



L'Union URML

ILE DE FRANCE
Union Régionale
des Médecins Libéraux

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

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

La lettre de

sommaire

- Hépatogastro-entérologie : une crise technique
- Analyse des revenus 2000
- EPP : une expérience volontaire
- Dossier permanence des soins en Ile de France
- Paris 2003 : III^e congrès de recherche en médecine générale

Les missions de l'Union définies par la loi

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

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

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

Directeur de la publication :
Dr Bernard Huynh

Comité de rédaction :
Drs O. Aynaud, J. Bourcereau,
J.-P. Grundeler, G. Lyon, M. Roueff,
G. Rousselet, M. Sylvestre,
A. Toledano, A. Vuong.

Secrétaire de rédaction :
A. Grenier

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

Conception, réalisation et Impression :

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



Le mot du président

Demain, une nouvelle convention ?

Après des actions vigoureuses et médiatiques, les médecins reprennent le chemin des négociations avec le gouvernement et l'assurance-maladie... Nos confrères ont la volonté d'aboutir à un accord équitable qui gomme les années de brouille et de méfiance mais rien n'est encore signé et de nombreux points sont encore en suspens. De nouveaux dispositifs conventionnels devront être inventés pour remédier à la désertification croissante des cabinets médicaux, à la crise des vocations pour les spécialités « à risques ». Comme le dit souvent Bruno Silberman, Président de la section Spécialistes, les conditions de l'exercice médical de demain devront permettre aux médecins de répondre aux attentes essentielles qu'ont nos patients quant à leur santé et aux soins que nous leur donnons. Ces demandes se résument en trois mots : Information, Prévention, Qualité. Si la nouvelle convention valorise ces directions, alors l'URML Ile-de-France sera présente pour aider les praticiens franciliens à s'y engager. La qualité des soins que nous prodiguons chaque jour, nous allons la prouver grâce à l'évaluation que notre région Ile-de-France expérimente dès maintenant. La prévention francilienne des cancers, des maladies cardio-vasculaires, du désarroi de certains jeunes s'organise et sera efficace grâce aux libéraux et à leurs organisations. Notre URML prend une part active à cette élaboration en veillant par dessus tout à éviter les « usines à gaz ». L'information est un enjeu essentiel, information du malade par son médecin mais aussi information du médecin en temps réel sur sa pratique comparée à des panels de confrères, les alertes sanitaires, les statistiques d'activité à opposer aux données des RIAP et autres informations des caisses. Pour entrer dans le système d'information dont les médecins ont besoin, vous pouvez rejoindre dès aujourd'hui le groupe d'expérimentateurs de notre concentrateur en contactant notre webmestre à webmestre@urml-idf.org. Vous commencerez à obtenir pour vos malades et vous les informations pour faire valoir vos droits aux soins de qualité à leur juste coût. Contactez vite votre URML Ile-de-France. Bien confraternellement.



Docteur Bernard Huynh
Président

Email: huynh@urml-idf.org

Hépatogastroentérologie francilienne : la crise

Le SYNMAAD régional Île de France a mené une enquête sur les conditions de travail des gastro-entérologues franciliens, sous forme d'un questionnaire qui leur a été adressé, portant en particulier sur l'exercice de l'endoscopie. Ce questionnaire a recueilli les réponses de 40 % des gastro-entérologues de la région.

Présentation des résultats de l'enquête par le Dr Denis Constantini Gastroentérologue à Corbeil – Essonne

Trois éléments majeurs se dégagent de cette enquête

• La raréfaction des plateaux techniques

Résultats des fermetures massives de lits et d'établissements dans notre région, et aux quotas d'actes ambulatoires appliqués aux établissements survivants. Près d'un gastro-entérologue sur deux a été confronté ces cinq dernières années à une fermeture de clinique, et un gastro-entérologue sur cinq fait part de difficulté d'accès à un plateau technique.

• La précarisation de l'endoscopie digestive au sein des cliniques

Résultat de la baisse des FSE rémunérant les actes d'endoscopie digestive pour les cliniques, contrastant avec la hausse des coûts des matériels et des procédures toujours plus lourdes de désinfection.

Elle est notamment illustrée par le sort de la gastroscopie sans anesthésie générale, qui ne rapporte presque rien à l'établissement, ce qui conduit 17 % des gastro-entérologues à se voir interdire peu ou prou sa pratique en clinique.

• La dégradation des revenus de l'endoscopie digestive pour l'HGE

39 % des gastro-entérologues franciliens ont vu leur redevance aux cliniques augmentée ces cinq dernières années (coût croissant du matériel, difficultés financières de certaines cliniques ou situation de monopole géographique de l'établissement...), alors que la rémunération de l'endoscopie n'est pas revalorisée depuis 7 ans.

Ceci est à rapprocher de la baisse de près de 1 % par an du revenu moyen des gastro-entérologues depuis 1993 (source DREES), revenu qui se situe dans la



moyenne de l'échelle des revenus des spécialistes.

En Île de France, ces traits sont plus accusés, les revenus franciliens étant plus bas, et le mouvement de restructuration des cliniques plus important.

