



Édito Édito

26 600 € la minute !

L'Assurance Maladie perd actuellement 26 600 € par minute, de quoi donner le vertige ! Même en dehors des périodes de récession économique, ses comptes sont dans le rouge, preuve que son déséquilibre n'est pas conjoncturel mais bien structurel. Les trois bras de levier qui influent sur cet état chronique sont d'ailleurs clairement identifiés, et ce, de longue date :

- L'organisation du système de distribution des soins
- La gouvernance - très confuse - de l'Assurance Maladie
- Le financement et la collecte des recettes

Aussi, en dépit des préconisations contenues dans le rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, rassembler pour solutionner le problème relève-t-il du défi.

Il faudra d'abord consulter tous les acteurs au-delà des clivages politiques ou de pouvoir. La majorité veut "sortir des crises à répétition" et "juguler l'hémorragie", tout en maintenant le principe fondamental de solidarité nationale. L'opposition veut comparer les propositions devant le Parlement, "projet contre projet". Les syndicats de salariés affirment quant à eux que "réduire les droits des assurés est inacceptable" (FO). Leurs avis sont plus partagés sur la CSG, qu'ils considèrent comme l'impôt "le plus inégalitaire" (CGT) ou a contrario comme "le plus juste" (CFDT).

Les organisations professionnelles ont depuis belle lurette leur idée sur la question. La prochaine réforme, la énième, mais la vraie, la définitive, la salvatrice de notre système, se ferait en 3 temps : un projet de loi d'orientation traitant de tous les aspects de la réforme est attendu pour cet été ; en octobre, le projet de loi de financement pour 2005 aborderait les aspects financiers ; enfin, suivraient les modifications de l'organisation du système, c'est-à-dire, du comportement des patients et des professionnels de santé. Cette tâche serait confiée à l'Assurance Maladie, elle-même profondément remaniée dans sa structure, avec notamment une société civile plus présente.

Pas moins de trois ministères vont s'y atteler : Ministère de la Cohésion Sociale, Ministère de la Santé et Secrétariat d'Etat à l'Assurance Maladie. Aussi, la réforme de l'Assurance Maladie risque-t-elle de s'identifier une fois de plus à l'utopique quête du Graal, chacun des partenaires y allant en solo suivant ses seules convictions et certitudes !

A moins d'une intervention de Matignon ou, mieux encore, d'un arbitrage définitif et non négociable, mais très "convaincant" de Bercy ?

Alain LION
Président de l'Union

Billet d'humeur

Une révision généraliste s'impose !

Le 18 janvier 2004, le Journal Officiel met en place le "Diplôme d'études spécialisées en médecine générale", qui de fait, devient enfin une spécialité. Cette annonce attendue coïncide avec une anecdote significative : dans un courrier à ses clients, le responsable après-vente d'une concession Mercedes de Strasbourg affirme que "la mécanique du corps humain est suffisamment complexe pour nécessiter le recours à plusieurs spécialistes. Il en est de même pour votre Mercedes, alors pourquoi vous contenter d'un généraliste ?"

De quoi faire bondir ses clients "nouvellement spécialisés en médecine générale", ainsi que ses confrères garagistes "généralistes" ! Pourtant, l'affirmation déborde de bon sens : le spécialiste est "meilleur" que le non spécialiste. La qualité de la prise en charge, en médecine comme en mécanique, est fonction de la formation, de l'expérience accumulée et de l'utilisation pertinente des outils à disposition. Aujourd'hui encore, l'outil primordial du médecin est, quelle que soit sa spécialité, son cerveau ! Et sur ce plan, il n'y a pas de différence entre les uns et les autres.

