



Édito

Vers une évaluation collective et non sanctionnante

De nombreuses professions ont déjà pris l'habitude d'être validées, auditées, évaluées, accréditées, mises aux normes ou à niveau... à la différence de la médecine libérale qui reste globalement à l'écart de ce type de démarche.

Il est vrai que nos pratiques, exercées sur le mode libéral, peuvent déjà difficilement être comparées entre elles. La médecine est un secteur qui a de fortes particularités, à tous les niveaux : formations initiale et continue, exercice généralement individuel, textes conventionnels à géométrie variable, lois non pérennes... L'hétérogénéité est grande, quels que soient les critères : mode d'exercice, médecine générale ou spécialisée, avec ou sans plateau technique, secteur urbain, semi-rural, ou rural, exercice isolé ou en cabinet de groupe, secteur d'activité... On peut y voir une première cause de la difficulté de faire adhérer les médecins à une démarche d'évaluation, puis de qualité.

Les écueils sont aussi culturels et intellectuels... quand ils ne relèvent pas du simple fantasme : nos confrères doivent être conscients que, de toute évidence, l'évaluation des pratiques médicales est aujourd'hui une démarche volontaire et par conséquent non sanctionnante.

Les difficultés de l'évaluation individuelle

Il serait faux de dire que les seuls obstacles à l'évaluation sont issus du versant médical. Après les déclarations d'intention de l'ANAES et la désignation par la Conférence Nationale des Présidents d'URML de quatre Unions Régionales volontaires pour expérimenter l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) sur le mode individuel, nous sommes confrontés à trois types de difficultés :

- **un handicap financier** : sachant que l'évaluation revient à 1600 € par médecin, les Unions Régionales, quelle que soit leur taille, n'ont pas l'assise financière suffisante. Le FAQSV, non pérenne, a été évoqué comme source de financement possible...

- **un handicap de temps** : il apparaît impossible d'évaluer l'intégralité des 120.000 médecins libéraux tous les 5 ans.

- **un handicap pratique** : à ce jour, nous ne disposons pas de référentiels de bonnes pratiques médicales pour chaque spécialité, les associations de FMC et les syndicats verticaux ne sont toujours pas associés à leur élaboration.

Dans ce contexte, les promoteurs de l'évaluation envisagent de s'engager dans une démarche plus réaliste : l'évaluation collective des pratiques professionnelles.

Cette prise de conscience ne peut que nous satisfaire : à travers sa commission d'évaluation, l'Union s'était déjà positionnée en son temps en faveur d'une évaluation collective, à laquelle adhèreraient plus facilement les médecins, car elle est, par définition, anonyme, volontaire, non sanctionnante et plus pédagogique.

Cette orientation est aujourd'hui suivie d'effets. Une action de formation à l'évaluation démarre en Alsace, avec un financement FAQSV. Cette première démarche de sensibilisation à l'évaluation collective est promue par la commission d'évaluation de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace.

L'évaluation ne doit donc plus faire peur. Les médecins font bien leur travail. L'évaluation collective des pratiques professionnelles ne pourra que le démontrer de la façon la plus objective qui soit.

Dr Alain LION
Président de l'Union

Billet d'humeur

Pas (r)assurés du tout !!!

Théoriquement, l'organisation du système de soins est la résultante d'accords passés entre les caisses, l'Etat et les professions de santé pour le bien des patients. Cette situation prévalait... avant que les assureurs ne s'invitent à jouer les trouble-fêtes :

- Ils ont tout obtenu de l'Etat : ils n'assurent plus l'aléa thérapeutique, ni les maladies nosocomiales et ont vu la période de réclamation ramenée de trente ans à cinq ans.

- Ils ont tout obtenu des médecins : des primes culminant à des sommets jamais égalés dans le passé mais... qui pourraient être dépassés dans l'avenir.

- Ils ont tout obtenu de l'assurance maladie : les deux tiers des primes seront payés par les caisses pour les médecins du secteur 1. On peut se demander pourquoi une institution si soucieuse de ses dépenses n'a jamais eu l'idée de demander des justifications aux assureurs avant de passer à la caisse.

Comment vont réagir les gynécologues ?

La consultation vient d'être arrondie à 23 euros. Tout le monde est conscient qu'il ne s'agit pas d'une revalorisation mais d'un simple ajustement technique... et chacun se demande comment des syndicats ont pu signer un tel accord !