Un avenir incertain et inquiétant

À cette situation déjà préoccupante s'ajoute une forte inquiétude concernant le projet de nouvelle nomenclature (CCAM) qui en l'état est particulièrement pénalisant pour les actes de base de l'endoscopie digestive.

Comment s'étonner dans ces conditions de la désaffection des jeunes médecins pour la spécialité (deux internes seulement ont opté pour la gastro-entérologie lors du dernier choix... !).

Or l'hépatogastroentérologie couvre un champ de pathologies fréquentes et graves, dont certaines sont des problèmes majeurs de santé publique, comme le cancer colorectal, qui va bientôt bénéficier d'un dépistage national, et pour lequel la coloscopie est un élément essentiel du dépistage et de la prévention.

Précarisation économique, renouvellement d'effectif insuffisant, pénurie de moyens, tous les éléments sont rassemblés pour prévoir une diminution progressive des médecins de la spécialité par son manque d'attrait. Un problème de santé publique auquel il convient de réfléchir dès maintenant.

Si la région Ile-de-France compte parmi les régions qui dispose du plus grand nombre de médecin gastro-entérologue par habitant (4.28/100 000 pour une moyenne de 3.54/100 000- Source ECO Santé 2000), il n'en reste pas moins

que l'avenir d'une partie de l'activité de cette spécialité est aujourd'hui menacé. La gastro-entérologie qui a connu un attrait certain dans les années 1980 en Ile-de-France marque le pas depuis le début des années 90. Le taux de croissance moyen annuel de la spécialité en Ile-de-France est de 0.3 % contre 1.2 % au niveau national.

Ce ralentissement est la conséquence naturelle d'une activité de plus en plus compliquée par la difficulté croissante d'accès aux plateaux techniques, et le manque d'intérêt des cliniques à maintenir des actes d'endoscopie digestive non suffisamment rémunérateur. Cette enquête menée par le SYNMAAD illustre bien les difficultés rencontrées par nos confrères.

Docteur Prudhomme. Vice Président de la section spécialiste – URML Ile-de-France



« Des revenus toujours inférieurs aux autres régions »

Quels sont les principaux enseignements de cette étude sur les revenus des médecins libéraux en 2000 ?

Entretien avec le Dr Gérard Zeiger, Président de la Commission Conditions d'exercice et perspectives démographiques



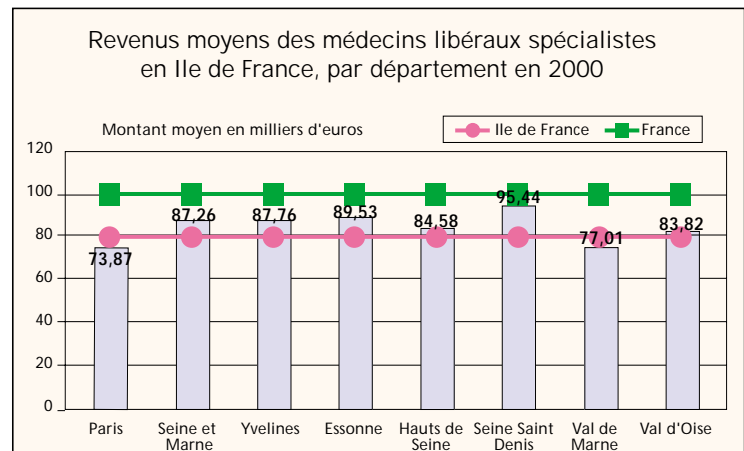
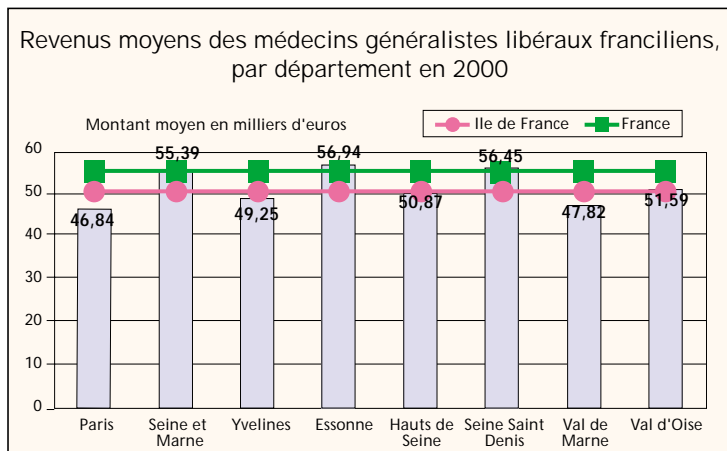
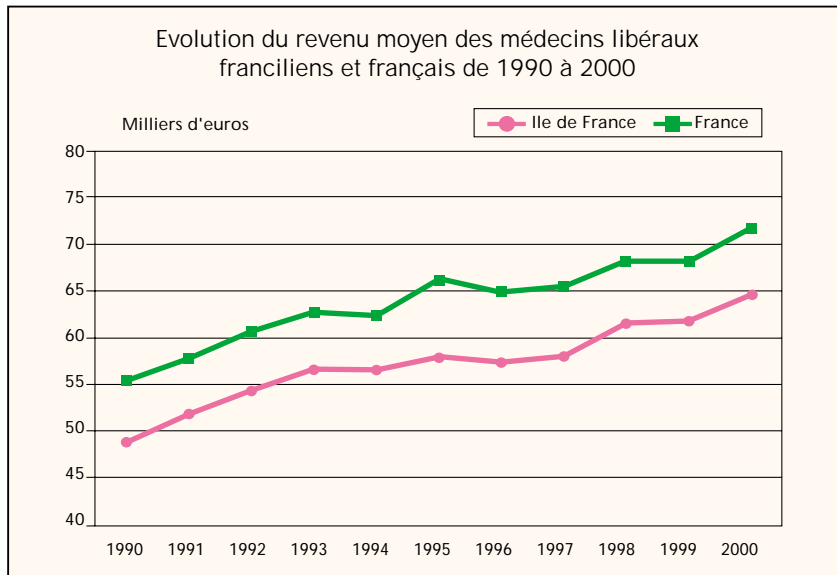
C'est plutôt une surprise, les revenus ont en moyenne progressé en 2000 par rapport à 1999. Ceci s'explique par une augmentation des recettes, tandis que les charges ont augmenté dans une moindre mesure. C'est le cas notamment des charges locatives, car l'année 2000 est marquée par un tassement conjoncturel des loyers. Or, les charges locatives représentent 14.1% des charges en Ile de France, alors qu'elles ne pèsent que pour 10% dans le reste de la France. Mais, pour 2001, nous nous attendons à une baisse des revenus, comme semble l'indiquer l'enquête nationale des associations de gestion agréée.