L'exception française

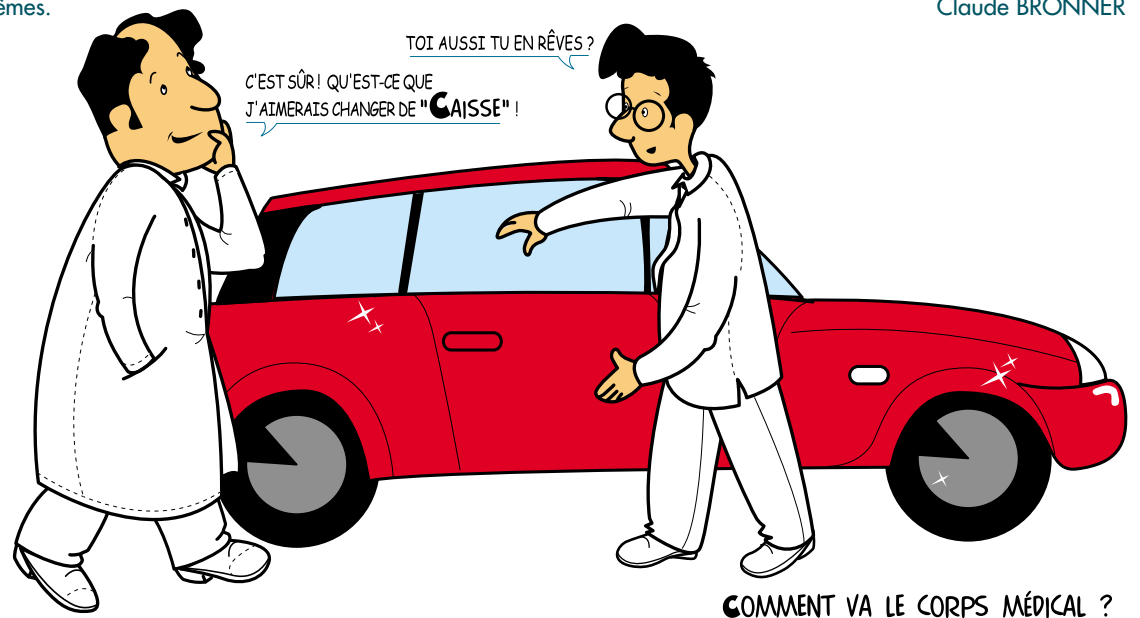
Le généraliste n'aurait jamais dû être opposé au spécialiste : la médecine générale est depuis longtemps une profession au contenu défini implicitement qui en fait une spécialité, celle du premier recours et de la continuité des soins. C'est une réalité internationale qui rencontre malheureusement en France de multiples difficultés à être reconnue, à la fois par la société et par les médecins eux-mêmes.

Une évolution de cette situation suppose que la définition et la place de la médecine générale au sein des spécialités se clarifient au plus vite, non seulement dans la construction théorique, mais aussi très concrètement, dans l'organisation du système de santé. C'est d'ailleurs un des enjeux des discussions qui ont lieu en ce moment, par exemple sur la classification des actes, ou qui vont avoir lieu, par exemple sur le rôle respectif des différents acteurs du système.

Notre organisation sanitaire souffre d'un cloisonnement considérable et d'une confusion parfois savamment entretenue des rôles : tout le monde s'entend à souligner l'aberration du clivage Ville-Hôpital. Espérons qu'une meilleure définition des relations entre les spécialistes en médecine générale, qui constituent la moitié des libéraux, et les spécialistes de pathologie ou de technicité (l'Ordre des médecins en compte une quarantaine) permettra la mise en place d'un système, non plus hiérarchisé par la qualification, mais organisé par la place de chacun dans la poursuite d'un objectif commun. A savoir, une prise en charge cohérente des patients, avec des moyens techniques, coordonnée tout au long de ce parcours qui va du premier recours au service de CHU ultra spécialisé.

En sociologue éclairé, notre responsable, héraut du garagiste spécialiste, nous rappelle que le chemin à parcourir est parsemé de vices de conception qui ont la peau dure. Une révision généraliste s'impose !

Claude BRONNER



→ Dossier : la prévention des maladies cardiovasculaires

L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace et la Commission de Santé Publique mettent en place, un projet global de prévention des maladies cardiovasculaires.

(Dossier en page 2)

La prévention des maladies cardiovasculaires

Trois projets pour développer la prévention des maladies cardiovasculaires par la commission de Santé Publique

Claude BRONNER
Jean-Marie FEGER
Catherine DIESEL-KLEIN

Prévenir le risque cardiovasculaire, améliorer sa prise en charge par les médecins et parvenir à diminuer la morbidité et la mortalité : l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace et sa Commission de Santé Publique se mobilisent depuis plusieurs mois autour de ces objectifs. Trois projets sont à l'étude:

- promotion de la consultation annuelle de synthèse (CA) ;
- mise en place d'un observatoire régional du risque cardio-vasculaire;
- mise en place d'une formation pour aider le médecin dans la prise en charge de la prévention et du sevrage tabagique.

