



TRAIT d'UNION

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



Armer la médecine libérale pour de nouveaux défis

Alors qu'est installée l'Agence Régionale de Santé dotée d'une vaste mission de régulation de la médecine libérale, le rôle de l'URML est de donner à la profession les moyens de négocier à armes égales. Nous avons été précurseurs en France en matière de démographie de la médecine générale et nous le serons bientôt pour les autres disciplines médicales. Notre engagement en matière de formation dans le cadre de l'EPP ou de dossier médical informatisé, tout comme en matière de santé publique va se poursuivre. Notre objectif est que la médecine libérale ne subisse pas ces transformations mais qu'elle en soit actrice. Ne serait-ce que pour que cela ne se traduise pas une fois de plus par un alourdissement des tâches et des coûts pour le médecin.

au sommaire :

- Loi HPST : 2
fin ou évolution pour la médecine libérale ?
- Informations juridiques 3
- Guide Ressources Santé Social 4
- Maltraitance à enfants 5
Violences faites aux femmes
- Nouveaux modes de rémunération 6
- Accès des jeunes à la santé 7
Enquête sur l'insécurité en médecine générale
Prix de thèses en médecine générale
Entrée dans la Vie Professionnelle
- Souffrance au travail 8
Troubles du sommeil chez les personnes âgées
- Entreprise chirurgicale 9
Démographie des médecins spécialistes
- Nouveaux modes d'exercice 10
Articulation Médecine ambulatoire / Médecine hospitalière
- Les ATIM : une dynamique en stand by 11
- Expression des syndicats sur la Loi HPST 12



Dr Emile Olaya



Jean DERRIEN
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 :

Dr Jean Derrien

Rédacteur en chef :

Dr Didier Legeais

didier.legeais@urmlra.org

Rédacteur en chef adjoint :

Dr Émile Olaya

emile.olaya@urmlra.org

Editeur délégué :

MCI-France

18, place Tolozan

69001 Lyon

mci@mci-group.com

Direction de création :

Fred CONTÉ

Rédaction :

URML RA, Sylvie Finand

Conception Graphique :

MCI

Crédits photographiques :

© 2007 MCI-France

Impression : Imprimerie REBOUL

ISSN 1294 - 9671

► Editorial

Dr Jean DERRIEN - Président de l'URML-RA

Loi HPST : fin ou évolution pour la médecine libérale ?

La loi Hôpital Patients Santé Territoires, bouleversera l'exercice de la médecine quelles qu'en soient ses modalités. Organisée autour de la création d'Agences Régionales de Santé, son ambition est d'aboutir à une coordination optimale des soins entre les différents acteurs parmi lesquels se trouve englobée, consentante ou non, la médecine libérale.

Sont ainsi définis les soins de premiers recours et le rôle du médecin généraliste, ébauchée la maquette du développement professionnel continu (DPC) rassemblant la FMC, l'EPP, et... la prise en compte de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Le point positif indiscutable est la reconnaissance du rôle de chacun dans la prise en charge de la population que l'on exerce en milieu hospitalier, public ou privé, au sein d'un plateau technique ou en cabinet libéral, ou dans le cadre de missions de santé publique. Le contexte démographique médical désastreux a sans doute influé, obligeant à admettre dans le contexte de pénurie, le caractère indispensable de chacun.

Corollaire de cette loi, l'encadrement de la médecine ambulatoire avec mise en place d'un schéma régional d'organisation des soins la concernant, est plus difficile à accepter. En effet selon les besoins, le législateur fait osciller le statut du médecin libéral. Il est ainsi parfois considéré comme agent de santé publique. En témoigne l'obligation qui lui est faite de déclarer ses congés, ou l'obligation de signer un contrat santé solidarité sous peine d'amende. Dans les autres cas de figures, le médecin réintègre son statut libéral avec les contraintes nombreuses liées à cet exercice où là, il reste bien isolé.

Face à cette réforme, il importe d'avoir le courage de prendre un certain recul. L'idée d'optimiser la coordination des soins, de resserrer les liens entre les différents acteurs de santé, doit être saluée. Elle a pour but d'améliorer la santé de nos patients. Il faut aussi saisir l'opportunité qu'offre cette loi pour participer à l'organisation régionale de la profession.

En effet la loi prévoit que les Agences Régionales de Santé organiseront l'accès aux soins de premier et second recours ainsi que la prise en charge continue des malades.

Les représentations professionnelles des médecins siégeront comme d'autres structures dans la future conférence régionale de la santé qui concourra au sein des ARS à définir la politique régionale de santé.

Forte de son expérience en terme d'expertise de l'exercice libéral dans de multiples domaines, comme la démographie, le rapprochement entre établissement de soins et médecine ambulatoire (thème d'un colloque en novembre), l'EPP, la participation à l'implication des médecins libéraux en cas de risque sanitaire, le partage informatique des données, l'URML entend jouer son rôle au sein de cette nouvelle organisation afin de garantir dans l'intérêt des patients, une médecine libérale de qualité mais également vivable pour ses acteurs.

Informations juridiques

Extraits de la Lettre juridique de l'URML Nord Pas de Calais*

Directeur de la publication : Docteur Jean-Marc REHBY - Rédacteur en chef : Docteur Patrick LEROUX

Rédactrice : Nora BOUGHRIET

Fermeture des copropriétés : quel accès au cabinet médical ?

Depuis la loi du 5 mars 2007⁽¹⁾, un immeuble en copropriété doit rester fermé. Les copropriétaires peuvent tout de même décider en Assemblée Générale de son ouverture sous réserve que :

- ▶ la décision soit prise à la majorité selon l'article 26 de la loi du 10 juillet 1965^{(2) (3)},
- ▶ la décision soit renouvelée à chaque AG...sous peine d'une fermeture imposée.

Par ailleurs, la loi stipule à cet égard que **la fermeture de l'immeuble doit être compatible avec l'exercice d'une activité autorisée par le règlement de copropriété.**

2 solutions sont offertes :

Solution 1 - les copropriétaires décident de maintenir le digicode ; à cet égard, ils doivent donc décider en AG

de désactiver le digicode pendant les horaires de consultations pour permettre l'accès au cabinet médical des patients.

Solution 2 – Les copropriétaires décident de mettre en place un autre système type interphone ; dans ce cas précis, la fermeture de l'immeuble peut être permanente puisque l'interphone permet une ouverture à distance.

Rappel - le statut de la copropriété est régi par la loi du 10 juillet 1965. Des modifications législatives sont apparues avec les lois du 13 juillet 2006⁽⁴⁾ et du 5 mars 2007.

