrication des dimensions médicales et sociales qui font la spécificité de l’exercice de la médecine générale et que les médecins généralistes revendiquent.

Les difficultés et les obstacles

De nombreux pays occidentaux déplorent **les failles de leur organisation médico-sociale** et tentent d’adapter des réponses à leur contexte particulier. Malgré les différences de nos systèmes de protection sociale, les échanges de nos expériences ne peuvent être qu’enrichissants. En France, les URML ont pour mission l’analyse du système de santé, la contribution à l’amélioration de l’accès aux soins, l’information des médecins et des collectivités et partenaires sociaux sur les difficultés rencontrées.



Docteur Pilar REGATO PALARES - Coordinatrice du Groupe de Travail d’Aide aux Personnes Agées semFYC (Espagne)



Professeur Howard BERGMAN - Université McGill Montréal (Canada)

Etroitement associé au **réseau de maintien à domicile** de la personne âgée, le médecin généraliste était au cœur des débats, puisqu’il sera, en toute logique, de plus en plus sollicité pour sa connaissance du patient et de son environnement. Son intégration dans les orientations données en

social de coordination. » Il ajoutait que « vingt ans plus tard, les progrès sont modestes.

Le nombre de réseaux gérontologiques est réduit au symbolique et, fait significatif, on parle encore « d’expériences » alors que depuis deux décennies on connaît



Photo : URML RA
Professeur Alain FRANCO - CHU Grenoble Département de médecine gériatrique et communautaire

Enquêtes spécifiques en régions

L'URML RA a initié une enquête auprès des Conseils généraux et des médecins afin de mieux cerner les modes de communication dans le domaine des politiques de gérontologie, et une étude sur la prise en charge à domicile par le médecin généraliste des patients atteints de maladie d'Alzheimer. D'autres Unions Régionales se sont saisies du problème de l'intégration de la médecine générale à la politique de gérontologie.

Le rôle central du médecin généraliste

A la croisée des dispositifs médicaux et sociaux, il est ordonnateur des dépenses de santé et conseil, premier contact, orienteur du patient et de sa famille pour les aides à la personne. « Les responsables de la politique de gérontologie ont besoin de sa participation active à l'élaboration des plans d'aide à la personne et de prévention du handicap » concluait le Dr Emile Olaya.

En fin de séminaire, le Docteur Marc Brémond (URML Rhône-Alpes) a remercié les intervenants et repris les grandes lignes de leurs exposés en ces termes :

1 – Merci à nos amis d'Espagne et d'Italie qui nous ont incidemment rappelé que la question de **l'intervention de l'Etat Social dans le domaine des personnes âgées est la conséquence de la fragilisation de la famille en tant que communauté.**

Cette intervention s'appuie sur une division du travail entre différents intervenants, ce qui suppose une division du travail et une professionnalisation, mais ce qui suppose également de pouvoir coordonner ces différentes interventions en vue d'une intégration.

2 – Merci à nos amis Canadiens et Belges d'avoir souligné que :

l'implication de la médecine de première ligne, aux côtés des autres acteurs de la prise en charge des personnes âgées, dépend en grande partie des modes

ont en charge la régulation des politiques sanitaires et sociales. Merci à nos amis des URML d'Ile de France et d'Alsace de nous avoir montré, comment au travers de programmes de formation concernant les auxiliaires de vie et **au travers de collaborations étroites avec l'Assurance Maladie, cet appriovoisement réciproque était possible.** Les réseaux ont cette vocation également.

3 – La science progresse en gérontologie, des outils et méthodes diagnostiques sont développés, des outils d'évaluation sont conçus. Merci à nos amis gériatres universitaires de nous avoir fait comprendre qu'il était important de développer des espaces d'apprentissage conjoints avec la médecine de ville pour travailler à la diffusion de ces outils.

4 – On ne fait rien de bien dans l'urgence, pour repenser le projet de vie. **Il faut donc développer une culture de la prévention,** de la veille. Une culture sentinelle en quelque sorte. Ce qui signifie une vigilance accrue de tous les acteurs sur les signes qui peuvent signifier une évolution défavorable (merci aux intervenants de la salle qui ont



Photo : URML RA
Le Docteur Emile OLAYA répond aux questions des interlocuteurs

d'organisation et des mécanismes de financement. Cette implication suppose du temps qui doit être valorisé. Elle repose sur un appriovoisement réciproque des différents acteurs tant horizontalement (entre les acteurs professionnels) que verticalement entre les acteurs de terrain et ceux qui

rappelé qu'une aide ménagère peut parfois percevoir des signes plus tôt que n'importe quel autre intervenant).