Tous les ingrédients du "diviser pour mieux régner" sont réunis. Pour certains, il sera bientôt temps de jeter l'éponge alors que la carence en obstétriciens est déjà criante. Pour d'autres, il sera l'heure de se déconventionner.

Les caisses auront alors beau jeu de crier au loup sur le dos des médecins ! N'est-il pas commode de réécrire l'histoire et de trouver des boucs émissaires ?

Dr Claude Muhstein

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles



Vous trouverez entre les pages de cette édition du Libéral, une plaquette élaborée par la Conférence Nationale des Présidents d'Unions Régionales de Médecins Libéraux. Ce document, que nous avons souhaité aussi précis que possible, dresse un état des lieux de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles.

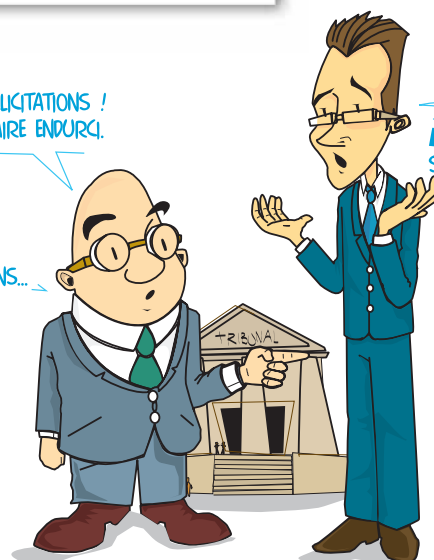
Sa lecture répondra à vos principales interrogations, et si vous souhaitez plus d'informations, vous pouvez contacter par le biais de l'Union, le Docteur Bernard Mathey, en charge de la commission d'évaluation médicale et co-responsable de l'action de formation à l'évaluation avec le Docteur Denis Reiss, en charge quant à lui de la commission de formation médicale initiale et continue.

Dr Alain Lion

J'AI APPRIS TON MARIAGE, FÉLICITATIONS !
MOI QUI TE CROYAIS CÉLIBATAIRE ENDURCI.

MOI AUSSI. MAIS ELLE EST SI CHARMANTE, AVEC
SON PÈRE AVOCAT ET SON FRÈRE ASSUREUR.

AH, LE COEUR A SES RAISONS...



COMMENT VA LE CORPS MÉDICAL ?

→ Dossier :

La régionalisation
de la santé.

pages 2, 3

la régionalisation de la Santé.

Pour comprendre les enjeux de la régionalisation de la Santé, il est nécessaire de faire le point sur la régionalisation des institutions en général. En commençant par la réforme constitutionnelle.

Les principes généraux de la régionalisation

La décentralisation a 20 ans. Après un premier échec en 1969, les propositions de réformes de l'organisation et de l'administration territoriale se succèdent et aboutissent en 1982 aux lois Defferre, relatives "aux droits et libertés des communes, des départements et des régions". Depuis, les lois sur la décentralisation ont modifié notre paysage institutionnel, avec un accroissement du rôle des collectivités territoriales et la consécration du principe constitutionnel de la libre administration.

En 2002, le gouvernement présente au Parlement un projet de loi constitutionnelle. Son objectif : organiser la décentralisation de la République, en offrant aux collectivités territoriales les bases constitutionnelles propices à leur libre administration.

En 2003, le Parlement, réuni en Congrès à Versailles, aura à se prononcer sur la modification de l'Article 1er de la Constitution, afin d'autoriser la mise en place de la décentralisation.

> Les mots-clés de la décentralisation

Les promoteurs de ce projet ont désiré établir le champ de discussion autour de grands principes, énoncés comme des mots-clés :

• Proximité, subsidiarité

Le transfert des compétences au profit des collectivités permet de favoriser la concertation et d'assurer la maîtrise des actions locales par les acteurs locaux. La décision décentralisée, fondée sur le principe de subsidiarité, doit être plus proche du citoyen et responsabiliser les élus.

• Nouvelle distribution des rôles, transfert des compétences, cohérence et efficacité

On peut craindre que les nouvelles compétences attribuées aux collectivités territoriales ne compliquent le paysage administratif, multiplient les procédures, atomisent les compétences et favorisent les conflits entre elles. Avec le risque de ne plus savoir qui fait quoi, qui décide de quoi !