(1) Loi n°2007-297 du 5 mars 2007 relative à la prévention de la délinquance

(2) Loi n°65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis

(3) Majorité en nombre des membres du syndicat + majorité des 2/3 des voix du syndicat

(4) Loi n°2006-872 du 13 juillet 2006 portant engagement national pour le logement (ENL)

Accessibilité du cabinet médical aux personnes handicapées

Les cabinets médicaux et paramédicaux constituent des **Etablissements Recevant du Public (ERP) de 5ème catégorie** et sont donc concernés par les obligations posées par les dispositions de la **loi du 11 février 2005**, concernant, entre autres, **l'accessibilité des bâtiments. Le décret du 17 mai 2006⁽¹⁾** précise les règles que doivent respecter les cabinets médicaux et paramédicaux en matière **d'accessibilité aux personnes handicapées ;**

▶ **S'agissant de cabinets nouveaux et installés dans des constructions neuves**, ils doivent respecter les règles relatives aux bâtiments neufs et donc se soumettre à une obligation stricte en matière de mise en accessibilité. Tous les nouveaux travaux entrepris à compter du 1er janvier 2007 doivent être conformes aux obligations édictées par la loi du 11 février 2005.

▶ **S'agissant de cabinets nouveaux mais installés dans des bâtiments d'habitation collectifs anciens**, un régime particulier est prévu pour laisser aux professionnels une certaine souplesse d'installation. La date butoir de mise en accessibilité est ainsi portée au 1er janvier 2011.

▶ **S'agissant de cabinets déjà installés** : la date butoir de mise en accessibilité est fixée au 1er janvier 2015.

(1) Décret n° 2006-555 du 17 mai 2006 relatif à l'accessibilité des établissements recevant du public, des installations ouvertes au public et des bâtiments d'habitation et modifiant le code de la construction et de l'habitation.

Y a-t-il un médecin dans l'avion ? ⁽¹⁾

Le médecin passager : quel statut ?

Hypothèse 1 – Le médecin intervient sur demande : le **médecin passager qui intervient** à bord d'un avion à la **demande ou réquisition** d'un membre de l'équipage devient un **préposé occasionnel du transporteur** ⁽²⁾. Dans ces conditions, le médecin agit en dehors de tout contrat et est placé sous l'autorité du transporteur aérien. Ce dernier est alors responsable des fautes du médecin passager qui est intervenu à sa demande. En d'autres termes, en cas de litige, le « passager malade » pourra agir en res-

ponsabilité contre le transporteur aérien si la qualité de préposé a été reconnue au médecin passager.

Hypothèse 2 – Le médecin intervient spontanément : dans ce cas précis, le médecin demeure seul responsable de ses actes.

(1) Responsabilité, « Y a-t-il un médecin dans l'avion », Vol.5, n°19, septembre 2005, pp.17-21

(2) Article 1384 du code civil / Convention pour l'unification de certaines règles relatives au transport aérien international, 28 mai 1999, Montréal, ratifiée par CE par la décision 2001/539/CE du 5 avril 2001, JOCE L194 du 18 juillet 2001

* Ces Lettres JURIDIC'URMEL sont consultables en version intégrale sur le site de l'URML-RA (Rubrique Outils pour la pratique).



La prise en charge de personnes en situation de fragilité sociale, peut être complexe et nécessiter de nombreuses informations et prises de contacts. Les professionnels de santé se trouvent donc souvent dépourvus face à ce type de soutien, à la frontière de la santé et du social et méconnaissent souvent les différents dispositifs existants, pour mieux orienter leurs patients. C'est pourquoi, l'URML-RA a ouvert en 2007, grâce à un financement du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FIQCS), et avec l'aide du FRAES, un site Internet : www.santesocial-ra.org/

Qu'allez-vous trouver sur ce site, quel que soit votre lieu d'exercice en Rhône-Alpes ?

- ▶ Des adresses de structures adaptées les plus proches de chez vous
- ▶ Un descriptif des principales prises en charge médico-sociales et des dispositifs institutionnels en vigueur
- ▶ Des documents administratifs ou des outils pour vous ou votre patient

Cet outil, compte tenu des statistiques de fréquentation, étant à l'évidence utile aux professionnels de la santé, mais aussi à ceux du médico-social et du social, est soutenu financièrement par le Groupement Régional de Santé Publique (GRSP), pour permettre sa mise à jour et son enrichissement.

Quels sont les sujets traités ?

Alcool
Amiante
Handicap
IST / VIH / Hépatites
Maltraitements aux mineurs
Maltraitements et violences conjugales
Maltraitements personnes âgées et handicapées

Nutrition
Santé mentale - Souffrance psychique
Saturnisme
Sexualité, contraception
Soins bucco-dentaires
Stupéfiants et médicaments détournés de leurs usages
Tabac

Quels sont les dispositifs présentés ?

115
Aide Médicale d'Etat (AME)
Allocation Personnalisée d'Autonomie
Couverture Maladie Universelle (CMU)
Drogues Alcool Tabac Info Service (DATIS)

Ecoute téléphonique
Examen de santé
Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS)
Personnes en fin de droits
Tabac info service

En 2009, nous allons mettre à votre disposition deux nouvelles rubriques, grâce à nos partenaires financiers.

Dépendance des personnes âgées



Partenaire : GRSP

La prise en charge des personnes dépendantes et de leurs aidants est essentielle. Pour vous aider dans vos démarches, et donc aider vos patients, nous avons mis à disposition des informations :

- ▶ sur les types de structures et établissements existants, et leurs coordonnées en région Rhône-Alpes ;
- ▶ sur des prises en charge spécifiques : aide aux aidants ; centres de consultation mémoire, soins de suite et rééducation, douleur, soins palliatifs ; et les coordonnées des organismes impliqués ;
- ▶ le dossier unique départemental d'admission en EHPAD, mis à disposition par certains Conseils Généraux
- ▶ les formalités de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie).

Nous remercions pour leur participation les représentants des institutions régionales (DRASS, URCAM), des Conseils des Ordres professionnels (médecins, infirmiers pharmaciens), et des Conseils Généraux.

Santé Jeunes



Partenaire : Conseil Régional de Rhône-Alpes

Le Conseil Régional a lancé en 2009 un appel à projets sur les «Actions de prévention et d'éducation à la santé en direction des jeunes de 16 à 25 ans de Rhône-Alpes ».

Il s'agit de faire connaître aux professionnels de santé les sources d'information disponibles et les dispositifs spécifiques qui peuvent améliorer l'accès à la santé des jeunes.

Vous trouverez ainsi :

- ▶ Des mesures de prévention ou d'éducation à la santé ;
- ▶ Des prises en charge médico-sociales dédiées via les Points d'accueil et d'écoute Jeunes, les Missions locales, les Maisons des adolescents...
- ▶ Des dispositifs d'aides et de protection sociale (CMU et CMUC, Mutuelles étudiantes,...)
- ▶ Des adresses en Rhône-Alpes pour orienter vos patients.

Nous remercions pour leur participation le Comité technique Santé des Jeunes.