5 – Suivant la position qu'on occupe dans le système, le paysage est fort différent. Le dialogue entre

...

...

Monsieur JAMET (Directeur des services, Conseil Général du Rhône) et Madame GUCHER (sociologue) a révélé qu'il ne fallait pas opposer les territoires de vie, lieux essentiels de coordination des interventions, et le département, lieu essentiel de réglage des politiques sociales.

Mais ce qui apparaît frappant, c'est la multiplication des structures qui ont comme rôle d'intervenir et / ou de coordonner. Cette multiplication nuit à la compréhension simple et robuste des fonctionnements. **Il manque un interlocuteur unique entre sanitaire et social pour les personnes âgées fragiles.**

6 – Les personnes âgées ne relèvent pas toutes d'un accompagnement. Plus de 60 % des personnes de plus de 75 ans n'ont pas besoin d'aides.

7 – Les initiatives expérimentales doivent être évaluées. **Une Evidence Base Policy doit être à l'origine des changements**, ce qui suppose une culture expérimentale en matière d'évolution des structures.

8 – Enfin, il faut parfois savoir anticiper les besoins des personnes âgées.

Il faut savoir repérer la non demande. Il faut savoir annoncer un diagnostic.

Quelques axes de travail pour l'avenir

En terme de micro changement, il faut soutenir l'appropriation réciproque des acteurs sur le terrain. La formule des réseaux est au coeur de cette dynamique.

En terme de méso changement, il faut faciliter la compréhension des liens

entre politique publique et transformation organisationnelle. C'est là un rôle pour les URML.

En terme de macro changement, il faut pouvoir repenser les mécanismes de financement de la médecine de première ligne dans son rapport aux personnes âgées fragiles.

Sans ce travail au niveau « macro », le changement au niveau « micro » est rendu complexe.

On ne peut demander aux acteurs de terrain de se mettre ensemble pour travailler si les conditions institutionnelles ne peuvent être réunies au niveau « macro ». Le volontariat a ses limites. »

A partir de septembre, vous pourrez télécharger les actes du colloque depuis le site www.urmla.org

Une affiche parce que nous sommes inégaux devant les risques du soleil

Le soleil est indispensable à notre bien être physique et moral. Quelques minutes par jour sont nécessaires à la fabrication de vitamine D, essentielle pour nos os. Cependant, les dommages sanitaires liés aux surexpositions solaires, en particulier les cancers de la peau atteignent des niveaux records. Le mélanome est responsable de 1500 morts par an et on observe un doublement du nombre de nouveaux cas tous les 12 ans.

De nombreuses institutions sont mobilisées

L'OMS (le programme INTERSUN recommande d'informer la population de l'intensité du rayonnement ultraviolet et le développement des actions ciblant les jeunes enfants), **Le Plan Cancer, l'Académie de Médecine et l'Education Nationale** coordonnent leurs efforts.

L'association Sécurité Solaire,

Centre Collaborateur français de l'OMS pour l'éducation solaire, est depuis 10 ans, le référent national en terme d'information sur les risques liés à une surexposition au rayonnement ultraviolet.



Ses coordonnées :

(www.infosoleil.com)

Sécurité Solaire - 5, rue Danton - 93170 BAGNOLET - Tél. 01 48 97 16 97 email : c.raquil@infosoleil.com

L'affiche de salle d'attente jointe à votre Trait d'Union, réalisée en collaboration avec cette association, donne des conseils simples de prévention pour éviter une exposition abusive aux UV.

Merci de l'afficher cet été !

L'avis du spécialiste

Le Professeur Luc THOMAS - Unité de Dermatologie Hôtel Dieu, Université Lyon I, INSERM U346, spécialiste du mélanome, affirme que si " **le soleil brille, l'imprudence brûle et tue** ".



Retrouvez sur notre site www.urmla.org

l'avis d'un spécialiste, le Professeur Luc THOMAS en tapant le code référant à l'article, dans le champ "Recherche" en haut de page.