Le souhait du projet est pourtant d'assurer que les différents échelons fonctionnent de manière harmonieuse, équilibrée, cohérente et efficace.

Le Premier Ministre y ajoute une exigence : celle de la clarification. "La nouvelle architecture des responsabilités de la République doit être plus transparente et plus simple". Cette notion avait en effet été fortement évoquée à Strasbourg, lors des Assises des Libertés Locales, et reprise par le Secrétaire d'Etat, Monsieur Hamlaoui MECKACHERA : "la clarté est la condition de l'efficacité".

• Expérimentation

En étant volontaire, réversible, limitée dans le temps et dans son objet, en permettant son évaluation (la méthode est-elle bonne ? peut-elle être pérennisée ?), l'expérimentation est probablement le grand apport de cette réforme. Ainsi, "le droit à l'expérimentation permettra pour chaque politique publique de déterminer le bon niveau d'exercice des compétences, ainsi les conditions de la mise en œuvre du principe de subsidiarité seront remplies". L'Alsace est déjà familière du processus : en 1997, la Région s'est engagée dans l'expérimentation en matière de décentralisation des transports ferroviaires. Pionnière en la matière, elle a donné une réelle impulsion aux Trains Express Régionaux (TER).

• Transfert des ressources, égalité, péréquation

Les transferts de compétences s'accompagnent nécessairement d'un transfert de ressources. Et dans cette optique afin de respecter le principe d'égalité inscrit à l'article 1er de notre constitution, la péréquation financière doit être confortée.

> Soyons précis...

Déconcentration :

transfert de l'autorité décisionnelle du pouvoir central à des services de l'Etat déconcentrés sur une base territoriale.

Décentralisation :

transfert de compétences et de l'autorité publique du niveau central de l'Etat vers une collectivité territoriale.

Régionalisation :

décentralisation à l'Echelon Régional.

La régionalisation de la santé

Le vaste chantier de la régionalisation concerne l'ensemble de l'architecture des responsabilités de la République. Comment s'applique-t-il plus spécifiquement au domaine de la santé ?

Dans le cadre des lois Defferre, à l'exception de diverses fonctions d'aide sociale et de prévention sanitaire confiées au département, l'organisation du système de santé est restée à l'écart du mouvement de décentralisation. La centralisation des instruments de régulation et de gestion du dispositif par la puissance publique est incontestable.

Pourtant, avec l'institution du SROS en 1991, la création des URML en 1993, des ARH, des URCAM et des Conférences Régionales de santé en 1996, on peut affirmer que l'évolution législative de la dernière décennie du XXème siècle aura fait prévaloir le fait régional

dans le domaine de la santé. Actuellement, une régulation plurielle et 3 modes régissent notre système de santé :

- une gestion de l'état central ;
- une délégation de la gestion aux Caisses d'Assurance Maladie ;
- une déconcentration.

La proposition de loi présentée par le Docteur Jean-Luc PREEL, député de Vendée, va beaucoup plus loin et s'engage dans la voie d'une véritable décentralisation. Ce projet s'articule selon le schéma suivant :

• La gestion du système de soins serait confiée à l'Agence Régionale de Santé, constituée en exécutif, et la politique de santé serait définie par le Conseil Régional de Santé, chargé également du contrôle.

• Les compétences de l'Etat seraient transférées progressivement aux Conseils Régionaux par expérimentation. Ces compétences s'exerceraient tout d'abord en matière de prévention et d'éducation à la santé, puis en matière de formation initiale et continue, puis sur le champ de la régulation démographique des personnels médicaux et paramédicaux et enfin sur celui de l'infrastructure des établissements publics de santé.

• En matière de financement, une enveloppe régionale serait définie au plan national, avec la possibilité de régionaliser la CSG et de lever les impôts spécifiques. Les transferts de compétence s'accompagneraient du transfert des services correspondants et du transfert des ressources nécessaires. Les objectifs régionaux pour les dépenses de l'Assurance Maladie seraient fixés et une enveloppe régionale serait déterminée sur des critères objectifs (âge, morbidité, mortalité).