Ces trois projets s'intègrent dans le cadre des "visites médicales de santé publique", financées avec la collaboration du Régime Local d'Assurance Maladie. Le dossier du Libéral s'intéresse plus particulièrement à la lutte contre le tabagisme, qui présente un indubitable caractère d'urgence.

Tabac : il y a urgence !

Responsable chaque année de 3,5 millions de décès dans le monde et 65 000 en France, soit 10 à 12% de la mortalité globale, le tabagisme est la première cause mondiale de maladies ou de décès évitables. Il entraîne 55% des décès prématurés (c'est-à-dire avant 70 ans) chez les hommes et 51% chez les femmes mais les chiffres sont en train de se modifier car il semble que les conséquences du tabagisme féminin soient de plus en plus importantes avec des prévisions alarmantes : décuplement du nombre de décès attendus chez les femmes pour un "simple" doublement chez les hommes, contaminés depuis plus longtemps...

L'Union mène la bataille.

La lutte contre le tabac s'inscrit dans le projet global de prévention des maladies cardiovasculaires de l'URMLA mais également dans la perspective de la priorité présidentielle de mobilisation nationale contre le cancer. Petit rappel : il y a un an, le ministère de la Santé s'est engagé à faire diminuer le tabagisme des jeunes de 30% et celui des adultes de 20% sur cinq ans. A ce jour, la moitié de

l'objectif a été atteint (Conférence de presse de Jean-François Mattei - 3 février 2004), grâce aux effets combinés des avertissements sur les paquets de cigarettes, des campagnes de communication et des hausses des prix du tabac. Ces actions d'envergure ont fortement augmenté les tentatives d'arrêts et les demandes d'aide, notamment chez les fumeurs ayant déjà fait plusieurs tentatives d'arrêt, ceux qui souffrent d'une maladie liée au tabac, les femmes enceintes... On pourrait dire que le succès de l'opération dépasse les espérances... mais que les moyens pour répondre à la demande ne suivent pas !

Consciente du rôle essentiel des médecins dans ce combat, l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace veut leur donner les outils indispensables à une action efficace, outils que de toute évidence, ils sont nombreux à attendre.

De la formation avant tout

Le comité de pilotage de ce projet est composé de médecins tabacologues, cardiologues, généralistes et de pharmaciens, qui se

proposent d'élaborer le cahier des charges d'une formation pluridisciplinaire en deux modules (sensibilisation et consolidation) déclinés par les associations de FMC intéressées. Le programme de formation portera sur l'étude du comportement des fumeurs, les pathologies engendrées par l'usage du tabac et enfin, l'étude des techniques d'aide au sevrage tabagique.

Ce dossier donne un premier aperçu de la problématique, des enjeux et des solutions qui seront proposées lors de ces futures formations.

Arrêter de fumer réduit les risques de maladies cardiaques et pulmonaires mortelles

Avertissements sanitaires selon l'arrêté du 25 avril 2002

Mallette pédagogique

Les paroles s'envolent, les écrits restent

Le comité de pilotage travaille à la création d'une mallette pédagogique, dont certains outils seront utilisables au cours de la consultation. Elle sera distribuée à l'issue des formations, mais aussi à tous les médecins qui en feront la demande au moment de la visite médicale de santé publique.

Elle comprendra :

- des recommandations de bonne pratique et des références médicales ;
- des brochures et des affiches ;
- le carnet de suivi de patient "Ouvrons le dialogue" de l'INPES ;
- des échantillons de substituts nicotiques ;
- des données épidémiologiques, socio-culturelles et économiques ;
- les coordonnées des lieux ressources et des relais, pour orienter le patient vers une consultation spécialisée ;
- et des fiches d'évaluation.

Accoutumance :

haro sur la dopamine

Le phénomène d'accoutumance à la nicotine se produit dans la chimie du cerveau. Dès que la nicotine y arrive, elle stimule la production de dopamine, ce neurotransmetteur qui joue un rôle-clé dans la perception neurologique du plaisir. Une personne qui fume 20 cigarettes par jour envoie à son cerveau environ 200 ordres pour produire de la dopamine. Trop fréquemment mis en état d'alerte, les capteurs de dopamine perdent graduellement leur sensibilité et n'arrivent plus à se satisfaire du niveau normal de dopamine : ils sont "en manque". Le déséquilibre hormonal lié à cette excitation continue des récepteurs de dopamine font que la toxicomanie devient rapidement un problème chronique.