Maltraitance à enfants

Docteur Véronique RONZIERE, adjointe au Directeur du Service Santé publique et PMI du Département du Rhône

La Loi du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance donne un rôle nouveau au Président du Conseil Général qui est « **chargé du recueil, du traitement et de l'évaluation, à tout moment et qu'elle qu'en soit l'origine, des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être** ».

► Les obligations légales

La transmission d'une information préoccupante est une obligation légale (articles 226-13, 226-14 et 434-3 du Code pénal).

Pour le professionnel de santé, le Code de Déontologie médicale lui fait obligation d'alerter les autorités et de « mettre en oeuvre les moyens les plus adéquats pour protéger » les enfants en danger et les personnes adultes vulnérables. Le

secret professionnel est aménagé pour permettre aux professionnels d'échanger entre eux les informations nécessaires à l'évaluation d'une situation et à la mise en place des actions de protection (article L. 226-2-2 du Code de l'action sociale et des familles).

► Comment transmettre une information préoccupante

Vous avez connaissance d'une information préoccupante concernant une situation d'enfant en danger ou en risque de l'être, vous devez sans délai la transmettre aux personnes qualifiées (**Cellule départementale de recueil/traitement/évaluation du Conseil général**). **Des médecins seront à votre écoute pour vous aider dans la conduite à tenir, ou l'évaluation du risque.**

Selon les départements, les modalités peuvent varier légèrement. C'est pourquoi, nous avons mis à disposition sur le site : www.santesocial-ra.org les particularités et contacts dans votre département (Rubrique **Maltraitements aux mineurs**). Une fiche de recueil est mise à disposition dans certains départements pour transmettre une information préoccupante.

► Et ensuite ?

Une fois l'information préoccupante transmise, les professionnels de l'Aide Sociale à l'Enfance des Conseils généraux réalisent son évaluation et son traitement. Ils rédigent un rapport qui peut conduire notamment à la mise en place d'une mesure administrative, judiciaire ou d'un suivi médico-social.

Réunion à l'URML-RA du 1er juillet 2009

Sur le département du Rhône, des liens très fructueux ont été tissés entre les services de la PMI du Conseil Général, la Présidente du Tribunal des enfants et l'URML. L'objectif poursuivi est de **faire connaître auprès des professionnels de santé ces nouveaux dispositifs, afin qu'ils se sentent moins isolés dans des décisions souvent lourdes de conséquences.**

Le premier fruit de cette collaboration a été l'organisation d'une table ronde le 26 septembre

Violences faites aux femmes

En France, les violences concernent une femme sur dix (Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France, 2000-2001 auprès de 7 000 femmes de 19 à 59 ans).

Un Plan triennal 2008-2010 de lutte contre les violences faites aux femmes a été défini. Douze objectifs ont ainsi été fixés, dont un est de « Mobiliser les professionnels sur le repérage des violences faites aux femmes ». Une brochure, intitulée « **Lutter contre la violence au sein du couple, le rôle des professionnels** » a été réalisée, avec un chapitre dédié aux professionnels de santé.

Le professionnel de santé est souvent le premier, voire même le seul interlocuteur, des victimes de violences au sein du couple. C'est pourquoi, il est essentiel qu'il sache détecter ces situations pour entreprendre une prise en charge et un suivi adéquats.

Cette brochure vous donne des conseils d'écoute, de recueil de données factuelles, de moyens pour évaluer la gravité des violences. Il fournit des recommandations en terme de rédaction d'un certificat médical ; et de détermination de l'ITT. Il est disponible sur le site www.santesocial-ra.org

Dans le cadre du programme européen DAPHNE de lutte contre les violences conjugales, des modules de formation ont été développés (Pro Train). Le Dr Cécile MORVAN, médecin généraliste à Aubenas, qui y participe, peut se déplacer pour des formations.

Pour en savoir plus :
urmlra@urmlra.org



Plus d'information :

- www.stop-violences-femmes.gouv.fr
- www.santesocial-ra.org/ (Thématique Maltraitements et violences conjugales).
- ☎ 3919



Expérimentations en Rhône-Alpes des nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et des centres de santé.

Dr Nicole BEZ, Membre du COPIL régional

En 2008, un appel à projet national avec un cahier des charges spécifique, a été lancé dans le cadre de la mise en oeuvre de l'article 44.1 de la LFSS 2008 pour la mise en oeuvre de nouveaux modes de rémunérations. Cette expérimentation prévue sur 5 ans, financée sur le risque, est ouverte aux professionnels de santé libéraux engagés dans une démarche d'exercice coordonné pluridisciplinaire et également aux centres de santé. Cette démarche est en effet, axée sur les soins de premiers recours, indépendante du CAPI. Elle a vocation à compléter le dispositif de rémunération à l'acte. Elle vise à accroître la qualité et l'efficacité des soins, par la reconnaissance et la rémunération d'une collaboration interdisciplinaire des professionnels et la mise en oeuvre de pratiques innovantes.

Six régions expérimentales ont été retenues par le Ministère de la santé : Bourgogne, Bretagne, Franche-Comté, Ile de France, Lorraine et Rhône-Alpes, soit 42 sites d'expérimentation.

En Rhône-Alpes, cinq sites candidats ont été d'ores et déjà choisis et signeront une convention fin 2009 pour une mise en oeuvre concrète des expérimentations au 1er janvier 2010 :

- ▶ le régime des Mines de Saint Etienne ;
- ▶ le groupe médical des Allymes dans l'Ain ;
- ▶ la Mutuelle de France Réseau Santé en Isère ;
- ▶ la Maison de Santé de Saint

Symphorien de Lay dans la Loire ;

- ▶ les centres de santé de l'AGESCA à Grenoble.

Selon les cadres nationaux établis, les sites se sont positionnés sur deux des quatre modules économiques proposés et opérationnels :

Module 1 : Forfait pour les missions coordonnées modulé à la performance

Ce financement forfaitaire rémunère l'activité coordonnée des professionnels de santé exerçant de façon regroupée. Il est modulé et gagé par les performances sanitaires de la structure mesurées par des indicateurs de qualité, de coordination et d'efficacité.

Hormis le régime des Mines, les quatre autres sites en Rhône-Alpes ont choisi de s'inscrire sur ce premier module.

Module 2 : Nouveau service au patient

Développé, pour l'instant, autour de l'éducation thérapeutique avec un cahier des charges spécifique établi, ce module peut permettre de financer d'autres prises en charge plus innovantes.

Sur la région, trois sites (Allymes, AGESCA, Mutuelle France Réseau) ont choisi de développer dans ce cadre, des actions d'éducation thérapeutique classiques portant autour du diabète, de l'insuffisance cardiaque et du surpoids ou de l'obésité.