On pourra retenir de ce projet qu'il a inspiré bien des réflexions et notamment celle du Conseil Régional d'Alsace (voir plus loin l'article du Docteur Alain LION).

Les réflexions, positions et propositions

Depuis un an, émergent des réflexions, concertées ou non, autour du problème de la régionalisation de la santé.

> Conseil Régional :

pour des compétences étendues

Au terme de l'enquête auprès des Conseils Régionaux "Quelle politique régionale pour la santé en France ?", réalisée par l'URML de Rhône-Alpes, nous retiendrons les propositions faites par les responsables du Conseil Régional d'Alsace. Ce dernier souhaite voir s'étendre les compétences des Conseils Régionaux en matière de politiques de santé. Il envisage une décentralisation avec transfert d'enveloppes nationales au plan régional. Il s'associe à l'Agence Régionale de Santé et souhaite un renforcement des compétences

envisagées sur le plan budgétaire, sur le plan de la prévention de la santé, des politiques de santé, de la réponse aux urgences et de l'organisation des réseaux.

Pour le Conseil Régional d'Alsace "la régulation et la gestion du système de soins à l'échelle régionale peuvent être une véritable alternative à l'étatisation et à la privatisation de l'assurance maladie." A l'initiative de la Région, un groupe de travail est chargé d'élaborer des propositions en vue de régionaliser le système de santé. Lors des Assises des Libertés Locales qui se sont déroulées à Strasbourg le 13 décembre dernier, Adrien ZELLER, a annoncé le souhait d'expérimenter la régionalisation de la santé en Alsace. (cf article du Dr LION)

> Assurance maladie :

établir des priorités régionales

Dans le cadre d'une régionalisation de la santé, l'URCAM estime qu'elle est sur un terrain d'expérimentation adapté. Elle se voit compétente dans la définition des champs d'action prioritaires. Dans une logique de planification, elle envisage une relation contractuelle avec les professionnels de santé qui permettrait de définir des engagements réciproques fondant les exigences d'améliorer la qualité des soins dans le cadre des priorités régionales. En se basant sur son expérience de gestion du FAQSV, elle pourrait définir des marges financières pour l'action en région.

> ARH : la déconcentration plutôt que la régionalisation

L'Agence se place davantage dans une problématique de déconcentration, grâce à ses pouvoirs étendus à la médecine ambulatoire, que dans une véritable politique de décentralisation.

> Et l'Union ?

L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace souhaite prendre part au débat, dans le cadre de ses missions. La Commission de Régionalisation, mise en place le 15 janvier 2003 s'est vue confier la mission de déterminer les objectifs à partir desquels elle sera capable de faire des propositions, d'envisager des actions avec les partenaires qu'elle aura identifiés.

Un débat largement ouvert... et de nombreuses questions !

> Quelles seraient les limites du champ sanitaire ?

S'interroger sur le mode de régulation du système de soins implique de s'interroger sur le périmètre du champ sanitaire (handicapés, personnes âgées, prévention, éducation à la santé, offres de soins médico-sociales...).

> Quelles pourraient être les compétences régionales en matière de santé ?

- Déterminer les besoins en santé de la région ?
- Expérimenter des solutions ?
- Adapter l'offre de soins ?
- Favoriser des projets à la marge ?
- Stimuler la capacité d'innovation ?

- Déterminer une politique démographique sanitaire ?
- Fédérer des logiques d'acteurs autour de projets spécifiques ?

- Favoriser l'émergence de nouvelles formes d'organisation (réseaux) ?

- Adapter des solutions aux contextes locaux ?
- Déterminer la dimension territoriale des politiques de Santé Publique ?

- Contrôler les dépenses à l'échelon de proximité ?
- Organiser la formation des professionnels ?
- ...

> Qui exercerait ces compétences ?

L'ensemble des acteurs du système de soins ? Les patients ? Avec quelle représentativité ? Quels seraient leurs pouvoirs ?

> Et avec quels moyens ?

On peut s'entendre sur les fonctions d'un système de santé régionalisé : observations et statistiques, organisation de l'offre de soins, régulation du système de soins, prévention et éducation à la santé... mais reste la question des moyens. Si transfert il y a, comment peut-il s'effectuer, d'autant que la création d'un effectif fort, doté de pouvoirs propres, impliquerait automatiquement une responsabilisation accrue des acteurs de l'offre de soins.

