

### sommaire

- MEDEC 2003
- Enseignement et Recherche en Médecine Libérale
- Maisons de gardes libérales : Une expérimentation francilienne
- Site Internet : Personnes âgées
- 15/20 ans : Suivi des vaccinations

#### 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'Île-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](mailto:secretariat@urml-idf.org)

**Directeur de la publication :**  
Dr Bernard Huynh

**Comité de rédaction :**  
Drs O. Aynaud, J. Bourcureau,  
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

### Plus loin, demain...

La Convention des Médecins spécialistes avec les Caisses est dans l'impasse, et avec elle l'avenir à court terme du système de santé « à la française ». Le Règlement Conventionnel Minimal qui permet le remboursement des malades mais enferme les médecins est annoncé. Cette négociation asymétrique, voulue par certains, pénalise les médecins en l'absence d'accord.

C'est ce résultat que les médecins ont essayé d'éviter mais auquel ils ont été contraints par l'intransigeance de ceux qui refusent toute liberté à nos confrères secteur I.

Ce refus d'admettre que la pratique médicale a changé en 10 ans ne permet plus aux négociateurs de se comprendre alors que notre profession s'est profondément modifiée. Les études et les actions de l'URML d'Île de France ont montré que l'organisation de la pratique médicale en Île de France est bouleversée par les nouvelles données de la société : vieillissement de la population, isolement et fragilisation sociale, repli de l'hôpital sur ses missions essentielles mais aussi hypertrophie des soins non programmés, insécurité touchant maintenant les médecins. Nos jeunes confrères seront dans l'avenir moins nombreux et plus exigeants sur leur équilibre de vie mais aussi plus habitués aux exigences de l'évaluation et des systèmes d'information et tout aussi passionnés par leur métier de médecin. L'Observatoire de la Démographie Médicale d'Île de France nous le dit dès aujourd'hui.

Enfin, nous savons que nos patients nous demanderont toujours la même chose, d'être de bons médecins et de bien nous occuper d'eux. C'est là notre principal objectif et c'est notre fierté d'avoir su jusqu'à présent y aboutir. Nous savons qu'avec l'appui de nos malades, nous continuerons à aller demain toujours plus loin dans la qualité des soins que nous leur donnons. C'est une compétence et une force que personne ne peut nous enlever.

Bien confraternellement

Docteur Bernard Huynh  
Président

Email: [huynh@urml-idf.org](mailto:huynh@urml-idf.org)

# MEDEC 2003 :

## *premiers bilans positifs pour l'EPP*

*Le MEDEC 2003 a été l'occasion pour la Conférence des Présidents d'Union Régionale de Médecins Libéraux de présenter un premier bilan de l'expérimentation de l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), dans les quatre premières unions volontaires : Basse-Normandie, Nord-Pas-de-Calais, Lorraine et Île de France.  
La poursuite de l'expérimentation et l'extension à toutes les URML volontaires est en cours.*



L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), c'est maintenant un fait tangible et les conséquences du décret du 29 décembre 1999 confiant aux unions professionnelles le soin d'organiser le dispositif en partenariat avec l'ANAES sont désormais quantifiables. Premier constat : les médecins sont intéressés par le concept, et, comme le soulignait le Dr Nicolas Brugère, président de l'URML Aquitaine et responsable de l'EPP à la Conférence, ils ont compris que le confrère habilité par l'ANAES pour les accompagner dans le processus était un « pair » engagé lui même dans la même démarche d'évaluation, un confrère formé pour les « accompagner sur des pistes d'amélioration », sans aucune volonté sanctionnante. « C'est l'émergence d'une nouvelle confraternité », s'est-il félicité. Mais, bien entendu, des problèmes émergent, dont la nature diffère selon les unions. L'Île de France, avec ses 25 000 médecins libéraux, souffre de son gigantisme. On y recense 53 médecins habilités qui se sont vus chacun confier une mission, 44 cycles ont été lancés, 20 sont terminés. Quarante-deux médecins candidats et un cycle collectif sont en attente, on manque de spécialistes habilités comme de référentiels pour 26 spécialités. Une première évaluation du dispositif sur la base de questionnaires (généralistes) et d'interviews (cardiologues) a été réalisée. Conclusions :