Prix de thèse URML RA 2005 de Médecine Générale

Rencontre avec les lauréats du premier Prix de Thèse

Trois prix de thèse d'un montant de 2000 €, destinés à valoriser la recherche en médecine générale, ont été attribués le 2 avril 2005 par l'URML RA à trois jeunes médecins. La remise des prix s'est déroulée au cours de la soirée de gala du séminaire " Médecine générale et gériatrie ", à l'Aquarium du Grand Lyon. Les auteurs des thèses primées, soutenues en 2004, ont été sélectionnés parmi les 678 internes de la promotion.

Docteur Claire PHILIPPON

Université Claude Bernard Lyon 1
Faculté de Médecine Lyon-Nord

"Syndrome d'épuisement professionnel (burn'out) : étude descriptive et recherche de facteurs associés chez 189 médecins généralistes rhônalpins."

Trait d'Union : Le sujet de votre thèse vous a-t-il été inspiré par votre entourage, votre expérience et / ou par votre directeur de thèse ?

Docteur Claire PHILIPPON : Alors que j'étais en recherche d'un sujet de thèse de médecine générale de façon spécifique, le Professeur Alain Moreau (Professeur associé de médecine générale) m'a fait part de la réalisation au niveau européen d'une enquête sur le syndrome d'épuisement professionnel et la possibilité d'un pôle lyonnais pour cette étude. J'ai tout de suite accepté de réaliser ce travail de thèse avec lui et Xavier Lainé.

J'ai particulièrement à cœur la notion de relation médecin-patient, entrevoyant moi-même que cette relation d'aide " ne va pas de soi ", et que la dégradation de celle-ci intervient directement dans la qualité du travail fourni auprès de nos patients. Ce travail me paraissait donc très utile.

TU : Qu'avez-vous découvert que vous ignoriez totalement sur le sujet et qui vous a surprise ?

C.P : C'est un syndrome qui peut atteindre chacun de nous et c'est pour cela qu'il est important de le reconnaître afin d'adopter une réponse adéquate au problème. L'internat (ou le résidanat) constitue une période de vulnérabilité, la charge de travail étant lourde et les situations rencontrées difficiles.



Jacques CATON (Président de l'URML-RA) et Emile OLAYA (Président du Collège des Généralistes) remettent au Docteur Claire PHILIPPON le Prix de Thèse 2005

TU : Les solutions que vous proposez à l'épuisement professionnel dont vous parlez sont-elles parfois utilisées (augmentation des échanges constructifs confraternels, groupes de pairs, amélioration de la relation médecin patients, groupes Balint, formations) ?

C.P : Ces moyens préventifs doivent améliorer le recul des médecins par rapport à leur pratique et diminuer leur solitude dans leurs vies professionnelles. Ils permettent de lutter contre les facteurs favorisant le burn out (en particulier les groupes de pairs) ...

TU : Ce syndrome se manifeste-t-il différemment chez les hommes et les femmes ?

C.P : Notre étude montre une différence significative en termes de déshumanisation entre les deux sexes : les femmes entretiendraient des attitudes moins négatives envers leurs patients. Selon d'autres études, les femmes auraient tendance à être moins épuisées émotionnellement

Docteur Laurence MORDILLAT

Faculté de Médecine de Grenoble
Université Joseph Fourier

"Du codage des états morbides : intérêt pour le développement de la recherche en médecine générale "

Trait d'Union : Quelle a été votre source d'inspiration ?

Docteur Laurence MORDILLAT :

L'idée vient de mon associé, le Dr Michel jambon à Metz-Tessy (74), J'avais déjà été sensibilisée aux problèmes de codage lors de mon stage chez le généraliste et cela m'a paru intéressant d'approfondir le sujet !

TU : Préconisez-vous un codage parmi ceux que vous étudiez, ou un nouveau codage ?