> Coup d'œil sur la prochaine formation

• La santé... du porte-monnaie

Les conséquences néfastes du tabac sur la santé sont indiscutables et rares sont les fumeurs qui en disconviennent. Le malaise des fumeurs est aussi financier : "l'impôt volontaire" d'un couple de fumeurs est de l'ordre de 10€ par jour soit 3.600€ par an.

• Le tabac à rouler : plus de toxicité !

A poids égal, le tabac à rouler dégage en moyenne 4 fois plus de produits toxiques qu'une cigarette en paquet. Les cigarillos et les cigares ont une composition de fumée un peu différente... mais les fumeurs de cigarettes qui passent aux cigares les fument comme des cigarettes ! Quant aux tabacs à chiquer ou à priser, ils libèrent également des substances cancérigènes.

Darrall KG, Tobacco control 1998,7, 168-175 ; Programme de Formation Nicomède.

Sevrage tabagique : le rôle clé du médecin

Que le tabagisme soit important ou ancien, le sevrage reste toujours possible ! Il peut faire appel à tout un panel de possibilités thérapeutiques dont aucune n'est absolument supérieure aux autres, où chacune vient répondre à une demande ou à un besoin particulier. Mais un fait est certain : la qualité et la fréquence du suivi améliorent les chances de réussite du sevrage et le médecin tient un rôle clé.

Question de fréquence

De nombreuses études (essentiellement anglo-saxonnes)* ont montré qu'un simple conseil du médecin peut être utile au patient. Conseiller l'arrêt du tabac et proposer une aide aux fumeurs augmentent de 30% le taux de sevrages réussis (un an d'abstinence), par rapport à un groupe témoin qui ne reçoit pas

de conseils. Le taux de réussite du sevrage est corrélé au degré de personnalisation de l'aide, à sa répétition sous des formes variées et à la durée qui y est consacrée. Si un conseil minimal unique d'une durée inférieure à 3 minutes est déjà efficace, des consultations médicales d'une durée de plus de 10 minutes, répétées dans les premiers mois (4 entretiens ou plus) sont encore plus efficaces. Agir de la sorte est un critère de qualité des soins. Les conseils sont d'autant plus rentables qu'ils s'inscrivent dans des actions coordonnées de la part des différents intervenants : professions de santé, institutions, employeurs, entourage. Les médecins et les pharmaciens étant les premiers concernés.

"Fumez-vous ?" Telle est la (première) question Le conseil minimal systématique consiste à demander à chaque patient s'il est fumeur, et s'il l'est, de demander s'il a envisagé la possibilité d'arrêter de fumer. Ce conseil s'adresse à TOUS

les patients et devrait être donné par TOUS les médecins, quelle que soit leur spécialité. Selon la Conférence de consensus sur l'arrêt de la consommation du tabac (oct.1998), la systématisation de ce conseil minimal pourrait conduire chaque année au moins 200 000 fumeurs à s'arrêter de fumer : en parlant d'une même voix, les médecins peuvent avoir un impact considérable sur la prévalence du tabagisme.

*Ministère de la Santé du Canada. Cesser de fumer, vivre sans fumée : des faits sur la santé. National Institute on Drug Abuse (États-Unis). Nicotine Addiction. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (États-Unis). Tobacco Information and Prevention Source. Treating Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline. US Department of Health and Human Services - 2000. Fiscella K Franks R - Cost Effectiveness of the Transdermal Nicotine Patch as an Adjunct to Physicians Smoking Cessation Counseling, JAMA 1996;275 (16):1247-1251.

Deux voies pharmaceutiques pour l'aide au sevrage

Compte tenu des composantes psycho-comportementale et physiologique de l'accoutumance, les experts des organismes de lutte contre le tabagisme conviennent généralement qu'il faut agir simultanément sur deux fronts :

- défaire les mécanismes comportementaux, plus ou moins conscients, par lesquels la cigarette est devenue indissociable du quotidien ;
- rééquilibrer la chimie du cerveau, en amenant graduellement les récepteurs de dopamine à se satisfaire d'une production normale.

Il existe deux catégories de produits pharmaceutiques pour rééquilibrer la chimie du cerveau en période de sevrage : les produits de substitution nicotinique et les médicaments qui influent sur l'humeur.