« Il nous faut alléger la méthode qui est lourde en temps, améliorer les référentiels », résumait le Dr Bernard Ortolan, secrétaire général de l'URML Île de France. « Nous sommes limités par nos moyens, il nous faudrait des financements pérennes »... Un aspect financier qui fait le consensus des quatre présidents concernés. L'URML Nord-Pas de Calais (39, médecins habilités, 30 confrères engagés dans un cycle individuel, 4 cycles collectifs en cours...) a fait ses comptes : à raison de 1100 euros en individuel et 350 euros en collectif, l'EPP a coûté pour cette première vague, explique le président Jean-Claude Farasse, « le quart du budget de l'Union ». Intenable à moyen terme même si le processus « valorise les unions dans la démarche qualité, car elles ont démontré leur capacité à gérer le dossier ». Interrogation similaire en Lorraine (26 médecins habilités pour chacun deux missions, 10 EPP individuels terminés, un EPP collectif en cours, 187 médecins volontaires en attente) où le Pdt Rémi Unvois s'interroge : « Après la phase expérimentale, quels seront nos financements demain pour assurer le développement de cette démarche ? ». Et même la plus petite des unions expérimentale, la Basse-Normandie (15 médecins habilités, 4 EPP individuels terminés et 4 en cours... pour 137 demandes enregistrées) se joint au chœur de ses confrères. « Nous allons mettre en place une évaluation collective, organiser de

nouveaux binômes. Mais avec quels financements alors que les discussions conventionnelles en cours freinent ? », résumait le Pdt Alain Le Maguet. On le voit, l'élan de la profession vers l'évaluation se heurte au sempiternel nerf de la guerre : l'argent. Un élan, pour le Dr Patrick Brézac, président de la Conférence des présidents d'unions (Pays-de-la-Loire), qui trouve sa source dans la confiance. « L'expérimentation de l'EPP par les unions consacre leur légitimité. Elles ont acquis un savoir faire auprès de l'ANAES. Les unions garantissent l'indépendance de la demande, les médecins ont confiance » affirmait-t-il. Mais que faire demain alors qu'un gouffre financier menace de s'ouvrir dans ces structures autofinancées ? La Conférence des présidents a voté : l'expérience va se poursuivre et même s'étendre à toutes les unions volontaires. « Avec leurs moyens financiers » tenait à souligner le Pdt Brézac. « Nous voulons garder une totale indépendance. Mais si la collectivité veut un déploiement plus rapide de l'évaluation, elle doit donner aux unions des moyens supplémentaires qui leur garantiront l'indépendance dans le cadre des négociations avec les pouvoirs publics. Nous demandons au gouvernement de réfléchir avec nous aux moyens de cette extension ». Prochain point de la situation dans deux ans.

### INFORMATIONS RELATIVES à L'ÉVALUATION des PRATIQUES PROFESSIONNELLES – CD ROM et Reportages

Le Docteur: Cachet professionnel

Téléphone: .....  
 Fax: .....  
 Email: .....

souhaite: recevoir le CD ROM d'informations relatives à l'EPP mise en œuvre par les URML.

À retourner par courrier à : URML Île de France  
 104, boulevard du Montparnasse – 75 682 PARIS CEDEX 14  
 Tel: 01.40.64.14.70 Fax: 01.43.21.80.34

# MEDEC 2003:

## *l'informatique sous toutes ses facettes*

*Très impliquée dans le sujet de l'informatisation, la commission informatique de l'URML Île de France a saisi l'opportunité du MEDEC 2003 pour réunir un volant d'experts afin de « motiver le médecin à l'informatique » et l'inciter à explorer de nouvelles voies, exemples à l'appui.*



L'informatique étant un succès avéré (85 % des confrères sont équipés), on ne parle plus de machines mais de « d'usage » et de « prospective ». Un changement de climat souligné par le Dr Bernard Huynh, président de l'URML IdF, où l'on se fait fort de relever l'enjeu majeur du développement de l'informatisation des cabinets médicaux et du développement des réseaux.

Exemple concret: le dossier-patient. Objet des travaux de l'Andem puis l'ANAES depuis 1992, il est à la fois un « outil incontournable », et un « cimetière de données ».

Le Dr Marielle Lafont, responsable adjoint du service Évaluation des pratiques à l'ANAES, n'a eu qu'à lister son contenu pour que l'utilisation de l'informatique s'impose. Le dossier doit être en effet « la mémoire du médecin, actualisée », il doit servir à la « rétrospective » et à la « prospective ». Bref, le médecin doit savoir « à quoi il sert, et qu'y mettre » et suivre pour cela une trame établie par l'ANAES. Quoi de plus simple qu'un petit clic ?