Défenseur de la régionalisation, le gouvernement est relativement frileux sur le sujet de la santé. Pour exemple, le commentaire de son représentant à la proposition de l'Alsace d'expérimenter la régionalisation de la santé, le 13 décembre 2002 :

"Il n'est évidemment pas question que les objectifs de Santé Publique, tels que par exemple le dépistage des cancers et la qualité de l'eau potable puissent être différents d'une région à l'autre ou d'un département à l'autre. Ces questions doivent rester du ressort de l'état et de son pouvoir régalién. Il semble que les relations entre les collectivités locales et les ARH, avec bientôt des compétences élargies, pourraient être un domaine approprié pour des expérimentations. La réflexion pourrait porter sur des programmes d'investissement et, en tout état de cause, sur la formation du personnel paramédical."

Anne de Blauwe

> Union : réflexions, questions, missions et application

La plupart de ces questions ont été soulevées par le groupe de travail mis en place dès janvier 2002, à l'initiative du Conseil régional d'Alsace. Une méthodologie a été définie pour faire avancer le dossier de l'expérimentation de la régionalisation de la Santé en Alsace... mais les volontés semblent s'éteindre, à mesure que croissent les difficultés.

Après l'audition de personnalités du monde politique, institutionnel ou de la santé, un rapport, assorti de propositions concrètes, a été rédigé. Il sera déposé courant mars, avant la réunion du Parlement en Congrès à Versailles. La proposition d'expérimentation de la régionalisation de la Santé pourra alors être soumise au gouvernement par le Conseil Régional.

Si la procédure paraît simple, sa déclinaison pratique sera en revanche beaucoup plus complexe. En effet, plusieurs écueils se profilent à l'horizon, à commencer par la difficulté de fédérer les différents acteurs, tous incontournables, autour d'un projet unique. Ainsi apparaîtront luttes d'influence et luttes de pouvoir.

Mais quelle autorité, non encore définie à ce jour, voudra prendre la responsabilité de gérer un budget qui atteint près de 7 fois celui de la Région ? Quelle sera la fonction de l'Assurance maladie, par définition organisme de gestion ? Quelle sera la place des profes-

sionnels libéraux, ordonnateurs et producteurs de soins, donc générateurs de dépenses, mais aussi de santé ? Quelle sera l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital dans le cadre d'une éventuelle fongibilité de leurs enveloppes ? Et au détriment de qui ? Comment se répartiront les rôles entre les élus locaux et les parlementaires, dès lors qu'il ne s'agit pas des mêmes personnes et qu'ils n'ont pas tous une compétence affirmée en matière de santé publique ? Qui représentera les usagers ? Des associations de malades ? Qui garantira l'égal accès aux soins, leur qualité et la sécurité sanitaire ? Les services déconcentrés de l'Etat ? Quel sera l'avenir de l'ARH, de l'URCAM, de la CRAM, de la DRASS ?

Autant de questions aujourd'hui sans réponses. L'ampleur du problème est telle que l'on n'est pas étonné d'observer une réserve de la part de certains partenaires !

Pour sa part, l'Union Régionale des Médecins Libéraux participe activement au débat sans pour autant cautionner tout ce qui est dit ! Elle reste exclusivement dans le cadre de ses missions, telles que définies par la loi : étude des besoins et de l'offre de soins, information et formation, évaluation, organisation des soins, épidémiologie, dépistage et prévention en santé publique.

Dr Alain Lion



DIFFUSION DES INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES

La régionalisation est-elle un frein ou un moteur ?

Nous venons de vivre trente années fortement marquées par l'innovation. Qu'elle soit incrémentale ou qu'elle s'effectue par rupture technologique, elle marque inéluctablement notre pratique, dans tous les domaines : nouveaux médicaments, chirurgie mini invasive, génétique, imagerie...

Cette innovation est le propre de l'Homme, toujours prêt à la mettre au service d'un progrès sanitaire majeur. Mais seul un choix de société, qui se traduit souvent en termes de budget, pourra favoriser ou brider l'innovation, accélérer ou retarder sa diffusion.