Les deux autres sites proposent des prises en charge plus innovantes. Le site de Saint-Symphorien souhaite, ainsi, proposer un soutien psychologique aux adolescents en mal-être. Le régime des Mines de Saint-Étienne développera un bilan à domicile médico-social chez des personnes âgées de plus de 75 ans ayant un faible recours aux soins.

Un comité de pilotage régional a été mis en place, en janvier 2009, pour accompagner cette expérimentation de nouveaux modes de rémunération à laquelle s'est ajouté à partir d'avril le projet pilote de territoires préfigurant le fonctionnement en Agence Régionale de Santé. Ce comité de pilotage réunit ainsi autour de la Mission Régionale de Santé, des représentants des professionnels de santé libéraux, de l'ordre des médecins, des fédérations hospitalières, de la fédération régionale des Maisons de Santé Pluridisciplinaires, des usagers, des mutuelles et des conseils généraux.

Il s'appuie sur quatre groupes de travail : suivi des projets, évaluation, communication et co-financement avec les organismes complémentaires. Les membres du comité de pilotage, dont l'URML, sont associés à ces groupes techniques pour y apporter en tant que de besoin leur expertise.

Nous communiquerons régulièrement sur l'avancée des évaluations.

DES COLLÈGES

Collège des médecins généralistes

Enquête sur l'insécurité en médecine générale en Rhône-Alpes

Le Collège des généralistes a confié au CAREPS un travail complémentaire d'analyse et de synthèse des résultats de la thèse de médecine de Myriam Michel. Ce travail objective la fréquence sur trois ans des événements ou situations d'insécurité, recherche les facteurs

associés à la survenue de ces situations et décrit la perception de ces événements par le praticien et leurs conséquences.

Une communication sur le sujet a été faite au 3^e congrès de médecine générale

qui avait lieu en juin à Nice. Cette manifestation prend de plus en plus d'ampleur chaque année. Avec plus de 1800 participants cette année, ce congrès s'impose maintenant comme le congrès annuel majeur de la Médecine Générale en France.

Enquête disponible sur le site : www.urmlra.org

L'accès des jeunes à la santé : un enjeu pour l'avenir, des partenariats pour agir

Chaque année, 100 000 jeunes Rhônalpins connaissent des difficultés à entrer dans la vie sociale et professionnelle. Elles découlent du marché de l'emploi, de leur faible qualification, mais aussi, pour certains d'entre eux, de problèmes de santé et de difficultés à les résoudre, compte tenu de leur méconnaissance de la protection sociale et des obstacles qu'ils rencontrent pour accéder à la prévention et aux soins.

Ce diagnostic ne saurait laisser indifférents les professionnels de la santé,

du social et de l'éducation. Ainsi le Conseil Régional et la Mutualité Rhône Alpes organisent à Charbonnières-les-Bains (Rhône) une journée interprofessionnelle le **mardi 17 novembre 2009 de 9h15 à 18h**.

Cinq ateliers seront proposés l'après midi :

- ▶ Bien-être et santé mentale ;
- ▶ Alimentation, activité physique et rythme de vie ;
- ▶ Addictions : alcool, tabac, drogues, médicaments, dopage, cyber dépendance ;

▶ Sexualité, identité sexuelle, désir d'enfant ou non, conduites à risques ;

▶ Accès aux droits et aux soins : connaissance du système de santé, orientation, accompagnement.

Le Collège des médecins généralistes participe au Comité de pilotage.

Inscriptions auprès du Conseil Régional par courrier, par télécopie : **04 72 59 47 75**, par courriel : df4s@rhonealpes.fr

Journée d'entrée dans la vie professionnelle des jeunes généralistes.

Nous avons organisé le samedi 26 septembre une journée pour les internes de médecine générale afin de dédramatiser l'exercice en libéral et de faire partager l'expérience de médecins

généralistes heureux de pratiquer en campagne, ville ou montagne.

De nombreux jeunes sont venus aux 3/4 des femmes avides d'informations.

Les échanges ont été très riches et les évaluations excellentes. Tous sont repartis en fin de journée ravis, demandant même que cette journée ait lieu 2 fois par an ! Donc à refaire.

Prix de thèses en médecine générale

En juin 2009, ont été décernés à l'unanimité du jury, trois prix de thèses de 1 000 euros chacun.

▶ **Sabine BACON** - "L'enjeu relationnel et thérapeutique de l'examen du corps en consultation de médecine générale" (Lyon)

Exploration des représentations et du vécu des patients au cours de l'examen clinique de médecine générale, et des composantes de la relation médecin-malade dans ce rapport au corps et de la dimension thérapeutique que peut prendre l'examen du corps pour nos patients.

▶ **Paul FRAPPE** - "Elaboration d'un guide pratique du jeune chercheur en médecine générale" (Saint-Etienne)

La création d'un guide de recherche en médecine générale se justifie par la spécificité de cette recherche, la transversalité des méthodes auxquelles elle fait appel, et l'inexistence actuelle d'un document de ce type dans la littérature française. Il propose au sein d'un unique recueil, un tour d'horizon des méthodes de recherche en médecine générale, sous un angle pragmatique et synthétique, à la portée de tout étudiant en médecine.

▶ **Damien MONLOUBOU** - "Les médecins généralistes et la démence : vécu et représentations" (Lyon)

Les généralistes ont un vécu de solitude vis-à-vis des démences : solitude face au patient, solitude dans le réseau de soins hospitaliers, solitude devant les questions éthiques soulevées, solitude face aux choix de sociétés qui n'accordent pas assez de place aux personnes âgées, et a fortiori aux patients déments. Ils ont le sentiment d'être pris en étau entre les déclarations d'intention des pouvoirs publics, et la réalité du terrain.

Ces thèses sont téléchargeables sur le site : www.urmlra.org (Rubrique Actions / Prix de thèses).



Séminaire sur la souffrance psychique au travail

Dr Yves Pierre Kossovsky



Les travaux du groupe de réflexion « Souffrance psychique au travail » constitué au sein de l'URML-RA ainsi que les échanges avec Mme le docteur Lombard de la Drass Rhône-Alpes ont incité à organiser un séminaire sur ce thème. Cela a permis de confronter les expériences des différents acteurs devant cette pathologie présentée par certains patients.

Le médecin traitant peut méconnaître les conditions psychologiques difficiles de travail qui peuvent être la cause de pathologies psychiatriques et/ou psychosomatiques, parfois à l'insu du patient. Même si l'origine dans les conditions de travail est identifiée, la méconnaissance des missions et des actions possibles des médecins du travail ainsi que des aspects déontologiques sont des freins à la prise de contact avec le médecin du travail par les médecins de ville, généralistes ou psychiatres.