Pour la prévention, même démarche. « L'informatique est utile pour le recueil des informations, leur stockage et analyse et pour la mise en place de procédures d'alertes », a exposé le Dr Jacques Grichy, membre de la commission Informatique de l'URML. Elle est également utile pour opérer une surveillance « juste et nécessaire » en prévention tertiaire (planification et alertes). Durant la consultation, poursuivait-il, grâce à une grille de surveillance conduisant à une « planification de la surveillance en fonction du tracé de la ligne de vie », le risque

peut être « évalué en temps réel par le praticien ». Un projet de serveur de ligne de vie est d'ailleurs en cours pour que les professionnels de santé gravitant autour d'un patient mettent en commun leurs données.

Cette mise en commun, c'est bien l'objet du site Victimo: [www.victimo.fr](http://www.victimo.fr), bâti autour du réseau « Victimo »

(plus de 7 000 consultations annuelles depuis sa création en 1995). Le site est ouvert au grand public, aux médecins et professionnels de santé, et permet notamment de guider la victime de violence ou son soignant dans les méandres de la prise en charge, comme l'a présenté son initiateur, le Dr Marc Sylvestre, membre la commission Informatique de l'URML.

Un bon outil, c'est bien entendu à cela qu'on pense en écoutant le Dr Jean-Pierre Carlier, membre de la même commission, évoquer son projet d'Observatoire des urgences en Île de France, site recensant tous les systèmes d'urgences existant dans la région. Mais trois problèmes se posent: « La difficulté du recueil des informations, la sécurité et leur actualisation ». Bien du chemin à parcourir encore, même si en matière de sécurisation de l'information, le représentant du ministère des Affaires sociales, M. Michel Villac, chef de Mission Informatisation du Système de Santé, affirme relever « l'enjeu de la confidentialité ».

Il faut, a-t-il expliqué, « définir des règles adaptées, savoir à qui les données doivent être transmises et se définir une politique de confidentialité ». Deux règles sont impératives pour les échanges externes: « L'authentification du correspondant (carte CPS) et le chiffrement ». Quant aux hébergeurs, outre un agrément obligatoire (le décret est en cours), ils font l'objet d'un « encadrement fort » devant-il insister.

La sécurisation et l'anonymisation des données, ces deux garanties sont offertes par l'Observatoire Thales, mis en place

par la CEGEDIM. Son PDG, M. Jean-Claude Labrune s'est fait fort de rappeler les 5200 contributeurs de l'Observatoire dont 1500 médecins, qui, en transférant leurs données anonymisées vers le logiciel, participent à des études pour l'industrie pharmaceutique, ou l'ANAES ou l'AFSSAPS.

Une échelle qui fait sourire le médecin planchant sur sa 2035, le « cauchemar annuel » selon les mots du Dr Jean-Philippe Grundeler, membre de la Commission informatique de l'URML. Avec l'informatique, plaide ce convaincu, c'est, en fin d'années « du temps gagné se comptant en dizaines d'heures ».

Du temps qui pourrait être consacré à la santé publique ? Le Pr Christian Hervé, du département de consultations et de santé publique à l'Hôpital Max Fourestier y croit pour qui, le médecin libéral « peut être un partenaire en santé publique, une fonction à rémunérer ». Grâce à l'informatique, a-t-il affirmé « Tout va changer, les libéraux peuvent gagner en responsabilité et considération des collègues. La masse d'information dont ils disposent peut être organisée et traitée, il y a une place à prendre ! ».



# Enseignement et recherche en vedettes de la 6<sup>e</sup> journée de santé publique et médecine libérale

*Dans l'ambiance d'attente suscitée par la sortie du décret sur l'organisation de la formation médicale continue, la 6<sup>e</sup> journée de Santé publique et médecine libérale vient de se tenir le 26 mars à Paris à l'initiative de l'URML Île de France. Vouée à la réflexion sur l'enseignement et la recherche, elle s'est tenue à quelques mois de la prochaine rentrée universitaire intronisant la réforme du troisième cycle de médecine générale, mais aussi du troisième Congrès de recherche en médecine générale organisé par l'URML les 13 et 14 septembre prochains à Paris.*

Le contexte était idéal pour offrir aux représentants du ministère de la Santé, experts, représentants d'organismes de formation continue, universitaires franciliens, confrères investis dans la formation et la recherche, internes et résidents, l'occasion de décrypter ensemble le sens des réformes récemment intervenues, mais aussi de réfléchir sur leurs applications.