Mais les disparités entre départements restent importantes...

Effectivement, à Paris et dans le Val de Marne, les revenus restent les plus faibles de la région. Dans la capitale, ils sont inférieurs de 16% à la moyenne nationale pour les généralistes et de 26% pour les spécialistes. Ceci s'explique notamment parce que les médecins en secteur 2 sont de moins en moins nombreux. Et malgré la démographie déclinante, il ne semble pas que les libéraux connaissent un surcroît d'activité. Ce problème chronique, que l'on retrouve dans toutes les grandes villes, repose la question spécifique des tarifs. Il faudrait les adapter pour permettre de rétablir l'équilibre des cabinets libéraux.

Que faut-il faire pour diminuer les différences de revenus entre l'Ile-de-France et le reste de l'hexagone ?

Même s'il est stable en 2000, le différentiel reste encore en moyenne de 11%. A des revenus moindres s'ajoute un autre facteur, qui aggrave encore le niveau de vie : le coût de la vie est beaucoup plus important en région parisienne. Il faudrait envisager, dans le cadre de la convention actuellement en discussion, une lettre-clé spécifique pour les médecins installés dans les grandes concentrations urbaines. Cela permettrait de prendre en compte le coût de production d'un acte et d'atténuer les différences de revenus. Créer un espace de liberté tarifaire est une autre solution mais il a l'inconvénient de peser financièrement sur le patient. L'expérience du secteur 2 montre qu'il ne suffit pas à compenser le poids des charges et les conditions spécifiques d'exercice.



Évaluez vos pratiques professionnelles

Souhaitée depuis des années par les syndicats de médecins, l'évaluation des pratiques professionnelles a finalement vu le jour, par le biais d'un décret paru le 29 décembre 1999. Le texte confie aux sections des unions professionnelles de médecins libéraux le soin d'organiser le dispositif, en partenariat avec l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES). Dispositif inédit en France, alors qu'il existe sous différentes formes dans de nombreux pays développés, il s'avère complexe et lourd à mettre en place. Dans un premier temps, l'Anaes s'est appuyée sur un réseau régional d'une centaine de correspondants, chargés d'une part de sensibiliser les médecins libéraux au concept de l'évaluation, et d'autre part d'apporter un soutien méthodologique. En juin 2001, les unions régionales ont annoncé la sélection de quatre régions pilotes – Ile-de-France, Nord-Pas de Calais, Basse-Normandie et Lorraine –, au sein desquelles l'EPP doit être expérimentée. Lancé à l'été 2001, un processus de recrutement des médecins habilités a permis de recueillir plus de 500 candidatures. À l'issue d'un choix rigoureux, 99 médecins ont été habilités par l'ANAES. En Ile-de-France,

ce sont en tout 36 praticiens qui, après une formation approfondie basée notamment sur la propre évaluation de leurs pratiques, ont été habilités pour accompagner l'évaluation de leurs confrères.

Il faut rappeler que cette démarche est fondée sur le volontariat. Les médecins habilités sont tous en exercice, et sont là pour aider leurs confrères à évaluer eux-mêmes leur pratique et les accompagner dans l'identification de leurs besoins de formations. Voici, en huit étapes, la démarche que doit mener le praticien qui souhaite participer à l'Évaluation des Pratiques Professionnelles.

- 1) Je souhaite participer à l'Évaluation des Pratiques. J'adresse le coupon ci-dessous à la Section Généralistes ou Spécialistes de l'URML IdF.
- 2) Je reçois par retour de courrier un guide qui rappelle en détail les objectifs et les modalités de fonctionnement de l'évaluation. Le courrier envoyé par l'union me propose également une liste de trois médecins habilités.
- 3) Je renvoie un courrier pour accepter d'entrer dans la démarche d'évaluation avec le médecin habilité que j'ai choisi.