Le groupe de travail en psychiatrie de l'URML a précisé que les souffrances psychologiques au travail peuvent être identifiées en des tableaux cliniques précis : des symptômes psychosomatiques, psychotraumatiques et/ou un trouble anxieux généralisé induit. Ils peuvent se compliquer de dépression, les circonstances de survenue sont également identifiables. La prise en charge doit associer une pédagogie du trouble, une objectivation des facteurs de stress psychosociaux, une psychothérapie centrée sur le vécu traumatique. Un traitement médicamenteux ainsi que des arrêts de travail sont souvent nécessaires, la reprise du travail dans les mêmes conditions n'est pas toujours possible. Ces tableaux cliniques, qui peuvent se compliquer de dépression, sont confirmés par l'expérience des médecins du travail (témoignage émouvant du Dr Pigache-Lainé).

Ces tableaux sont aussi confirmés par des psychiatres spécialisés dans la psychopathologie du travail : les Drs Tell à Lyon, Font-Le Bert à Paris de l'équipe de Christophe Dejour.

Le Dr Charuel, médecin inspecteur régional du travail a précisé la possibilité de visite de médecine du travail à l'initiative du salarié, du médecin conseil mais aussi des médecins traitants, possibilité souvent méconnue par les médecins de ville. La collaboration des médecins traitants et des médecins du travail participe à l'objectivation des stress psychosociaux, et est souvent dans l'intérêt de la santé des patients.

Les échanges entre médecins doivent toujours se faire avec l'accord du patient. Le Dr Granet du Conseil Régional de l'Ordre des Médecins a confirmé la notion de secret médical partagé dans ces cas, et rappelé que l'immobilisme serait déontologiquement fautif pour tout médecin face à un patient en détresse dans son travail.

Répétons les règles de prudence dans la rédaction des certificats : éviter de parler de « harcèlement moral » qui est une qualification pénale, se centrer sur les constatations médicales.

Risques iatrogènes chez les personnes âgées et prise en charge des troubles du sommeil

Dr Emile OLAYA

L'URML-RA a obtenu un financement du Groupement Régional de Santé Publique pour mener une campagne d'information des patients consultant des médecins généralistes, des psychiatres et des pharmaciens pour un

trouble du sommeil. Cette action est en cours. Les bénéfices attendus d'une telle action sont de : changer la représentation de l'insomnie et des somnifères chez le sujet âgé et les soignants; favoriser une bonne hygiène du sommeil

à partir de 65 ans ; diminuer les risques iatrogènes liés à une prescription inappropriée des médicaments à visée hypnotique et inciter au bon usage des médicaments.

DES COLLÈGES



Dr Jean Stagnara
président
du Collège
des Spécialistes

Collège des médecins spécialistes

Entreprise chirurgicale : une réalité nouvelle à creuser

Dr Didier LEGEAIS

Nous découvrons à peine la nécessité de communiquer sur l'environnement économique de nos sociétés, que notre environnement d'exercice, avec la loi HPST, risque d'être bouleversé. Nous devons impérativement nous adapter et expliquer sans cesse que nous avons une réalité fiscale et comptable d'entreprise que les partenaires sociaux doivent comprendre et respecter. Un cabinet médical correct a un coût de revient horaire de 75 euros et une activité chirurgicale au bloc opératoire un coût horaire de fonctionnement de 125 euros, variable en fonction des spécialités. Alors que ces réalités sont en train de s'imposer à nous, il est déjà trop tard pour s'en contenter.

L'entreprise chirurgicale doit évoluer juridiquement pour pouvoir être à terme une entité propre, capable de contractualiser avec les établissements de santé et les tutelles sur un territoire de santé donné. L'URML Rhône-Alpes, en collaboration avec l'URML Languedoc-Roussillon, travaillent sur plusieurs schémas possibles de collaboration de professionnels de santé. Nous essayons, loin des freins actuels déontologiques et en dehors des sociétés classiques (SEL, SCP, SCM...), de trouver une nouvelle entité où les chirurgiens en particulier, pourront contractualiser leurs performances en acceptant une certaine responsabilité collective, une hiérarchisation professionnelle et la

mise en place de critères de qualité. Il est prévu de rencontrer un grand nombre de professionnels au sein des URML, du Conseil National de la Chirurgie, mais aussi au sein d'institutions reconnues (Assemblée Nationale, CME, FHP, FHF, ESPIC, ARH/ARS, DHOS,.....) et de confronter ces réflexions à des spécialistes juridiques et de l'entreprise libérale.

Nous espérons ainsi être les promoteurs d'un modèle nouveau, reconnu par les institutions et notre Conseil National de l'Ordre des Médecins, qui permettra demain aux libéraux d'être une vraie force de négociation, de proposition, dans le respect de la qualité de notre art.

Démographie des médecins spécialistes en Rhône-Alpes

Dr Emile OLAYA, Secrétaire Général de l'URML-RA

L'analyse de la démographie des spécialités de proximité que nous avons commencé à mettre en place a nécessité cet été des travaux complexes.

Chacune des 17 disciplines étudiées a sa particularité en matière de mode d'exercice et nous avons préféré interroger les confrères eux mêmes sur leur installation en site unique ou multiple, leur exercice à plein temps ou temps partiel etc. Sur plus de 5000 confrères interrogés, la moitié a déjà répondu, ce qui est exceptionnel et marque leur préoccupation en matière de démographie. **Décrire la démographie des spécialistes c'est**

aussi préciser la distance en temps d'accès pour le patient vers le spécialiste de proximité. Nous nous sommes donc rapprochés de l'Institut Géographique National et la version de « Géosanté spécialiste » que nous espérons pouvoir vous présenter dans quelques mois, précisera cette donnée essentielle. Ce calcul du temps d'accès à une offre de soins est fondamental qu'il s'agisse de cabinets classiques ou de plateaux techniques. C'est aussi un outil dont nous avons besoin dans toutes les discussions avec les tutelles en matière d'implantation d'équipement.

Ainsi, comme cela avait été le cas en 2003 pour les généralistes, l'URML RA sera la première région de France à présenter une description précise, par zone de soins de proximité, de l'offre de soins de spécialité. Dans la réforme prévue par la création des ARS et qui conduit à une forte régionalisation des décisions en matière d'offre de soins, il est capital que la profession dispose des outils d'analyse de la démographie permettant de négocier à égalité de compétence et d'information avec nos partenaires institutionnels. Ce sera chose faite dans quelques mois.

Si vous même ne l'avez pas encore fait, téléchargez la fiche sur notre site : www.urmlra.org (rubrique Démographie médicale) et retournez la nous. Les premières simulations à partir des données fournies par certaines disciplines sont déjà en cours.

Nouveaux modes d'organisation des professionnels de santé libéraux – Création d'un Pôle Ressources au sein de l'URML-RA

Dr Nicole BEZ, Présidente du Collège des Généralistes

En région Rhône-Alpes, les institutions : l'Agence Régionale pour l'Hospitalisation, le Conseil Régional, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance-Maladie et l'URML, se sont mobilisées pour favoriser les nouveaux modes d'exercice, comme les maisons de santé pluridisciplinaires, et ainsi tenter de pallier aux difficultés à venir en terme d'offres de soins.