> Un exemple de nouvelle technologie bridée : l'imagerie

Les implantations de scanners, Irm et Pet-scanners (tomographie par émission de positons) sont soumises à autorisations administratives, des indices de nombre d'appareils par populations étant édictés par le Ministère, sous forme d'une carte sanitaire. L'indice des scanners n'a pas évolué entre 1993 et 2001, plongeant la France en queue de peloton de tous les pays européens. Depuis décembre 2001, un desserrement des indices a permis de combler partiellement le retard mais la France reste toujours à la traîne de tous les pays développés. L'optimisation des actes n'y est actuellement pas applicable, pas plus que les recommandations européennes en matière d'irradiation de la population. Etant donné le faible développement du marché français, on peut considérer que ce sont les systèmes de santé américains ou des autres pays européens qui financent les

innovations en matière d'imagerie... innovations dont bénéficient cependant les patients français. Ou du moins les plus chanceux !

Le taux d'équipement, par million d'habitants

	Scanner	Irm	TEP
France	10 à 11	5,25 à 7,14	1
Allemagne	20	14	9,1
Belgique	23	5	16,7
Usa	28	28	6,4

Sachant que...

...le délai moyen d'implantation d'un appareil se situe entre 2 et 3 ans, le risque de se laisser dépasser par l'accroissement des besoins est déjà quasiment une réalité. Tout comme le fait d'être définitivement distancé par les autres nations occidentales qui continuent à s'équiper plus rapidement que nous.

(Source : Snilem 2001 et Société Française de Radiologie)

> Un nouvel espoir : la régionalisation

La suppression de la carte sanitaire a été annoncée, elle est remplacée par une autorisation administrative régionale. Celle-ci reste cependant encadrée par une directive de la DHOS*, afin de garantir un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

La régionalisation va-t-elle permettre cette égalité d'accès au niveau du bassin rhénan ? Il faudrait pour cela s'aligner sur l'Allemagne, en doublant le nombre de scanners et d'Irm, et en multipliant par dix le nombre de Pet scan. Qui en assurerait le financement et quelle serait la contribution respective des caisses, des mutuelles et des patients ?

Enfin, peut-on envisager des espaces de liberté pour l'acquisition d'un tel matériel afin de le rendre accessible au plus grand nombre, dans des délais corrects ? Ou à l'inverse, faut-il résister à une pression consumériste des patients ?

> Panier de soins régional :

l'innovation est-elle une priorité ?

Nous en arrivons à la définition du panier de soins et de son impact. Y aura-t-il de véritables priorités de financement, ce qui implique des non-priorités, et donc, une prise en charge éclatée. Pas plus qu'à l'échelon national, patients remboursés et médecins payés à l'acte ne pourront continuer à se servir de façon illimitée des ressources de l'Assurance Maladie. Trouvera-t-on le courage de hiérarchiser les besoins ? Les choix seront-ils moins politisés car régionaux ? Seront-ils adaptés aux besoins et à l'économie régionale quitte à s'écarter de références nationales ? Espérons que les techniques innovantes prennent leur place dans ce panier de soins.

* guide d'aide à la décision en matière d'implantation d'Irm et de Scanner - Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins - CNAM

suite p.4

> **Innovation technologique : attention à la concurrence déloyale du secteur public**

Toutes les innovations ne peuvent être systématiquement prises en charge par la collectivité. D'abord, parce que les ressources ne sont pas illimitées. Ensuite, il faut que la nouvelle technique soit validée.

- Si ce n'est pas encore le cas, la nouvelle technique ne doit pas être prise en charge et elle ne doit être utilisée que dans le cadre de programmes de recherche contrôlés.
- A l'inverse, si la nouvelle technique est utile et validée, une prise en charge doit être définie tant dans le secteur privé que dans le secteur public afin de respecter le libre choix du patient : cela n'est pas toujours le cas et souvent, une concurrence déloyale s'instaure entre secteur privé et public. Deux exemples :