Celui-ci entre à son tour en contact avec moi. Les relations entre lui et moi sont marquées du sceau de la confidentialité. Personne ne peut être tenu au courant du contenu de nos échanges.

- 4) Je reçois un cahier de saisie qui, à partir de questionnaires simples mais complets, me sert à évaluer certains points de ma pratique : analyse de la tenue du dossier patient et analyse de la pratique à partir d'un des référentiels disponibles (voir encadré) que je choisis.
- 5) Au bout de un à deux mois, j'adresse mes cahiers de saisie au médecin habilité, qui les examine.
- 6) Je reçois le médecin habilité à mon cabinet : ensemble, pendant une demi-journée (3 h 30 maximum selon les textes), nous analysons les caractéristiques de mon activité et identifions les points qui peuvent être améliorés.
- 7) Dernière étape, je reçois le rapport final du médecin habilité. Ce rapport confidentiel reprend les principaux éléments de l'évaluation de ma pratique. Dans ce rapport, il peut m'être proposé des pistes de formation.
- 8) L'Union m'adresse une attestation de fin de cycle d'évaluation.



Entretien avec le Dr Bernard Ortolan

Président de la commission évaluation

« Une démarche confraternelle »

● En quoi l'évaluation des pratiques professionnelles peut-elle intéresser un médecin libéral ?

Il s'agit d'une démarche confraternelle, basée sur le volontariat, et qui veut aider les médecins libéraux à améliorer les pratiques professionnelles de ceux qui le souhaitent. Les médecins habilités ne sont pas des contrôleurs, ni des censeurs, mais des aidants, des pairs qui accompagnent une démarche personnelle d'auto-évaluation. Ils ne chercheront pas à tester les connaissances, ce n'est pas leur but, mais bien à améliorer la qualité de l'exercice. Enfin, ce processus reste strictement confidentiel. Ni l'union, ni les autres organismes, comme l'Ordre, ne sont destinataires du rapport final.

● Comment, concrètement, va-t-elle se mettre en place en Ile-de-France ?

Nous avons recruté 36 médecins habilités, des généralistes et des représentants de douze spécialités différentes. Ils ont reçu une formation adéquate et ont été habilités par l'Anaes. La phase opérationnelle a commencé courant octobre. Chaque médecin habilité ne fera pas plus de cinq à six missions par an, chacune durant en moyenne deux mois.

● L'Union a-t-elle les moyens financiers d'assumer cette mission ?

Tout dépend du nombre de médecins volontaires, les coûts induits sont difficiles à estimer pour l'instant. Dans un premier temps, nous espérons lancer une quarantaine d'évaluations. Mais au-delà, il est clair que l'Union rencontrera un problème de financement. Nous avons calculé que chaque mission coûtera en moyenne 1500 euros. Rappelons que la cotisation d'un médecin à son union est d'environ 115 euros.

Outils d'évaluation des pratiques

Un référentiel « tenue du dossier du patient » avec six déclinaisons spécifiques en médecine générale, dermatologie, gynécologie, neurologie, oto-rhino-laryngologie et cardiologie.

Vingt référentiels de pratique clinique :

- 1 Pratique des vaccinations
- 2 Sécurité de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée de plus de 70 ans
- 3 Dépistage du cancer du col de l'utérus
- 4 Lombalgie et lombosciatique aiguë : prise en charge diagnostique et thérapeutique initiale des patients
- 5 Contraception oestroprogestative : sécurité de la prescription
- 6 Dépistage des hypercholestérolémies chez les sujets adultes en prévention primaire
- 7 Prise en charge actuelle des patients hypercholestérolémiques de 20 à 70 ans traités par hypocholestérolémiants en prévention primaire
- 8 Hypertension artérielle : prise en charge initiale du patient hypertendu âgé de moins de 65 ans non diabétique
- 9 Hypertension artérielle : suivi du patient hypertendu traité âgé de moins de 65 ans, non diabétique et non insuffisant rénal
- 10 Information et éducation du patient hypertendu non diabétique
- 11 Patient diabétique de type 2 sans complications : suivi dans les derniers 18 mois écoulés
- 12 Patient diabétique de type 2 : information et éducation
- 13 Traitement oral de l'acné
- 14 Conduite à tenir devant un frottis anormal du col de l'utérus
- 15 Prise en charge du couple infertile
- 16 Prise en charge d'un patient atteint de maladie de Parkinson (en attente de validation)
- 17 Indication de l'adénoïdectomie chez l'enfant
- 18 Indication de l'amygdalectomie chez l'enfant
- 19 HTA à risque cardio-vasculaire élevé
- 20 Prise en charge, évaluation et suivi du patient insuffisant coronaire stable, en dehors du traitement.