L'URML-RA a recruté en juin 2009 une personne à temps partiel, dédiée spécifiquement à l'accompagnement des professionnels de santé qui souhaitent réfléchir à ce type de projet.



Caroline Sauvaget

Définitions :

Une maison ou un pôle de santé rassemble, dans un secteur donné, plusieurs professionnels des soins de Santé primaire, dont des médecins, unis par une charte, un projet et des objectifs opérationnels concernant la santé des patients.

Une maison de santé (MSP) : unité de lieu, les professionnels de santé exercent dans les mêmes murs,

- Un pôle de santé (PSP) : regroupement de professionnels de santé exerçant "hors les murs", dans leurs propres locaux.

Source : Exercice coordonné et protocolé en maison ou pôle de santé - HAS, 2007

Quelques conseils

Au démarrage du projet, s'assurer que :

- ▶ La démarche est initiée par les professionnels de santé (médecins, paramédicaux..);
- ▶ Une analyse des besoins et des attentes des professionnels a été réalisée ;
- ▶ Les locaux seront adaptés à une pratique pluridisciplinaire et collaborative ;
- ▶ Une mutualisation des moyens entre professionnels sera assurée.

Dans un second temps :

- ▶ Réfléchir aux statuts juridiques les plus adaptés
- ▶ Initier des projets de prise en charge partagée des patients sur des priorités de santé publique ;
- ▶ Rechercher d'éventuelles aides financières

Missions du Pôle Ressources :

- ▶ donner des référentiels et des conseils méthodologiques ;
- ▶ des informations sur les aides financières possibles et les critères d'éligibilité ;
- ▶ des aides au montage de dossier de financement ;
- ▶ des préconisations

Ce dispositif a été mis en place en cofinancement entre l'URML RA et l'URCAM

Articulation médecine ambulatoire médecine hospitalière

Dr Emile OLAYA, Secrétaire Général de l'URML-RA

Bien que de formation initiale commune, et poursuivant un objectif unique autour du patient, médecine ambulatoire et médecine hospitalière ont été peu à peu séparées. Les contraintes démographiques laissent peu de temps pour les contacts et les échanges. Les contextes organisationnels et, disons le, économiques différents conduisent à une méconnaissance du mode d'exercice de « l'autre côté » de la médecine.

Pourtant, tout au long des réunions locales que nous avons organisées dans différents bassins, une aspiration commune à plus de communication et plus de coopération s'est exprimée de part et d'autre.

Nous avons pu constater l'ingéniosité des médecins libéraux et hospitaliers pour palier les déficits d'échanges, facteurs de moindre efficacité de la prise en charge des patients. Les réunions de travail avec les confrères des bassins

d'Aubenas, Bourg en Bresse, Annecy, Grenoble mettent en évidence une sorte de « génial bricolage » destiné à contourner les obstacles à un travail coopératif attendu par tous. Ils ont quelques points communs : faciliter les échanges, simplifier les circuits et procédures.

Peut-on aller plus loin que ce « génial bricolage » ? C'est sans doute ce que Pouvoirs Publics et médecins ont voulu tenter à travers de nombreux modes organisationnels : création de réseaux de santé, coordination urgence-permanence des soins, hospitalisation à domicile. Nous voyons bien les limites de ces systèmes dont la marque de non universalité est parfois indiquée par le qualificatif de « pilote » ou « expérimental » et souvent marquée du handicap de la non pérennisation des financements. Le seul fait qu'aucun des modes d'organisation n'ait été largement étendu et encore moins généralisé en marque les bornes.

Pour autant par la Loi, l'Etat peut-il impulser une autre organisation que celle que parfois par manque de prospective, il a laissé s'installer ? La Loi HPST, créant un Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) ambulatoire à côté ou avec le SROS hospitalier, pourrait laisser croire qu'il y a là l'outil universel attendu. Il n'en reste pas moins vrai que si la Loi propose un cadre général de gestion du système de santé, si les dispositifs tentent ou prétendent vouloir proposer les moyens d'une articulation de la médecine ambulatoire et hospitalière, rien à l'évidence ainsi que l'histoire le démontre tant en France que dans les pays similaires, ne saurait se faire sans les acteurs eux mêmes. **Les médecins de ville ou hospitaliers sont donc face à un choix décisif entre subir des évolutions qui ne répondent pas à leur attente où être les moteurs.**



Grand Prix de la Prévention médicale 2009

Le 18 Mars 2009, lors du Colloque de la **Prévention Médicale**, le **Grand Prix** attribué au Dr Emile Olaya pour l'URML-RA a été remis par le Pr Laurent DEGOS, Président de la Haute Autorité de Santé, au Docteur Jean Derrien, Président de l'URML-RA pour la création du site Internet : « **Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical** ».

Résultats des élections à mi-mandat de l'URML-RA du 17 juin 2009

Bureau

Président :

Dr Jean DERRIEN (FMF)

Vice Président :

Dr Pascal DUREAU (MGF)

Secrétaire Général :

Dr Emile OLAYA (FMF)

Secrétaire adjoint :

Dr Jean-Louis GUILLON (FMF)

Trésorier :

Dr Pierre GROS (MGF)

Trésorier adjoint :

Dr Jacques OLIVIER (SML)

Collège des Généralistes

Présidente :

Dr Nicole BEZ (MGF)

Vice Président :

Dr Gilles PERRIN (MGF)

Secrétaire :

Dr Jean René CAUSSE (FMF)

Collège des Spécialistes

Président :

Dr Jean STAGNARA (FMF)

Vice Président :

Dr Christian DEVOLFE (FMF)

Secrétaire :

Dr Yves Pierre KOSSOVSKY (SML)

Distinction

Le **Docteur Nicole Bez**, Présidente du Collège des médecins généralistes de l'URML-RA a été élevée au grade de chevalier dans l'ordre national de la Légion d'Honneur.

Les ATIM : une dynamique en stand by interview du Dr Pascal Dureau

Huit ATIM (Assistants Technique d'Information Médicale) ont dessiné dans les cabinets de généralistes rhônalpins, lors d'une seconde expérimentation en 2007-2008, la mise en place concrète du DPPR. Le concept ayant démontré sa faisabilité et son efficacité, le Dr Pascal Dureau prévoit une mutation de la prise en charge de la tâche et fait le point sur la suite à donner.

« Une chose est certaine, affirme le Vice-Président de l'URML RA, il n'existe pas de production de synthèses chez les médecins si les ATIM ne sont pas à l'oeuvre... Faute de temps, ce travail passe au second plan quand les ATIM quittent les lieux. Leur présence est donc un formidable moteur pour l'élaboration des dossiers patients.

Le DPPR instruit par les ATIM et repris, à terme, par les secrétaires ?