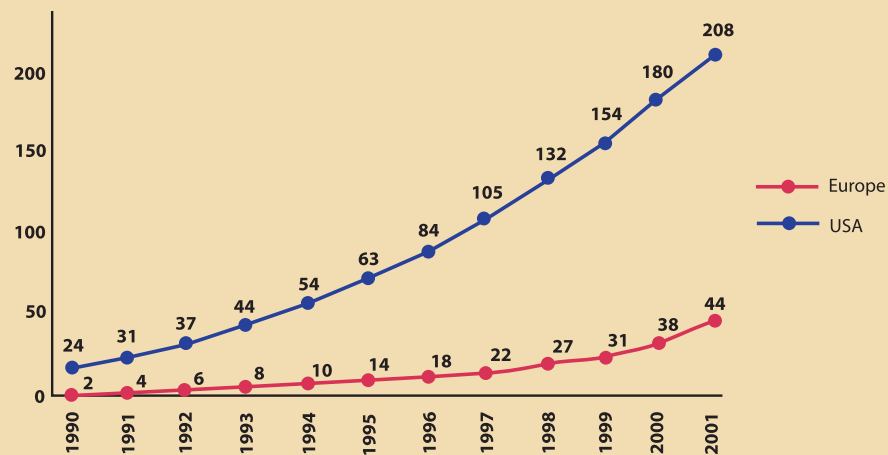
- Le stent coronaire dans le traitement de la sténose coronarienne.
Un nouveau type de stent, "couvert" de

substance pharmaceutique permet une très nette réduction de la resténose. D'un coût nettement supérieur au stent ordinaire, ce matériel n'est pas "tipsé" et le patient qui en a besoin ne sera pas remboursé si la procédure a lieu en clinique privée. En revanche, dans le service public, un budget est alloué et certains patients (selon quels critères?) bénéficient d'une prise en charge complète.

- Le défibrillateur automatique implantable (DAI) Véritable outil de prévention primaire et secondaire de la mort subite cardiaque (50 000 à 100 000 décès par an), validé par de grandes études randomisées internationales, le DAI attend son tips depuis plusieurs mois! Quelle est la cause de ce retard entretenu? Est-ce une volonté délibérée des tutelles de limiter les dépenses, malgré l'excellent rapport coût/bénéfice en faveur du DAI. Ou est-ce le désir de maintenir le monopole de cette technique au sein des hôpitaux publics?

Le libre choix a disparu et une médecine discriminative est instaurée.

Dr Bernard Woerly



Taux de primo-implantation de DAI par million d'habitants

Dotation de développement des réseaux: un dispositif opérationnel en région

La dotation de développement des réseaux est désormais opérationnelle depuis la fin de l'année 2002. Destinée à soutenir les initiatives locales existantes en matière de réseaux de santé, cette dotation sera accordée aux promoteurs du secteur sanitaire ou médico-social sur décision conjointe des directeurs de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie. Les demandes devront être formulées auprès de l'URCAM et répondre à un cahier des charges précis disponible sur simple demande auprès de l'Union. Les réseaux qui pourront prétendre à un financement sur la dotation de développement devront avoir stabilisé leur période de montée en charge et satisfaire à certaines conditions en matière d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation.

Des interlocuteurs sont à votre disposition dans la région pour répondre à toutes vos interrogations:

- **A l'URCAM:** Mme Arrantxa HUREAUX, tél. 03 88 76 85 66
Melle Laetitia LENGLET, tél. 03 88 76 85 63
- **A l'ARH:** Mme le Dr Sylvie FONTANEL, tél. 03 90 22 98 22
M. Daniel SPECKEL, tél. 03 90 22 98 22

Le point sur l'actualité LIBERALIS

Cofondatrice de Liberalis, l'Union d'Alsace reste convaincue de la pertinence de ce système d'information propre aux médecins libéraux. Projet avant-gardiste, élaboré contre vents et marées, LIBERALIS donnera toute sa mesure lorsque le traitement des FSE sera opérationnel... c'est-à-dire dès la parution - en théorie imminente - du décret sur les données médicales. D'autres Unions régionales ont compris l'intérêt de Liberalis : à ce jour, douze sont adhérentes à l'association, tandis que plusieurs autres conditionnent leur adhésion à la seule parution du décret.

• **L'enjeu des statistiques**

Le rôle de Liberalis dans la gestion des données médicales et du système d'information des médecins est fondamental. Cheville ouvrière du système, le concentrateur des FSE permettra d'établir des statistiques régionales sur l'activité des médecins. Il donne ainsi aux Unions Régionales les moyens d'assumer pleinement leurs missions d'expert dans le domaine de la santé.

• **Des évolutions techniques**

Sur le plan technique, le système Liberalis s'est consolidé autour de deux fonctionnalités principales: le portail et le traitement des FSE. Liberalis continue également à se développer autour de services tels que le forum, la messagerie sécurisée, la gestion d'enquêtes, l'accès Internet.