Dr Pierre Claveirole

Un médecin habilité sur la ligne de départ

« Je me suis tout de suite intéressé à l'évaluation parce qu'elle est un prolongement naturel de ce que je fais depuis toujours : m'investir dans la formation continue. » Le Dr Pierre Claveirole, qui exerce comme généraliste à Chelles (Seine-et-Marne), fait partie des 36 « pionniers » d'Ile-de-France, ces médecins recrutés par l'Union et habilités par l'Anaes, pour proposer à leurs confrères cette nouvelle démarche de qualité. Membre de l'Unaformec, il appartient au bureau, et s'y occupe notamment du très important centre de documentation. « Ce projet nous passionne maintenant depuis plusieurs mois, explique-t-il. J'ai hâte maintenant d'entrer dans la phase opérationnelle, en rencontrant mon premier confrère. » Comme ses pairs, il a fait l'objet d'une sélection rigoureuse, parmi plusieurs centaines de candidats. Et il a accepté de suivre une formation approfondie, basée notamment sur sa propre auto-évaluation, réalisée avec un confrère, lui-même en procédure d'habilitation par l'Anaes. « On ne peut pas savoir à quel point cette démarche peut être utile, jusqu'au moment où on la découvre », observe-t-il. Dans son cas, en étudiant la tenue de ses dossiers médicaux avec l'appui du confrère, il a découvert qu'il était « insuffisant dans la notation des antécédents ». Même si une telle observation permet un

LES 36 MÉDECINS HABILITÉS FRANCILIENS

21 généralistes et 15 spécialistes

représentants les spécialités suivantes :

anesthésie, cardiologie, chirurgie, gastro-entérologie, gynécologie, neurologie, ophtalmologie, ORL, pédiatrie, psychiatrie, radiologie

retour positif sur sa pratique, il se garde de défendre une vision « instrumentale » de l'EPP. « Le plus important, ce n'est pas un but à atteindre, un résultat à produire, mais une démarche, une méthode à initier. Observer sa pratique, c'est prendre un peu de temps pour soi, quand souvent il est si difficile de s'extraire du rythme de travail quotidien. » Le médecin habilité, il le conçoit comme un « aidant », un pair qui accompagne, et jamais comme un médecin censeur ou contrôleur. « L'EPP me paraît importante pour la médecine générale, pour prouver sa maturité, sa capacité à évoluer. C'est une chance à saisir, car elle reste strictement confidentielle, et surtout interne à la profession. »

Bien qu'impatient d'entrer dans le vif du sujet, le Dr Claveirole, naturellement, s'in-

terroge encore sur le dispositif. « Combien de confrères vont s'y engager, comment se déroulera le premier contact ? Voilà des questions pour lesquelles nous n'avons pas encore de réponses. » Il s'attend à une mission beaucoup plus prenante pour lui qu'elle n'y paraît au premier abord. « Je pense que je devrai passer beaucoup de temps, sur les cahiers de liaison, pour bien appréhender l'exercice du confrère, et lui être utile par mes observations. » Autre inconnue, cet expert de la formation se demande comment l'évaluation pourra s'articuler avec l'univers de la fmc. « Il est important que nous trouvions des passerelles claires et précises pour le médecin engagé dans l'évaluation. Car, au bout du compte, elle doit aussi servir à l'éclairer sur ses priorités de formation. »

EXPÉRIMENTATION DE L'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES : l'URML Ile de France met l'offre à disposition des médecins volontaires

Ce dispositif expérimental d'auto évaluation accompagnée par un pair, médecin en exercice, formé et habilité par l'ANAES, est un service gratuit mis à la disposition des médecins volontaires par l'URML Ile de France, conformément au décret du 28 décembre 1999.

Le docteur – Prénom : Nom :

Sexe : M F Année de naissance : Année d'installation en libéral :

Exercice : Cabinet individuel Cabinet de groupe Exercice mixte

secteur 1 secteur 2 DP NC

Généraliste MEP, précisez :

Spécialiste, précisez :

Dossier médical informatisé Oui Non

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Souhaite : recevoir des informations relatives à l'EPP mise en œuvre par les URML
 s'engager dans une démarche d'évaluation

immédiatement (l'URML-IDF peut me contacter)
 courant 2003

A retourner par courrier avant le 15/12/2002 à : URML Ile de France (Section Généralistes ou Spécialistes)
104, boulevard du Montparnasse, 75 682 Paris cedex 14 - Tél: 01.40.64.14.70 - fax: 01.43.21.80.34

Tampon professionnel
Signature

La permanence des soins en Ile-de-France

Problème de plus en plus aigu dans l'ensemble des régions françaises, la permanence des soins a fait l'objet d'une enquête par la Commission Urgences, continuité des soins et besoins individuels du malade de l'URML, à l'échelle de l'Ile-de-France.

Cette étude, réalisée au deuxième semestre 2001, a rencontré un fort écho auprès des médecins libéraux, puisque 2604 d'entre eux, sur 12 753, ont répondu au questionnaire qui leur était adressé. Avec très peu de questionnaires non utilisables, le taux de retour effectif est de 20,3%. Voici les principaux résultats de cette enquête :

La difficulté pour les médecins franciliens de répondre à la permanence des soins s'explique notamment par la distance entre le domicile et le cabinet : 80% d'entre eux logent à une distance comprise entre 0,5 et 10 km par rapport à leur cabinet. Un éloignement souvent compliqué par les conditions de circulation dans la

région. Pour autant, ils restent dans leur majorité disponibles pour leurs patients, puisque 68% sont joignables les jours d'ouverture du cabinet, et 48% le sont en toutes circonstances pour leurs patients. 86% disposent d'un téléphone mobile, et 36% peuvent être contactés par ce biais. Malgré la désaffection croissante des médecins, l'organisation des gardes reste prégnante, puisqu'il existait alors un tour de garde dans 81% des cas. 31% des médecins y participaient de façon effective sans faire appel à des remplaçants, 43% y participaient en sollicitant ponctuellement ou régulièrement des remplaçants, et seulement 16% d'entre eux n'y participaient jamais.