Concrètement, un généraliste compte entre 800 et 1000 patients. Si on considère qu'un ATIM crée 8 dossiers en 1/2 journée, un médecin mobilise donc 1/4 de temps d'ATIM pour la première année de constitution des dossiers. A partir de la seconde année de prestation, l'ATIM consacre 1/8 de son temps à chaque médecin, lorsque sa tâche se limite à la mise à jour des dossiers déjà synthétisés.

L'expérience l'a démontré : les ATIM peuvent réaliser les tâches déléguables liées au DMP, comme générer une synthèse bien faite à partir d'un dossier bien renseigné par le généraliste. Mais en attendant un financement pérenne des ATIM, se pose la question de la profession elle-même : ATIM est une fonction

plus qu'un métier. La rémunération de cette fonction à 20 euros/heure TTC équivaut à celle d'une secrétaire qualifiée. Il semble réaliste d'imaginer que les secrétariats existants pourraient donc s'approprier, moyennant une formation, la fonction des ATIM.

Dégager du temps, de l'argent et de l'espace : mission difficile !

Les médecins soutenus par les ATIM sont tout à fait satisfaits de leur collaboration mais celle-ci a posé plusieurs questions. Valider les synthèses qu'ils ont réalisées demande du temps, une denrée rare pour les médecins. Intégrer du personnel demande de l'espace et du matériel. Un problème logistique qui pourrait être résolu quand les secrétariats intégreront cette tâche et pour autant qu'elles l'intègrent. Enfin, à nouvelle mission, nouvelle rémunération... Des éléments de réflexion sur les forfaits structurels de l'activité médicale qui doivent intégrer la négociation conventionnelle.

Ouvrir le champ d'action du DPPR

Une expérience élargie aux échanges entre médecins correspondants et spécialistes (gastroentérologues), EHPAD et MMG mobilise actuellement les ATIM dans la région Rhône-Alpes. Le DPPR contient tous les éléments qui permettent le suivi des patients, alors que le DMP national n'exploitera qu'une base synthétique. Pourquoi ne pas faire mieux sur le territoire français alors qu'il existe des exemples plus aboutis autour de nous, à Genève, Milan, Barcelone, dans le Bade Wurtemberg ? »

Expression des syndicats sur la Loi Hôpital Patients Santé Territoires (HPST)

CSMF

Après s'être exprimée sur les perspectives négatives de la loi HPST, la CSMF constate que celle-ci a été votée, démocratiquement. Il est donc temps, maintenant de construire et, la CSMF souhaite être associée à la rédaction des futurs décrets. La CSMF n'en manifeste pas moins ses inquiétudes puisque le 1er décret publié est celui sur « les vacances » des praticiens qui, devront être déclarées à la tutelle et au CDOM ce qui est inapplicable pour les professionnels libéraux ne travaillant pas en plateaux techniques. Le groupe CSMF constate que cette loi étatisé le système de santé et fragilise les conventions nationales, ce qui à terme peut affaiblir notre syndicalisme. N'oublions pas que c'est bien notre action qui a permis la maîtrise médicalisée des dépenses de santé désormais stabilisées avec une économie de 2 milliards d'euros. Néanmoins, nous n'accepterons jamais le principe d'une maîtrise comptable avec la baisse ciblée de certains tarifs comme il en est question dans le prochain PLFSS 2010. La loi HPST va créer les URPS, les médecins étant représentés par 3 collèges. La CSMF a mis en place cette troisième composante Anesthésie, Obstétrique, Chirurgie, dans chaque département. La CSMF sera bien sûr vigilante afin d'éviter que les futurs décrets ne vous pénalisent encore plus dans votre exercice libéral.

FMF

La FMF croit à l'efficacité de l'exercice libéral et à la volonté des médecins libéraux de faire évoluer leur exercice professionnel. Elle attend beaucoup de la réforme des ARS, de l'organisation territoriale, du rôle renforcé des URPS et de leur composante URML, pour contractualiser avec les ARS. La FMF, en attente de reconnaissance officielle depuis les élections professionnelles de 2006, soutient cette loi dans son volet « représentativité syndicale ». Pour la FMF, cette loi doit s'attacher à développer les soins primaires, la coordination, et répondre à des missions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Elle doit donner les moyens pour les spécialités médicales, sacrifiées par la convention et l'absence d'une CCAM clinique, d'assurer les missions de recours et des moyens matériels et financiers pour la médecine spécialisée de plateaux techniques chirurgicaux. La FMF attachée à l'exercice libéral, regrette que le texte ait oublié de redonner de l'attractivité pour l'exercice libéral et les spécialités délaissées par les jeunes et s'oppose fermement aux textes liberticides, aux pénalités financières réglementant la Télétransmission et l'installation et aux amendements qui dénaturent le secteur 2.

MG France

La loi HPST est l'aboutissement d'un long processus que MG France a initié en partie et accompagné à travers les états généraux de l'organisation de la santé et les discussions parlementaires. MG France porte un regard favorable sur le titre 2 de la loi même si les dispositions contenues ne lui semblent pas toutes satisfaisantes. La définition des missions que la société confie au médecin généraliste de premier recours est une avancée essentielle. Mais elle n'aura de sens que si les décrets d'application ne dénaturent pas la loi et si les moyens dont la médecine générale est privée depuis 5 ans lui sont enfin donnés. Sans cela cette loi perdra sa signification.

Quand aux URPS rassemblant l'ensemble des professions de santé libérale, MG France sera vigilant pour que la représentation spécifique des généralistes ne soit pas diluée et puisse continuer à s'exprimer pour elle-même.

SML

Elle est passée, elle s'impose. L'Etat, via les ARS devient l'interlocuteur fort.

Nous devons poursuivre notre combat pour que notre exercice ne devienne pas encore plus difficile. C'est LE moment de prendre le temps de dire ce que nous souhaitons pour le porter à nos politiques qui prennent la main sur les dossiers (Organisation et Permanence des soins, Démographie, Honoraires, CMU et Refus de soins, déclaration des dates de congés etc...).

Le SML sera vigilant, signalez-nous vos questions, les problèmes rencontrés. Le contact pour vous défendre : smlra@lesml.org.

Les élections aux URPS sont annoncées. Ne délaissions pas la possibilité de prendre en main l'avenir de notre profession.

La convention ne fonctionne plus, Le SML l'a dénoncée. Nous travaillons ensemble pour en proposer une nouvelle : une convention équilibrera les pouvoirs ARS-Sécu-Médecins.

Il faut travailler encore pour construire cette URPS, Le SML vous attend, rejoignez-le !



« Illustration ci-dessus propriété de l'URML Aquitaine, d'après leur Journal n°44 – 3ème trimestre 2009 ».