## La formation initiale

### Premier cycle : des études de santé

Pour le premier cycle dès 2005, la première année sera renommée études de santé et non plus études médicales, un tronc commun sera imposé lors du premier semestre à l'ensemble des étudiants (principalement une information portant sur les métiers de la santé et la santé publique). Ces étudiants feront le choix de modules au second semestre leur permettant de préparer les concours des métiers qu'ils auront choisis.

Comme le souligne le Professeur Thibault, conseiller du Ministre, cette réforme qui s'inscrit dans le cadre de la Commission pédagogique de réflexion pour l'évolution du premier cycle médical vise à éviter le gâchis de la course à l'entrée dans une profession, mieux réguler les professions à quota et à numerus clausus et garantir une formation de base commune à l'ensemble des professionnels de santé.

En deuxième année le stage infirmier, première relation aux patients et les modules scientifiques de base seront maintenus.

### Deuxième cycle : Étude de cas et examen classant

Le deuxième cycle est consacré à l'enseignement thérapeutique privilégiant l'approche transversale et pluridisciplinaire,

permettant également de réunir dans un même enseignement les fondamentalistes et les cliniciens. L'évolution porte surtout sur un apprentissage de plus en plus basé sur les études de cas ce qui nécessite des enseignements par petits groupes et un accès facile aux bases documentaires. Dans cette même logique les stages devront être revalorisés afin d'éviter les stratégies visant à privilégier la théorie plus que la pratique dans un objectif de préparation au concours.

Un concours qui devient examen classant pour un internat modifié à partir de 2004 puisque la médecine générale devient une spécialité. Réforme importante insiste le Professeur Thibault puisqu'aujourd'hui plus de 85 % des étudiants en médecine préparent le concours à l'internat, seule une petite fraction se destine spontanément par choix personnel à la médecine générale. À partir de 2004, cet examen classant ouvrira le choix de la spécialité dont la médecine générale et du lieu de formation.

### Troisième cycle : Maîtrise de stage et agrément des programmes de formation

Pour les généralistes, outre un enseignement théorique de 200 h, la formation pratique étalée sur six semestres comportera trois semestres obligatoires dans des services agréés pour la médecine générale : médecine pour adultes, pôle mère-enfant et urgence. Trois autres stages sont définis : un semestre libre dans un service agréé, pour compléter la formation hospitalière ; un stage auprès d'un praticien médecin généraliste agréé et enfin, un « stage autonome en soins primaires



ambulatoire supervisé (SASPAS), effectué auprès d'un médecin généraliste pour ceux qui le souhaitent, ou une autre structure en fonction du projet professionnel de l'étudiant.

Une « volonté politique », soulignée par le Pierre Louis Druais Président du CNGE, qui entend bien pousser ultérieurement d'autres revendications sous-tendant la réussite de la réforme : la titularisation des enseignants associés en médecine générale, la revalorisation de la fonction des maîtres de stage – trop peu nombreux pour la charge annoncée –, et enfin, un bonus sur les honoraires pédagogiques. Volonté politique reprise en cœur par les témoignages des Drs Clavero et Roueff, maîtres de stage qui décrivent une activité peu reconnue même si, d'un commun accord avec les représentants du Syndicat des Résidents de Paris, ils affirment l'intérêt de cette démarche pour un duo médecin/étudiant motivé.

Une démarche qui pourrait sous certaines conditions être étendue à la médecine spécialiste dont la formation initiale réside de façon quasi exclusive dans le choix des stages d'internat comme le précisent Thomas Gregory et Raphaël Gaillard du Syndicat des Internes Hospitaliers de Paris. Pour les représentants des internes, les réformes actuelles tendant à une filialisation globale sont principalement dictées par des impératifs démographiques,



et vont à l'encontre des principes d'interdisciplinarité.

En conclusion le conseiller du Ministre insiste sur la nécessité d'améliorer la qualité de la validation finale des études de médecine, formation qui nécessite d'avoir acquis des savoir faire et des savoir être avant de pouvoir agir seul et librement.

### La formation médicale continue : une obligation difficile à gérer

Pour la FMC, comme l'indique en ouverture le Dr Jean Michel Chabot, Conseiller du Ministre, la finalité est de favoriser l'entretien et le perfectionnement des connaissances du médecin dans un objectif d'amélioration de la qualité des soins.