Les produits de substitution nicotinique

Les timbres transdermiques (patches) et les gommes à mâcher ont pour rôle de libérer une certaine quantité de nicotine dans l'organisme, ce qui permet d'atténuer considérablement les symptômes du syndrome de sevrage, même chez des fumeurs fortement nicotinodépendants. Bien qu'ils contiennent le "poison" qui est à la base du tabagisme, les succédanés de tabac sont beaucoup moins dommageables pour l'organisme, ils présentent peu de risques d'accoutumance et sont dépourvus des éléments cancérigènes générés par la combustion.

Ces produits semblent tous avoir une efficacité comparable, mais, pour différentes raisons, chacun d'entre eux ne convient pas nécessairement à toutes les personnes en sevrage.

• Le timbre transdermique

Il libère progressivement la nicotine, sur une période de 16 à 24 heures, et présente ainsi l'avantage d'offrir un apport de nico-

tine régulier et mesurable : l'apport régulier est utile pour normaliser la production de dopamine, alors que l'aspect mesurable permet d'adapter la dose aux besoins spécifiques de l'ex-fumeur.

• La gomme à mâcher

Avec ce produit, l'ex-fumeur peut décider à quel moment il ingèrera de la nicotine, ce qui lui permet d'agir immédiatement sur ses états de manque. Plusieurs personnes sont toutefois incommodées par le goût de la gomme ou n'aiment pas mâcher. Les experts pensent que, pour un sevrage efficace, le taux de substitution en nicotine doit être d'au moins 60 %. On peut déterminer cette proportion en comparant le taux de cotinine dans l'urine avant et pendant le traitement. Selon un chercheur, le succès du sevrage, au moins à court terme, est beaucoup plus important lorsque la compensation est proche de 100 %.

Les médicaments qui influent sur l'humeur

• Bupropion (Zyban™)

Au milieu des années 90, le traitement du tabagisme a franchi une nouvelle étape avec la mise sur le marché du premier médicament sans nicotine : le Bupropion, de la famille des antidépresseurs, commercialisé sous la marque Zyban™, qui agit sur les capteurs de dopamine. C'était également le premier produit qui pouvait se prendre sous forme de comprimé. Actuellement, le Bupropion est toujours le seul médicament sans nicotine à être utilisé lors d'un traitement de première ligne. Il comporte évidemment certaines contre-indications.

• Autres médicaments

Leur efficacité est généralement moindre que celle du bupropion et ils engendrent des effets secondaires plus sérieux. On ne les

prescrit donc que lorsque le bupropion n'a pas fonctionné. Ce sont : la donidrine (antihypertenseur), la buspirone (anxiolytique) ainsi que la nortriptyline et la moclobémide (antidépresseurs).

Il faut également citer certains autres types de prises en charge comme l'homéopathie ou l'acupuncture ainsi que les thérapies de groupe ou comportementales. Mais la méthode n'est pas tout : les experts s'accordent pour affirmer qu'il n'y a pas de sevrage réussi sans motivation.

Il existe autant de sevrages tabagiques que de fumeurs. En effet, fumer est un comportement déterminé par de multiples facteurs propres à chaque individu comme la personnalité, l'équilibre psychologique, la situation sociale ou l'environnement. En conséquence, la "prise en charge de l'arrêt du tabac" ne peut être que personnalisée, adaptée à chaque fumeur, et modifiable en fonction de son évolution et de ses réactions.

Votre médecin ou votre pharmacien peuvent vous aider à arrêter de fumer

Avertissements sanitaires selon l'arrêté du 25 avril 2002

Quel fumeur est-il ?

... ou les étapes de changement de comportement du fumeur.

Le Professeur James O. Prochaska a identifié six étapes, dans le parcours du fumeur. L'enjeu est d'identifier le stade où il se trouve et de le faire passer au stade suivant, sachant que les retours en arrière sont aussi normaux que fréquents... mais qu'à chaque essai, les chances de réussite augmentent ! Par ailleurs, la prise de conscience de ces stades et de cette progression peut aider le patient à reconstituer son histoire et avancer vers un sevrage réussi.

• **Le stade de préconsidération** correspond aux sujets qui n'ont aucune intention de changer leur comportement et ne sont pas conscients de leurs problèmes.

• **Le stade de considération** correspond à des sujets qui sont conscients de l'existence d'un problème et qui pensent sérieusement à le régler mais qui n'ont pas encore décidé d'agir.