Parmi les 81 % de médecins qui prennent des gardes :

59 % le font par éthique personnelle
47 % par obligation légale

Pour ceux qui ne prennent pas de garde :

78 % évoquent la fatigue induite
66 % la préservation de la vie familiale
40 % le manque de disponibilité
Pour ces derniers : 58 % déclarent que rien ne peut les inciter
29 % citent une meilleure rémunération

La question de la rémunération constitue légitimement le premier besoin exprimé par ceux qui effectuent leurs gardes : 72% demandent un changement du mode de rémunération. Ils sont 65% à réclamer un paiement à l'acte complété par un forfait, contre seulement 7% un paiement uniquement forfaitaire. Derrière cette revendication, on retrouve un thème dominant dans le débat actuel sur la permanence des soins : la reconnaissance financière de la mission de service public assumée par les médecins de garde, et sa concrétisation par le paiement de l'astreinte.

« Un malaise à résoudre »

Entretien avec les Docteurs Georges Siavellis et Michel Roueff, présidents de la Commission Urgences, continuité des soins, et besoins individuels du malade

Pour quelles raisons l'union a-t-elle réalisée cette étude ?

Le malaise des libéraux par rapport à la permanence des soins est connu depuis longtemps, et nous avons décidé de lancer cette enquête il y a plus d'un an afin d'en mesurer l'ampleur dans la région. Le nombre très important des réponses reçues témoigne que les médecins n'en peuvent plus, et veulent des solutions pour assumer leur mission dignement. L'intérêt des questions que nous avons posé, c'est notamment que, malgré les difficultés, une majorité d'entre eux continuent à s'organiser pour assurer la continuité des soins pour leurs patients.

Quels sont les facteurs spécifiques, en Ile-de-France, qui rendent difficile la tenue des gardes ?

Comme ailleurs, c'est d'abord la pénibilité de l'astreinte, d'autant plus qu'elle n'est pas valorisée financièrement, qui vient s'ajouter à une lourde charge de travail hebdomadaire. La distance, souvent importante, entre le domicile et le cabinet, rend les tours de garde encore plus compliqués à prendre. Ensuite, de façon plus prégnante dans certaines zones, l'inquiétude par rapport à l'insécurité reste forte. Enfin, dans certains départements, où l'offre en services d'urgences hospitaliers ou en urgentistes libéraux est surabondante comme à Paris, les libéraux sont particulièrement démobilisés.

Quelles solutions faut-il privilégier ?

D'abord, la question de la rémunération est dominante, et doit être réglée de façon urgente. Les médecins franciliens estiment qu'il faut conserver le principe du paiement à l'acte, qui constitue le fon-



Dr G. Siavellis



Dr M. Roueff

dement de l'activité libérale, mais qu'il faut le compléter par un paiement forfaitaire. Ce forfait pourrait être aux alentours de 30 € de l'heure, afin d'indemniser le temps d'astreinte, et que le médecin ne se retrouve pas sans revenus si les patients ne viennent pas. Il est souhaitable que le principe des gardes repose sur le volontariat, car la contrainte n'est jamais un bon moyen de faire travailler les gens. Par ailleurs, les solutions expérimentales qui se développent un peu partout, avec les maisons médicales ou les services d'accueil médical initial vont dans le bon sens. Elles ont le double avantage de sécuriser le médecin, et d'inciter les patients à ne pas abuser de la bonne volonté du praticien, dont beaucoup de visites ne sont pas médicalement justifiées.

Les médecins libéraux doivent-ils être les seuls à se préoccuper de la continuité des soins ?

Non, c'est un problème qui concerne tout le monde. À commencer par les patients, qui doivent accepter de ne pas déranger le médecin ou de ne pas aller à l'hôpital à la moindre occasion. Du côté des autorités, l'Etat et les collectivités territoriales doivent s'investir plus largement pour donner aux libéraux les moyens logistiques et financiers d'assumer la permanence des soins. Il est normal, par exemple, qu'une commune mette à la disposition des médecins de garde un local sécurisé et équipé pour le médecin qui prend sa garde.