Cet objectif repose sur deux logiques, la satisfaction et la promotion de chaque professionnel et la gestion des ressources techniques, humaines et économiques. L'abandon du système sanctionnant va dans ce sens en valorisant l'exercice professionnel.

À ce titre tous les médecins qui s'impliquent dans des démarches d'évaluation de leur pratique ou de leur exercice feront actes de formation, une réflexion à suivre dans le cadre de l'EPP. L'exercice en réseau

pourrait également être inscrit comme une démarche de formation.

Trois conseils nationaux devraient être créés avant l'été 2003 pour coordonner la mise en place de ces réformes.

L'installation des conseils régionaux communs prévue début 2004 permettra d'organiser l'encadrement de cette formation médicale continue sur le terrain.

Le calendrier législatif, dans l'attente de la loi de santé publique fera l'objet de décret préalable, mais l'ensemble des textes devrait être voté dans le courant du troisième trimestre 2003.

### Pour les médecins de terrain, le temps manque

«La disponibilité des médecins va en diminuant. Ils sont de moins en moins nombreux à se partager la tâche, et donc de moins en moins nombreux pour se consacrer à la formation continue», confirme le Dr Michel Doré, vice-président de l'UNAFORMEC. «Le temps pour la FMC est pénalisant pour le médecin de famille».

Constat amer du Dr Doré qui regrette la valse hésitation des législateurs dans le dossier de structuration de la FMC.

Pour le Dr Jean François Thébaut, secrétaire général de l'UMESPE, la FMC est un réel outil de santé publique, qui mérite qu'on lui accorde les moyens et la reconnaissance nécessaire à son développement.

Un dossier qui selon les professionnels engagés dans la gestion de ces formations nécessite un investissement d'environ 250 millions d'euros.

### La recherche en médecine libérale

Quant à la recherche en médecine libérale, les témoignages apportés dans l'après midi démontrent une réelle dynamique du secteur ambulatoire, qui souvent avec peu de moyens mais avec de gros investissements humains sur la base d'une recherche appliquée réussit à innover pour l'amélioration de la prise en charge des patients en médecine de ville. Une logique libérale qui s'inscrit aussi dans une volonté d'indépendance.

Membre du comité scientifique du Congrès de médecine générale qui se tiendra à Paris les 13 et 14 septembre prochains, le Dr Max Budowski insiste : «La plupart des recommandations de pratique clinique de l'ANAES ou de l'AFSSAPS proviennent de textes rédigés par des hospitaliers ou des hospitalo-universitaires qui publient des ouvrages de langue anglaise importants, mais où les médecins généralistes sont peu représentés. Ces recommandations ne sont pas très adaptées au terrain».

#### Les actes de la Journée Santé Publique et Médecine Libérale

sur le thème de l'Enseignement et de la Recherche sont en cours de rédaction. Ils seront disponibles sur demande par email : [secrétariat@urml-idf.org](mailto:secrétariat@urml-idf.org) ou par fax : 01 43 21 80 34.

## PREMIER PRIX MACHAONS 2003

Prix de thèse Machaons 2003  
pour « Le dossier médical en médecine générale »  
Dr Sophie GALLIERE-SANSOT

### « on peut améliorer la qualité par l'auto-évaluation »

Chez Sophie Gallière-Sansot, la recherche de la qualité, c'est le credo d'une vie. À 34 ans, mariée et bientôt mère d'un troisième enfant, cette jeune consœur a eu un parcours atypique : thèse de pharmacie industrielle et DESS d'assurance-qualité en pharmacie industrielle pour commencer. Puis, dans la foulée, en 1994, inscription en Médecine, tant elle avait été séduite par cet art découvert en stages hospitaliers en Pharmacie.

«J'ai toujours été intéressée par la qualité. En Pharmacie, le concept est central et fait l'objet de nombreux protocoles, en Médecine, nous en étions aux balbutiements. J'avais envie de faire du qualitatif en médecine générale» explique-t-elle. Pour réaliser sa thèse en trois ans, en fait un EPP avant la lettre, le Dr Gallière-Sansot a diffusé un questionnaire auprès de 40 maîtres de stage parisiens, leur demandant de comparer le contenu de 20 dossiers pris dans leurs fichiers avec les référentiels de l'ANAES, et de pointer les manques. Neuf mois plus tard, même questionnaire et ses conséquences : «Une amélioration nette des critères mal renseignés». La jeune femme qui exerce, en libéral, dans une clinique parisienne et passera bientôt une capacité en gériatrie affirme : «On peut améliorer la qualité du dossier à partir d'une démarche volontaire, une auto-évaluation. On peut faire de la qualité en médecine, à partir de petits gestes et réflexes quotidiens»...