• **Le stade de préparation** correspond aux sujets qui envisagent une action dans les prochains mois et ont tenté une action sans réussite dans l'année passée. Ils se préparent à l'action par quelques tests de modification de leur comportement.

• **Le stade d'action** correspond aux individus qui modifient leur comportement avec réussite face à la dépendance

sur une période de 1 jour à 6 mois.

• **La phase de maintenance** correspond aux sujets qui s'efforcent de prévenir une rechute et ainsi de consolider les progrès effectués pendant la phase d'action ; pour certains, cette phase dure toute la vie et correspond alors à la phase d'achèvement.

Lors d'une rechute, le patient repasse par la phase de préparation ou celle de considération et exceptionnellement par celle de préconsidération. Au fur et à mesure des tentatives de sevrage, les chances de réussite augmentent.

Références : Prochaska JO, Di Clemente CC Stages and process of self change in smoking J Consult Clin Psychol 1983; 57 : 390-95 et J.O. Prochaska et al, Am. Psychol. 1992,47:1102-1114).

Sevrage et prise de poids : rétablir l'équilibre

L'argument "prise de poids" est souvent avancé... pour reculer devant le sevrage.

La conférence de consensus sur l'aide au sevrage tabagique souligne que la prise de poids reste inférieure à 6 kg chez la plupart des fumeurs et fumeuses sevrés, un inconvénient sans commune mesure avec celui de la poursuite de l'intoxication.

Par ailleurs, il est démontré que le tabac maintient le fumeur en deçà de son poids naturel, car la nicotine freine l'appétit et augmente les dépenses énergétiques de l'organisme d'environ 6 %.

Lors d'un accompagnement au sevrage tabagique, le médecin s'attachera à :

- expliquer que la prise de poids est fréquente, mais modérée ;
- encourager une activité physique régulière, et une diversification de l'alimentation plutôt qu'une réduction importante des apports alimentaires ;
- identifier les éventuels troubles du comportement alimentaire, masqués par le tabagisme et qui refont surface lors du sevrage.

• apporter le soutien psychologique nécessaire durant cette période.



>>>

> Plus d'infos ?

• www.tabac-net.ap-hop-paris.fr

Ce portail dédié à la lutte contre le tabac est très complet. En plus de ses propres infos, il donne de nombreux liens utiles, notamment vers Nicomède (module de formation, exposé sur le tabac, prise en charge du tabagisme, aide médicale à l'arrêt, questions fréquentes, organisation d'une consultation tabac...), l'INPES (campagnes de communication, publications pour le public et les professionnels, lettre téléchargeable "Tabac Actualités", dossier de tabacologie, commandes ou téléchargement de guides et de brochures), info-tabac.ca (site canadien très riche en informations)...

• www.anaes.fr

Conférence de consensus de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé. Au programme : données concernant la consommation du tabac, les risques qui lui sont imputables et les conséquences attendues d'un arrêt de la consommation, prise en compte des caractéristiques individuelles du fumeur pour réussir l'arrêt de la consommation du tabac, méthodes utilisées pour aider les fumeurs à arrêter leur consommation de tabac...

• www.afssaps.sante.fr

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé : stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac.

• **Tabac Info Service** : 0825 309 310 - 0,15 euros/mn, numéro unique pour les fumeurs et les professionnels de la santé.

• 113

Drogues Alcool Tabac Info Service (numéro gratuit).

L'Union tient à votre disposition la liste des consultations spécialisées en tabacologie de la région.

> A bientôt...

Le dossier sur la tabacologie est ouvert ! Votre participation à sa réussite sera évidemment la bienvenue et nous vous remercions par avance, de nous faire part de votre avis et de vos suggestions.

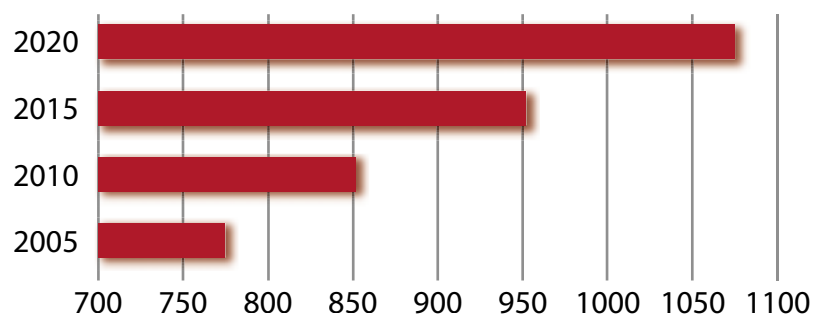
Compte tenu de l'évolution démographique attendue...