Ouverture du site risques sanitaires

www.risques-sanitaires-ra.org

Le site consacré à l'information des professionnels de santé sur divers risques sanitaires a été ouvert le 9 septembre. **Aujourd'hui consacré à l'épidémie de grippe en raison de l'actualité**, il s'agit là de la première partie d'un vaste programme sur lequel l'URML RA travaille depuis plusieurs années.

Chaque fois qu'émerge un problème sanitaire plus ou moins important, les professionnels de santé rencontrent les mêmes difficultés d'accès à une information solide et exploitable au milieu des rumeurs et communiqués contradictoires. Il est également nécessaire de vérifier l'adéquation de nos connaissances aux spécificités de chaque situation de risque sanitaire.

Il a donc semblé indispensable de mettre à disposition de l'ensemble des professionnels de santé un site d'information aussi complet que possible, offrant :

► **Une information mise à jour rapidement** grâce à la veille documentaire assurée par l'URML. Les textes sont mis en ligne sous une forme synthétique permettant une consultation rapide. Il est également proposé chaque fois le lien vers l'information développée pour ceux qui souhaitent aller plus loin.

► **Une news letter accompagne ce site.** Elle permet d'adresser régulièrement et si nécessaire en urgence, des informations pratiques aux professionnels de santé. C'est un mode communication plus rapide et plus efficace que les innombrables courriers que nous recevons. Il est donc indispensable que vous vous soyez inscrit sur le site pour pouvoir la recevoir

► **Une auto-évaluation des connaissances** élaborée grâce au concours d'experts reconnus qui ont accepté d'y contribuer. Nous savons bien qu'aussi commune qu'elle soit, chaque affection se développe dans des conditions qui la rendent particulière. C'est le cas de l'épidémie de grippe A H1N1 mais ça peut l'être pour tel ou tel foyer de méningite ou de légionellose.

► **La possibilité de participer au recueil d'informations sur le terrain.** Les professionnels de santé de médecine ambulatoire disposent par leur exercice quotidien d'une masse d'observations essentielles pour une meilleure connaissance en santé publique.

Dans les prochains mois, nous aurons à développer, après celui consacré à la grippe, les autres modules prévus dans ce programme. La liste des thèmes traités sera complétée en fonction des besoins des professionnels. Vos avis et remarques nous seront précieux à envoyer à : contact@risques-sanitaires-ra.org.

Partenaires professionnels :

- Conseil Régional de l'Ordre des Médecins
- Conseil Régional de l'Ordre des Infirmiers
- Ordre des Masseurs Kinésithérapeutes
- Ordre National des Sages Femmes
- Ordre Régional des Chirurgiens-Dentistes
- Ordre Régional des pharmaciens

Partenaires institutionnels :

- Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales Rhône-Alpes
- Les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales de l'Ain, de l'Ardèche, de la Drôme, de l'Isère, de la Loire, du Rhône, de la Savoie, de la Haute-Savoie

Structures de santé publique et épidémiologique :

- CIRE, Centre de pharmacovigilance, GROG, Sentinelles

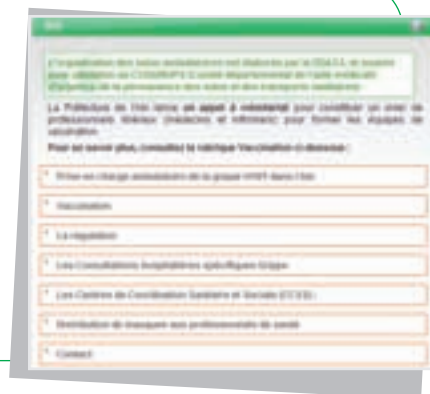
Dr Emile Olaya, responsable du projet



www.risques-sanitaires-ra.org

Une information rapide et pratique

L'objectif principal est de vous fournir une information fiable, tirée de sites de référence. Nous avons voulu mettre en place un partenariat avec les structures de santé publique régionales mais aussi départementales. Les DDASS ont accepté de nous fournir toutes les informations qui seraient utiles aux professionnels de santé. C'est aussi une volonté de renforcer les liens entre la médecine praticienne et la santé publique au delà du problème ponctuel de cette épidémie de grippe. C'est un nouveau mode de travail en commun, d'échanges, que nous avons la volonté de développer.



Les professionnels de santé, acteurs de santé publique

Quelque soit notre discipline, nous disposons par notre exercice quotidien d'une masse d'informations essentielles et sous exploitées en santé publique.

Les Centres de pharmaco-vigilance font appel à nous pour surveiller tout particulièrement au cours de l'épidémie de grippe actuelle **les femmes enceintes ayant été vaccinées ou à qui il a été prescrit de l'Oseltamivir (Tamiflu*)**. Cela permettra d'enrichir nos connaissances dans ce domaine où peu de données existent.

Au delà de cette situation d'épidémie de grippe, nous avons pensé utile de permettre à ceux qui le souhaitent, **de signaler de façon simple des évènements à caractère sanitaire**. Cela permettra d'identifier plus rapidement des risques sanitaires émergents.

Un accès réservé aux professionnels

Pour des raisons évidentes, avec nos partenaires des DDASS, nous avons limité aux professionnels de santé l'accès à certaines rubriques telles que certains éléments de l'organisation départementale, le signalement aux centres de pharmacovigilance ou aux DDASS, l'auto-évaluation des connaissances.

Une partie ouverte au grand public

Cependant la qualité de l'information que nous avons voulu mettre en ligne nous a conduits à la rendre accessible à l'ensemble de la population. L'épidémie de grippe actuelle illustre une fois de plus la difficulté pour nos patients à accéder à une information sûre au milieu des rumeurs trop nombreuses ;

Ceci s'inscrit dans notre mission d'information du public sur les problèmes de santé. Cela facilitera également la tâche des professionnels de santé appelés à prendre en charge des patients mieux informés.

Un site dédié à l'ensemble des professionnels de santé

En associant à ses différents programmes les autres professions de santé, infirmières, pharmaciens, kinésithérapeutes, chirurgiens dentistes, sages femmes, l'URML préfigure depuis plusieurs années ce que sera sans doute le mode de travail entre nos disciplines lors de la mise en place des ARS.

Rien de plus normal d'ailleurs car, si notre métier est différent, notre objectif est le même : offrir des soins de qualité à la population. Et à la réflexion, nous rencontrons bien

souvent les mêmes difficultés d'accès à l'information.

Une newsletter

Il est important de recevoir rapidement des informations pratiques sur l'organisation matérielle, sur tel ou tel problème sanitaire local ou régional. Nous avons mis en place une newsletter dont la périodicité sera variable en fonction de l'information qu'il sera nécessaire de diffuser. Elle est élaborée par l'URML à partir de la veille documentaire qui est réalisée et elle comporte les informations que les DDASS souhaitent vous faire parvenir. Sa vocation est avant tout pratique. Il est donc important que vous nous inscriviez sur le site :

www.risques-sanitaires-ra.org .