# Les maisons médicales expérimentées sous le regard du FAQSV

*Les initiatives libérales visant à réorienter les patients vers un cadre sécurisé de continuité des soins font l'objet d'un soutien régional du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.*

Depuis l'issue heureuse de la longue et historique grève des gardes menée par les médecins généralistes, la profession a convaincu l'opinion et les politiques de la pénibilité de cette tâche, et attend dans le prochain décret sur l'organisation de la permanence des soins que la notion de volontariat soit associée au respect de cette mission d'intérêt général.

## Un désengagement des médecins :

L'Île de France ne déroge pas à la règle.

Dans une étude menée par l'URML à l'échelle de la région au deuxième semestre 2001 et publiée au tout début du conflit, une particularité francilienne était mise en lumière : l'éloignement cabinet-domicile (entre 0,5 K et 10 Km) dont souffrent 80 % des confrères ayant répondu à l'enquête. Malgré ce fait, et alors que la désaffection des confrères allait croissant notamment vis-à-vis des visites et leur lot d'insécurité potentielle, 81 % des médecins généralistes affirmaient à l'époque prendre des gardes, avec (43 %) ou sans (31 %) remplaçant.

Ce souci de continuité des soins toujours présents à l'esprit des médecins semble pourtant de plus en plus se heurter aux contraintes et à la pénibilité de cette mission peu reconnue, facteurs qui démobilisent l'engagement de nos confrères.

## Comment répondre au mieux au malaise et aux attentes des praticiens ?

Les initiatives se sont multipliées. Des projets de maisons médicales pour les soins non programmés ont vu le jour en Île de France et aujourd'hui, certaines d'entre elles sont sur le point de recevoir le soutien du FAQSV régional.

Une ligne budgétaire fléchée a été en effet dégagée par le Comité Régional de Gestion du FAQSV pour cette mission et les associations de médecins libéraux ont jusqu'à la fin du premier semestre 2003 pour déposer leurs projets d'expérimentation de maison médicale au FAQSV régional. Les initiatives seront financées jusqu'à épuisement de l'enveloppe dès lors qu'elles satisfont à des principes définis en commun entre l'URML et l'URCAM sur la base des auditions des promoteurs menées par l'URML Île de France.



Dr G. Siavellis

## Entretien avec le Dr Georges Siavellis,

Président de la Commission Urgences, continuité des soins et besoins individuels des malades, à l'origine d'un projet de trois maisons médicales en Seine-Saint-Denis.

### « Il faut une bonne rémunération des astreintes »

Directeur de PS 93, structure libérale et autonome de 39 personnes, dont 30 régulateurs et 7 permanenciers, le Dr Georges Siavellis œuvre aux côtés du Samu 93 à la bonne organisation de la régulation médicale sur le département de Seine-Saint-Denis 24 h 24. Deux structures qui ont fait l'objet d'une convention départementale.

C'est dire si notre homme s'y connaît en montage de dossiers et arcanes administratives.

Pourtant, son projet de trois maisons médicales de tailles équivalentes sur le département, en relation avec un hôpital de l'HP, un hôpital intercommunal et l'une des plus grosses cliniques du département, semble connaître des ratés. Un dossier déposé par PS 93 au FAQSV régional voilà plus d'un an avait obtenu le feu vert et même un début de subvention; une étude préalable présentée à tous les maires des 40 communes du département avait recueilli le meilleur accueil, mais... Voilà qu'au pied du mur, les maires s'inquiètent des frais à leur charge pour les locaux, le personnel et la sécurisation des lieux. « Nous négocions activement au niveau du département », raconte le Dr Siavellis. « C'est bien la première fois qu'avec un dossier ficelé et financé, je me heurte à des difficultés d'application locales ». Georges Siavellis garde espoir car il croit aux maisons de gardes si les astreintes y sont justement rémunérées. « Depuis la grève, la défection des praticiens est un fait. Il faut leur offrir une rémunération de l'astreinte prenant en compte la mission d'intérêt public à laquelle ils répondent, sinon, ils ne reviendront pas ».