Une étude menée aux Pays-Bas a fourni d'intéressantes indications sur les "besoins en médecins" pour soigner les personnes âgées de 65 ans et plus, au cours des années à venir. Petit exercice d'extrapolation à la situation alsacienne.

Hypothèse : une personne âgée de 65 à 74 ans bénéficie chaque année en moyenne de 4 consultations de 20 mn pour décision médicale et 16 consultations de 12 mn pour suivi et renouvellement, soit 272 minutes de compétence médicale par an. Pour les plus de 75 ans, le nombre de consultations passe respectivement à 6,8 et 27,2, soit 460 minutes par an.

En appliquant cette estimation à la population alsacienne en 2000, on obtient un total de 1 579 257 heures de consultation ou visite médicale, soit 685 médecins en équivalent temps plein ! L'estimation semble cohérente, puisqu'il y avait en 2000, 1 931 médecins généralistes libéraux en Alsace. Un bon tiers de leur activité totale était donc consacrée à 14 % de la population.

Considérant l'explosion démographique de cette tranche d'âge*, il peut être estimé que les 65 ans et plus "nécessiteront" un nombre croissant d'équivalent temps plein de médecins.



Nombre de médecins exclusivement occupés aux soins des personnes de 65 ans et plus en Alsace (équivalent temps plein)

Parallèlement, une étude de l'ORSAL montre que le nombre de médecins libéraux en Alsace sera stable à l'horizon 2010, avec une tendance à la réduction du temps travaillé. La part de l'exercice consacré à la gériatrie dans l'exercice du médecin généraliste libéral passerait alors à 40 % en 2005, 44 % en 2010, et, si la tendance se prolongeait, à 50 % en 2015, et à 56 % en 2020 !

Cette estimation n'offre pas de certitude quant aux chiffres, mais la tendance paraît bel et bien inéluctable ! Voilà de quoi justifier, s'il en était besoin, le renforcement du nombre d'heures consacrées à l'enseignement des bonnes pratiques de gériatrie.

Pierre LUCAS, directeur adjoint aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
Membre de la commission de gérontologie de l'URMLA

* source INSEE, projection OMPHALE : indice 100 en 2000 ; 109 en 2005 ; 117 en 2010 ; 132 en 2015 ; 152 en 2020.

Election au sein de la section des Médecins spécialistes...

Bernard MATHEY, Président de la Section des Médecins spécialistes de l'URMLA, a cessé son activité libérale en janvier 2004. Aussi, les membres élus de la Section se sont-ils réunis en assemblée le 10 mars dernier pour élire son successeur.

Ludmilla KALINKOVA a été élue Présidente. Le Bureau de la Section est donc ainsi constitué :

Présidente :
Ludmilla KALINKOVA
Vice-Président :
Guy LUTRINGER
Secrétaire :
Dominique KIEFFER

Jean-Michel LIVET succède à Bernard MATHEY au sein de l'assemblée, pour la durée restante du mandat, soit jusqu'en juin 2006.

... et succession à la tête de la commission d'évaluation.

Bernard MATHEY était également responsable de la commission d'évaluation médicale de l'URMLA, créée en 1994. C'est désormais Dominique KIEFFER qui prend en charge la destinée de la commission.

Anne de BLAUWE

Prix de thèse en Médecine Générale 2003

Le jury du prix de thèse s'est réuni le 17 décembre 2003 afin d'étudier les treize thèses parvenues à l'Union. Il est à noter que, d'année en année, ce nombre connaît une augmentation constante.

A l'issue des délibérations, Madame le Docteur Géraldine WERNER a été récompensée pour sa thèse consacrée à l'"Analyse de sept années de dossiers médicaux concernant les 978 patients

toxicomanes consultant dans un cabinet de médecine générale".

La section des médecins généralistes adresse ses félicitations à la lauréate et remercie les membres du Jury de leur précieuse collaboration. Elle invite les jeunes médecins généralistes à remettre leur thèse avant le 30 septembre, pour l'attribution du prix 2004.

Anne de BLAUWE

Enfin !