L.M : Oui, le DRC pour sa facilité d'apprentissage et d'utilisation pendant le temps de consultation ; l'image très proche de l'activité en MG en codant des RC (résultats de consultation) et non des diagnostics. Il faut savoir que dans la majorité des cas, le médecin n'aboutit pas à un diagnostic à la fin de sa consultation mais

Xavier Bertrand, nouveau Ministre de la Santé et des Solidarités

Xavier Bertrand (Ministre de la Santé et des Solidarités), lors du Dixième Anniversaire des Unions, le 16 Octobre 2004 au Palais des Congrès de Lyon, accompagné ici de Pierre MONOD (Président de la Conférence Nationale des Présidents d'Unions) et Jacques CATON (Président de l'URML RA) ainsi que des élus de l'Union, Guy CHAULANNAZ, Georges GRANET et Jean-Paul DONZEL.



... suite de l'article de la page 15

simplement à des symptômes ou syndromes.

TU : Quelles ont été vos relations avec l'URML RA, quelle motivation peut apporter un Prix de thèse comme celui que vous avez remporté ?

L.M : L'accueil à l'UMRL-RA a été très chaleureux et enrichissant. Il est toujours intéressant de pouvoir discuter avec ses pairs de son expérience débutante, de ses craintes qui sont nombreuses lorsque l'on est jeune médecin installé comme moi. Cela a été un grand honneur de voir son travail reconnu et récompensé, ce qui m'a "re"motivée pour gérer de manière plus rigoureuse le dossier médical de mes patients : après la théorie, il faut que le codage devienne un automatisme au quotidien. Il est bien que des organisations comme les UMRL, remettent des prix pour récompenser les thésards mais il serait intéressant qu'elles se manifestent plus dans les facs de médecine pour encourager des travaux de recherche en MG.

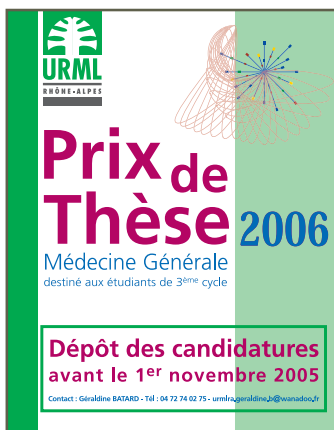
J'avoue que je n'avais jamais entendu parler des UMRL avant d'avoir été sélectionnée pour ce prix.

TU : Quels autres aspects de la MG vous paraissent être importants pour faciliter sa pratique, au même titre que son codage ?

L.M : L'outil informatique est très précieux au quotidien car il permet une meilleure gestion du dossier

médical des patients, des échanges rapides entre confrères.

La télétransmission a facilité le quotidien aussi bien pour les patients que pour le médecin qui s'est retrouvé avec moins de "paperasserie" à faire. Les "groupes de pairs" sont des réunions d'échanges de pratique entre les MG et de formation continue qui permettent aux médecins de discuter entre confrères des difficultés rencontrées au quotidien. La mise en place du DMP va faciliter le recueil de données médicales qu'il n'est pas toujours facile d'obtenir de la part du patient.



Docteur Xavier GOCKO
Faculté de Médecine Jacques Lisfranc – Université de Saint Etienne

"Evaluation quantitative et qualitative du réseau ville-hôpital Oïkia à partir de la première année d'activité 2002"

Trait d'Union : Quelles ont été vos motivations pour ce travail sur le réseau Oïkia ?

Docteur Xavier GOCKO :

Construire des liens entre la "ville" plus précisément la médecine libérale et l'hôpital est à mon avis un enjeu de santé publique.

Quand on est résident ou interne de médecine générale, on effectue souvent des remplacements en médecine libérale pendant les vacances et on s'aperçoit de la mauvaise communication et mauvaise coordination des soins.

Quant aux soins palliatifs, c'est tout simplement notre devoir de soignant et plus généralement d'Humain de les prodiguer.

TU : Quelles ont été les "surprises" de cette étude ?

X.C : L'engouement pour ce réseau est la principale surprise, les demandes très nombreuses, la file active en pleine croissance.

TU : Votre étude sert-elle le développement du type de structure qu'elle analyse ?

X.C : Elle cherche surtout à la rendre pérenne et à démontrer son efficacité pour ne pas parler d'efficience.

TU : Quelles ont été vos relations avec l'URML RA ?

X.C : Très cordiales ! Il est très motivant de voir ses pairs s'intéresser à son travail, et surtout à l'échelle de la région, tout ce qui favorise la communication médicale et la disparition des cloisons est à mon avis très riche et à inscrire dans l'avenir.