## Les grands principes de fonctionnement :

La maison médicale doit être un service de continuité des soins fonctionnant sur la base du volontariat, où les médecins généralistes effectuent des consultations de médecine générale en dehors des heures traditionnelles d'ouverture des cabinets. Un médecin coordinateur et un secrétariat, financé par le FAQSV (ainsi que l'équipement informatique) coordonneront les agendas.



L'accès aux soins, doit être systématiquement régulé par le centre 15. Enfin, la rémunération des praticiens de garde s'effectuera sur la base d'un forfait, versé au prorata du nombre de consultations effectuées.

Pour être retenus, les projets devront avoir préalablement passé une convention avec le Centre 15, les établissements hospitaliers de proximité, et les officines pharmaceutiques du secteur couvert.

De plus une convention de tiers payant avec la CPAM du département devra être conclue.

Parallèlement les promoteurs devront disposer d'un financement ou d'une mise à disposition auprès des municipalités et des collectivités concernant les locaux, leur sécurité, dépenses non prises en charge par le FAQSV.

### **Qui dit expérimentation, dit évaluation :**

celle-ci sera dirigée à partir d'une grille d'évaluation commune, par un évaluateur mandaté par le bureau FAQSV, qui établira un rapport d'étape au bout de 10 mois, et un rapport final à 16 mois.

Cette évaluation permettra aux pouvoirs publics de savoir si les maisons de gardes libérales, entre autre solution à la permanence des soins, répondent, en fonction des spécificités régionales, aux attentes des praticiens et des patients. Mais la limite du FAQSV ayant été fixée par le législateur à 2006, la balle sera ensuite dans le camp des pouvoirs publics, à qui il sera demandé si l'évaluation est probante, de prendre le relais.

## 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 3<sup>e</sup> congrès de Recherche en Médecine Générale.

Ce congrès répond aux attentes des médecins généralistes ; de plus en plus conscient des informations dont nous disposons dans nos cabinets, nous souhaitons aujourd'hui trouver les outils et les moyens pour mieux exploiter ces données et de s'inscrire ainsi dans la pratique quotidienne de recherche fondamentale.

À l'occasion du congrès, sera proposée 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. L'objectif est de susciter des vocations, inciter les confrères à prendre confiance en eux et encourager la publication de leurs travaux.

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

**Inscriptions au congrès : En ligne sur le site [www.urml-idf.org](http://www.urml-idf.org)  
Secrétariat EURORSCG N° Indigo 0825 308 770**

### **Entretien avec le Dr Alain Jami,**

Président de l'amicale des médecins des trois villages (78)

#### *« Un soutien attendu par les médecins de terrain »*

Cette maison médicale, le Dr Alain Jami, président de l'Amicale des médecins des trois villages (Am3v), dans les Yvelines (78), en rêvait depuis longtemps. « Depuis 4 ou 5 ans, la désaffection des confrères pour le tour de garde commençait à poser de réels problèmes », explique le Dr Jami. Le système est en faillite : devant ce constat l'ensemble des médecins membres du bureau de l'AM3V se décide alors à prendre les choses en main en organisant des réunions avec les confrères et multipliant les rencontres pour écouter le désir des uns et des autres... « Révolutionnaire pour l'époque », un projet de maison médicale voit le jour. Et puis la grève des urgences s'est installée en France en 2001 et d'un coup le projet irréaliste est devenu plausible au point d'être déposé au FAQSV en mars 2002. « Nous sommes allés voir les maires, les collectivités locales. L'accueil a été chaleureux », raconte le Dr Jami. L'un offre un local aménagé, l'autre l'équipement, l'association met également la main à la poche et la maison est montée. Les confrères ont joué le jeu : 44 sur 57 ont répondu présents, dans un premier temps, sans aucune rémunération du temps d'astreinte. Mais pour combien de temps ? « les médecins participants à la permanence nous ont clairement dit que sans reconnaissance et sans financement de cette mission, ils ne suivraient pas longtemps », insiste Alain Jami.

La prise en charge de la maison médicale dans un cadre expérimental, par le FAQSV, sera on s'en doute, la bienvenue. « Nous saurons si le projet est pertinent, s'il répond justement aux besoins des usagers, cette première étape nous permettra d'évaluer de nombreux indicateurs et de dresser un bilan structuré de cette initiative » espère le Président.