Les Unions l'attendaient depuis 10 ans, il est enfin paru au Journal Officiel : il s'agit bien sûr du décret "fixant les conditions de transmission aux Unions Régionales des Médecins exerçant à titre libéral des informations issues du codage des actes médicaux" (n° 2004-177 du 18 février 2004).

En résumé et en version décodée, ce décret permet à chaque Union de disposer, au même titre que les Caisses, de l'exhaustivité des données que les cabinets médicaux télétransmettent aux Caisses. Ces chiffres, et surtout les statistiques qui pourront en être tirées, permettront à toutes les Unions d'exercer leurs missions avec plus de visibilité, d'orienter leurs actions avec plus de perti-

nence et de défendre les intérêts de la médecine libérale en s'appuyant sur des données qui font référence.

Les modalités techniques de transmission de ces informations obéissent à un cahier des charges élaboré conjointement par une instance constituée à cette fin par la Conférence Nationale des Présidents des URMLs et par le GIP CPS. L'URMLA participe au groupe de travail constitué par la Conférence Nationale des Présidents dans cet objectif. Ce cahier des charges doit encore être soumis, préalablement à sa mise en oeuvre, à l'avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Anne de BLAUWE

Une fois n'est pas coutume !

Le Libéral n'a pas une vocation de tribune syndicale : il participe à l'information et à la défense de l'ensemble des médecins libéraux généralistes et spécialistes, sans autre distinction partisane. Mais lorsque les syndicats représentatifs de la profession sont unanimes sur un sujet, le Libéral leur ouvre ses colonnes... tout en leur laissant la responsabilité de leurs propos.

Spécialistes du Secteur 1 Le système conventionnel profondément injuste

Les honoraires des médecins spécialistes du secteur 1 sont bloqués depuis plus de dix ans, alors que dans le même temps, toutes leurs charges, et en particulier leurs cotisations d'assurances en responsabilité civile professionnelle, ont subi une augmentation exponentielle.

Aujourd'hui, leurs actes ne sont plus rémunérés à leur juste valeur, une injustice aussi évidente que profonde, qui ne peut avoir que deux conséquences : une diminution de la qualité des soins ou la mise en péril de l'équilibre de leur entreprise.

Unanimes sur le sujet, nos syndicats demandent que tous les médecins libéraux qui le souhaitent retrouvent la possibilité d'opter pour le secteur 2, sans encourir les menaces qui pèsent déjà sur bon nombre de nos confrères alsaciens.

Dr Jean-Marie LETZELTER
Président du Syndicat des Médecins Libéraux - 67

Dr Pierre-Paul SCHLEGEL
Président du Collège Confédéral Régional de la Confédération des Syndicats Médicaux Français

Dr Claude BRONNER
Président de MG France - 67

Dr Jean-Claude VOGT
Président de l'Union Collégiale des Chirurgiens et Spécialistes Français - Alsace

Droit et Médecine, quatre conférences pour faire le point

L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace, la Faculté de Médecine de Strasbourg, la Faculté de Droit, de Sciences Politiques et de Gestion de Strasbourg, le Conseil Régional de l'Ordre des Médecins et l'Ordre des Avocats de Strasbourg organisent des rencontres Droit et Médecine. Après celle consacrée au risque médical le 11 mai dernier, voici le calendrier des suivantes :

- 22 juin : *L'accès au dossier médical*
- 18 octobre : *L'expertise médicale*
- 7 décembre : *L'assurance du risque médical*

Si vous souhaitez davantage d'informations, vous pouvez vous adresser au Docteur KALINKOVA ou au Docteur SCHLEGEL, au 03 90 20 84 84.

Ces conférences auront lieu en soirée, au forum de la Faculté de médecine.

Le Libéral

Le Libéral est édité par l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Alsace

Directeur de la publication : Dr Alain Lion · Rédacteur en chef : Dr Bernard Woerly ·

Membres de l'Union ayant participé à la réalisation de ce numéro : Dr Michel Arnould,

Anne de Blauwe, Dr Claude Bronner, Catherine Diesel-Klein, Dr Jean-Marie Feger, Dr Jean-Marie Letzelter, Dr Alain Lion,

Pierre Lucas, Dr François Pelissier, Dr Marcel Ruetsch, Dr Pierre-Paul Schlegel, Dr Jean-Claude Vogt, Dr Bernard Woerly ·

Coordination : Anne de Blauwe · Conception graphique et réalisation : Dagrè Communication, tél. 03 88 21 99 66

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