LE SAMI Service d'accueil médical initial ou la permanence des soins en toute sécurité

« Sur une zone comprenant 90 médecins de garde, seuls 13 d'entre nous participaient aux gardes. Pour de multiples facteurs, comme le vieillissement et la féminisation du corps médical, les problèmes de sécurité réels ou ressentis, le tableau de gardes était un échec. Il fallait faire quelque chose pour inciter nos confrères à remplir leur devoir et continuer à assurer la permanence des soins. »

Sous l'impulsion du conseil de l'Ordre des médecins du Val de Marne, auteur d'un projet sur les gardes et astreintes avec l'aide de la mairie de Vincennes, le Dr Olivier Durel, président de l'amicale des médecins de Vincennes, Fontenay et Saint Mandé, s'est retroussé les manches avec quelques confrères, pour mettre en place une consultation sécurisée, avec gardien et caméra, installée à Vincennes. Un record, dans un domaine où il faut souvent plusieurs années pour convaincre les différentes autorités locales, et surtout les confrères, de la nécessité d'expérimenter un autre système de gardes. *« Nous avons décidé de lancer le Sami ou service accueil médical initial, qui n'est pas une maison médicale, mais un lieu de consultation réservé aux médecins libéraux de garde. »*

Le service a ouvert en avril dernier, avec déjà quelques résultats intéressants. *« Volontairement, nous avons inscrit tous les confrères du secteur au tableau. Il n'était pas question de faire du Sami un lieu spécialisé pour quelques praticiens spécialisés dans les gardes. En six mois, 85 % d'entre eux ont répondu présent. »* Certes, pour l'instant, la marge de progression est importante. *« L'ancien tour de garde couvrait habituellement environ 50 % des actes de nuit et jours fériés. Nous en sommes pour l'instant que 30 % de l'activité que nous réalisons avec le système traditionnel. »* 354 personnes, sur les 120 000 que compte la zone (Vincennes, Saint-Mandé et Fontenay), y sont déjà passés. Autre raison de se réjouir pour le Dr Durel, une enquête menée auprès d'eux montre un taux de satisfaction élevé. *« Les gens savent qu'ils peuvent nous voir pour des demandes non réellement urgentes, sans aller encombrer les files d'attente à l'hôpital. Et, en cas d'urgence réelle, nous sommes en ligne directe avec le régulateur du centre 15. »*

Ouvert tous les soirs de la semaine, de 20 à 23h 45, les dimanches et jours fériés de 8 h à 24 h, le Sami fonctionne aussi parce qu'il ne prétend pas suppléer aux

services d'urgence qui existent déjà. *« Il n'y a pas de matériel au Sami. Chaque praticien vient avec sa trousse de visite, il utilise son matériel et ses médicaments. »* Un dispositif qui permet une grande liberté: *« si un homéopathe veut prescrire de l'homéopathie à 22 h, il peut le faire comme s'il était en visite ou en consultation. »* L'expérience ne nécessite pas non plus un aménagement financier spécifique, avec de lourds cahiers des charges, et des dérogations au droit de la Sécu souvent complexes à obtenir. *« Chaque médecin applique les majorations conventionnelles. »*

Des négociations sont menées avec la CPAM pour le tiers payant et la CMU, voire une indemnité d'astreinte. *« Aujourd'hui, les confrères qui ne prennent pas leurs gardes n'ont plus vraiment de raisons de ne pas le faire. »* Le Dr Durel a envoyé un courrier confraternel à ses confrères récalcitrants, pour leur proposer de répondre, en 2003, aux exigences du tableau de garde. *« Avec une permanence de soirée tous les trois mois, et une de week-end par an, cela n'a rien d'insurmontable. Mais toutes les opinions doivent être entendues »*

SAMI 94 : rien ne se crée tout se transforme, mais attention de ne rien perdre

Dr Jacques Lange – Président du Conseil de l'Ordre des médecins du Val de Marne et élu de L'URML Ile-de-France

Historiquement le Val de Marne disposait d'une organisation fonctionnelle des gardes et astreintes qui reposait notamment sur un ferme engagement des libéraux au centre de régulation et un tissu de 17 associations de médecins de gardes dans les différentes communes du département.

Malheureusement l'augmentation des charges allouées au Conseil Général principal financeur de cette organisation a nécessité des choix et les subventions ont fait l'objet de transfert vers d'autres priorités. Sans moyens, épuisés par des gardes de plus en plus contraignantes et risquées, l'engagement des médecins libéraux dans les services de garde s'est peu à peu évanoui. Au vu de tout cela, il fallait trouver les moyens de revitaliser ce tissu.

En premier lieu, la remise en place du centre 15 a permis grâce au soutien de l'ARH, de la direction du SAMU 94 et de l'APHP de garantir l'implication des médecins libéraux dans la régulation téléphonique des appels en leur offrant un statut de salarié sur la base d'une vacation hospitalière, ainsi qu'une protection juridique adéquate.

Seconde étape, la création de deux sociétés civile de moyens a permis d'encadrer l'activité de 30 médecins effecteurs prenant en charge les visites justifiées à domicile en cas d'impossibilité du médecin de famille ou en dehors des horaires d'ouvertures de cabinet et ce après qualification des appels au centre 15.

Enfin dernier pilier du système l'ouverture d'une maison d'accueil médical, pour les communes de Vincennes, Saint Mandé et Fontenay, assurant un poste fixe sécurisé de permanence en dehors des horaires de cabinet et fonctionnant en relation avec le centre 15. Ce lieu de soins s'appuie sur les volontés et le soutien financier des mairies concernées. Il reste aujourd'hui à assurer au médecin une rémunération de son astreinte non liée à son activité. Cette négociation est cours avec la CPAM 94 et devrait aboutir avant la fin de l'année.