## Nouveau portail Internet dédié aux personnes âgées « Personnes Âgées : Qui fait quoi ? »

[http://www.urml-idf.org/Site\\_PA/index.htm](http://www.urml-idf.org/Site_PA/index.htm)

Avec plus de 600 000 personnes âgées de 75 ans et plus en Île de France, de nombreux dispositifs sont en place en direction des personnes âgées : APA, maisons de retraite, maisons médicalisées, mais aussi maltraitance, aides à domicile, dépendance. Mais la multitude d'acteurs intervenant dans le champ de la prise en charge des personnes âgées, la dispersion de l'information et le manque de coordination rendent difficile l'orientation au sein du système sanitaire et social. Aussi dans le cadre des travaux menés au sein du Programme Régional de Santé « Personnes Âgées », la DRASSIF, l'URCAM Île de France et la section généraliste de l'URML-IDF se sont associés pour mutualiser leurs informations et créer un site Internet consacré aux personnes âgées.

Dans les six rubriques, réglementation, financements, actions en cours, études publiées, boîte à outils et liens, sont regroupées différentes informations comme la description de l'organisation juridique envers les personnes âgées dans la région, les modalités de financements d'aide à ces populations ou les différentes études publiées sur ce sujet. Ils peuvent également y trouver des guides et annuaires des services et structures qui existent en Île de France. L'objectif est d'aider les particuliers, leur entourage, les professionnels de santé, les institutionnels et le grand public à mieux s'orienter dans un environnement juridique et organisationnel complexe.

Cet espace hébergé par l'URML-Idf est accessible à partir des sites des trois partenaires.

Ce site est ouvert à vos suggestions. N'hésitez pas à nous faire part d'initiatives ou d'actions en cours près de chez vous.

Contact : [clotilde.bonelly@urml-idf.org](mailto:clotilde.bonelly@urml-idf.org)



## Enquête sur le suivi des vaccinations des 15/20 ans



Dr Frédéric Prudhomme,  
Président de la Commission  
Besoins Collectifs,  
Prévention, Santé Publique  
de l'URML Île de France

L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France (URML-IDF) a souhaité, sous l'impulsion de sa Commission Besoins Collectifs, Prévention, Santé Publique, participer au recueil des informations manquantes sur la couverture vaccinale des 15-20 ans en réalisant une enquête auprès de 300 médecins généralistes français.

Dans l'ensemble, les résultats de cette enquête montrent un suivi médical très régulier pour une majorité

d'adolescents pris en charge par les médecins généralistes libéraux, 58 % des adolescents répondants ayant eu au moins 2 consultations chez un de ces professionnels dans les 12 derniers mois. Concernant plus précisément le statut vac-

cinale des adolescents, les vaccinations sont pratiquées en très grande majorité par les médecins généralistes libéraux, ce qui démontre un très bon suivi de la couverture vaccinale des adolescents par ces professionnels de santé et une fidélisation des patients.

Les adolescents interrogés sont ainsi en très grande majorité à jour de leurs vaccinations.

Les principales causes observées de retard ou absence de vaccination sont dans certains cas des recommandations non intégrées aux habitudes de prescription des médecins (cas du rappel contre la coqueluche par exemple), mais aussi, un grand nombre de parents ou d'adolescents ayant exprimé des réticences vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B.

Cette enquête démontre aussi le rôle des médecins libéraux en matière d'information des patients, ceux-ci étant en première ligne pour délivrer les messages de prévention. Les campagnes d'information en matière de vaccination auprès de ces médecins peuvent ainsi avoir un rôle déterminant dans l'amélioration de la couver-

ture vaccinale des adolescents.

À la lumière des résultats de cette enquête, 3 thèmes de réflexion se détachent :

La mise en place d'une consultation de prévention de tous les adolescents entre 16 et 18 ans par le médecin généraliste libéral permettrait à ces jeunes de bénéficier, outre d'une prise en charge globale, d'une surveillance de leurs vaccinations. Il existe un besoin d'information vis-à-vis de la vaccination contre l'hépatite B.

Afin de faire le point, l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France a édité une plaquette d'information sur la vaccination contre l'hépatite B à l'usage des médecins.

L'apport de précisions vis-à-vis des recommandations contre la coqueluche serait à envisager.

L'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Île de France, conformément à ses missions, s'emploiera à développer ces nouveaux thèmes dans les prochains mois. Résultats de l'enquête en ligne sur le site de l'Union : [www.urml-idf.org](http://www.urml-idf.org)

Contact : [nathalie.courvoisier@urml-idf.org](mailto:nathalie.courvoisier@urml-idf.org)