Informations, agenda, réseaux, services... en constante évolution, le portail Liberalis offre un point de vue complet sur la médecine libérale. Pour plus d'information, connectez-vous sur le site de Liberalis et visitez-le par le biais de son portail : www.liberalis.org

• **Libre accès sur Liberalis**

Désormais, les médecins libéraux n'ont plus besoin de souscrire un abonnement auprès de Liberalis. Ils bénéficient automatiquement des prestations de base, dès lors que leur Union est adhérente de l'association.

Dr Alain Lion
Anne de Blauwe

La réponse aux urgences et aux soins non programmés

Vous trouverez joint le condensé des résultats de l'enquête réalisée par les Commissions d'Evaluation Médicale et de Permanence des Soins et des Urgences de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace.

Le rapport détaillé est consultable au centre de documentation de l'Union.



Deux lauréats pour le Prix de thèse en médecine générale



Après lecture des onze thèses en compétition, les membres du jury du Prix de thèse en médecine générale se sont réunis le 16 décembre dernier. L'analyse des grilles de lecture a permis de distinguer deux thèses :

• **La pratique ophtalmologique vue par le médecin généraliste**, par le Docteur Bruno BURCHERL : "Après 6 mois de stage d'interne en ophtalmologie, j'ai remarqué que cette discipline faisait un peu peur aux médecins généralistes. J'ai alors pensé faire un travail de thèse orienté "terrain", qui pourrait donner au généraliste les moyens d'avoir une pratique de qualité dans ce domaine"... une telle démarche ne pouvait que rencontrer un écho favorable auprès du jury constitué de généralistes.

L'édition et la diffusion d'un opuscule pratique auprès des médecins de la région a d'ailleurs été évoqué: une affaire à suivre !

• **Les appels téléphoniques en médecine générale : enquête auprès de 30 médecins haut-rhinois et de leurs patients**, par le Docteur Claude KORNITZKY. Comment le médecin gère-t-il ses appels téléphoniques durant la consultation? Ses patients subissent-ils une gêne lorsqu'il est interrompu? Quels sont les problèmes médico-légaux quand le médecin de garde effectue un transfert d'appel sur son mobile? Selon le Dr Kornitzky, "ces problèmes ont été peu étudiés en France, alors qu'ils l'ont davantage été à l'étranger". Parmi les nombreuses observations, on notera que deux tiers des consultations sont interrompues par un appel, ce qui, comme l'indique l'étude, dérange nettement plus le médecin que son patient.

Nous adressons nos félicitations aux deux lauréats, à tous les confrères qui ont confié leur thèse à ce concours. Nous remercions également les membres du jury de leur précieuse implication... et vous donnons rendez-vous pour la prochaine édition du Prix: la date limite pour le dépôt des thèses en médecine générale soutenues à Strasbourg est fixée au 30 septembre 2003.

Dr Marcel Ruetsch

Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville: information pratique

Les membres du Bureau du FAQSV vous informent des dates retenues pour leurs prochaines séances de délibérations au cours de l'année 2003 :

- Le vendredi 28 mars
- Le vendredi 27 juin
- Le vendredi 24 octobre

Le dépôt des dossiers de demande de financement devra avoir lieu respectivement :

- > Pour la première session avant le vendredi 28 février
- > Pour la deuxième session avant le vendredi 23 mai
- > Pour la troisième session avant le vendredi 26 septembre

Le Libéral

Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace
52, route de Bischwiller
67300 Schiltigheim
tél. 03 90 20 84 84
fax 03 90 20 84 85
contact@urml-alsace.org
www.urml-alsace.org

est édité par l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace
Directeur de la publication : Dr Alain Lion
Rédacteur en chef : Dr Bernard Woerly
Ont participé à la réalisation de ce numéro :
Dr Michel Arnould
Dr Philippe Bertrand
Mme Anne de Blauwe
Dr Alain Lion
Dr Claude Muhlstein
Dr François Pellissier
Dr Marcel Ruetsch
Dr Pierre Schlegel
Dr Bernard Woerly
Coordination : Anne de Blauwe
Conception graphique et réalisation : Dagré Communication
tél. 03 88 21 99 66