L'inauguration officielle de la maison de garde libérale est donc la dernière pierre d'un édifice dont les fondations ont été posées il y a quatre ans. Ce travail de coordination et de coopération entre acteurs de soins et administrateurs ne doit pas s'arrêter à ce stade, il convient maintenant de multiplier les expériences.



Troisième Congrès de Recherche en Médecine Générale

13 & 14 septembre 2003 – Palais des congrès de Paris

Dans le cadre de ses missions d'amélioration et de promotion de la qualité des soins, l'URML Ile-de-France organise le Troisième congrès de Recherche en Médecine Générale.

Un congrès pour la recherche en médecine générale

Deux questions au Dr Régis Mouriès, Président du Comité d'Organisation du Congrès

Pourquoi l'URML Ile-de-France a souhaité organiser le Troisième congrès de recherche en médecine générale ?

Ce congrès vient après celui de Toulouse en 1999 et celui de Biarritz en 2001. Il nous a paru intéressant de prendre le relais d'un mouvement qui prend son essor dans la profession, ainsi que l'illustre le succès de la précédente édition avec 400 participants. La recherche en médecine générale intéresse de plus en plus de confrères, qui possèdent dans leur cabinet un potentiel d'informations, insuffisamment exploité. Le but de cette manifestation est de promouvoir la recherche, de favoriser la publication de

travaux en langue francophone, et de renforcer les échanges entre les chercheurs français et leurs collègues étrangers.

Que peut apporter la recherche en médecine générale par rapport à celle menée par les universitaires ou les spécialistes ?

C'est une recherche tournée vers l'observation des pratiques quotidiennes, et des facteurs environnementaux qui influent sur l'état de santé des patients. Elle est très précieuse et constitue une approche différente de la recherche universitaire ou hospitalière, qui n'a pas les moyens d'étudier de façon approfondie l'évolution des patients au jour le jour. Pour la médecine générale, cette nouvelle préoccupation pour la recherche est fondamentale, car elle atteste de la maturité de la profession. Une spécialité qui s'enseigne à l'université ne peut plus faire l'économie d'une méthodologie spécifique de recherche. À l'occasion du congrès, nous proposerons aux participants une méthodologie fiable et précise de recherche et de présentation des travaux. Les généralistes ne doivent pas hésiter à constituer des cohortes de patients en ville, afin d'étudier de façon concrète la situation des soins primaires. Il faut susciter des vocations, inciter les confrères à prendre confiance en eux. La revalorisation de la médecine générale passe aussi par là.



Appel à abstract

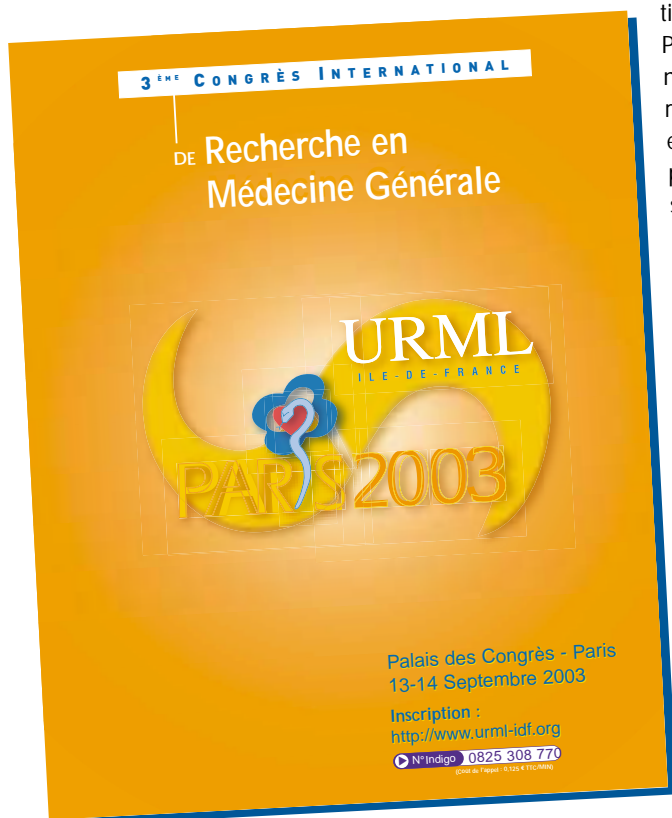
Nous invitons nos confrères généralistes à présenter leurs travaux de recherche sur des thématiques de pratique courante, d'épidémiologie, de méthodologie. Tous les thèmes liés à la pratique de la médecine générale peuvent être abordés de façon qualitative ou quantitative, y compris des thématiques psychosociales et de sciences humaines. Il est également possible de présenter des projets de recherche en cours et non encore finalisés.

Vos abstracts seront soumis et évalués de manière anonyme par le Comité Scientifique du Congrès.

Pour proposer vos travaux vous trouverez l'ensemble des modalités sur le site Internet du congrès www.urml-idf.org. Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez adresser vos questions par Email à paris2003@urml-idf.org ou par téléphone au 01.40.64.14.70.

Date limite de dépôt des abstracts : 21 avril 2003

Le Comité Scientifique du Congrès



Inscriptions au congrès :

En ligne sur le site www.urml-idf.org • Secrétariat EUROSCG

N° Indigo 0 825 308 770