

sommaire

- Évaluation des pratiques
- Dépistage cancer du sein
- Perte d'autonomie
- Dossier médical personnel en pratique
- Les réseaux franciliens

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 :

D^r O. Aynaud, J. Bourcereau,
D. Girardon-Grichy, A. Gozlan,
J.-P. Grundeler, M. Roueff, G. Lyon,
F. Prudhomme, G. Rousselet,
M. Sylvestre, 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



Dossier médical 2007



Chacune de nos consultations s'ouvre par la lecture du dossier médical et se clôt par quelques notes. Nous pensons assez naturellement que cet enregistrement acte après acte est indispensable et que c'est une composante de notre exercice. C'est l'enseignement clinique et l'observation consignée dans le dossier médical (papier) qui nous ont formés. C'est ce dossier qui reste le support de notre pensée médicale quotidienne, et nous continuons à y tenir comme à l'instrument d'une médecine de qualité.

Les moyens de communication contemporains ouvrent depuis quelques années de nouveaux horizons à tous : le téléphone portable, la télévision numérique, Internet sont autant de nouveaux outils pour être joignables, informés, pour communiquer facilement des textes, des images, des sons.

L'annonce d'un Dossier Médical Personnel en 2007 pour chaque patient a accéléré la réflexion des médecins sur ce sujet. Le principe d'un dossier permettant de partager les informations utiles à la continuité des soins de nos malades est admis par tous mais ses aspects pratiques sont encore l'objet de discussions serrées. La sécurité des données, l'utilisation du dossier, son financement restent par exemple à définir mais ce ne sont pas les seules inconnues. Le principal défi sera d'adapter le Dossier Médical aux capacités et aux besoins de nos cabinets et finalement d'en faire un instrument de travail facile (sans dactylographie), utile et rentable.

Ce sera le rôle de l'URML Ile-de-France jusqu'en 2007 de réfléchir et de rechercher les moyens d'avoir un Dossier qui serve réellement médecins et patients. Nous nous y employons au sein de la Commission Systèmes d'information présidée par le Dr Jean-François Thébaud que chacun de vous peut saisir sur les améliorations qu'il veut promouvoir. Alors à vos plumes!!!

Confraternellement

Docteur Bernard Huynh
Président de l'URML Ile-de-France

Email : huynh@urml-idf.org

300 cycles d'évaluations achevées en 2004, la démarche qualité en médecine

S'inscrire dans un cycle c'est montrer l'engagement de la médecine libérale dans la démarche qualité. Vous avez été plus de 300 à suivre un cycle d'évaluation des pratiques professionnelles en 2004, et nombreux sont ceux déjà inscrits pour 2005.

Les missions d'évaluation de l'URML

Le Code de Santé Publique confie aux sections des URML le soin de mettre en œuvre l'Évaluation des Pratiques Professionnelles des médecins. (Section 3: Évaluation des pratiques professionnelles du Code de Santé Publique Article D1414-53 à D1414-65)

En complément, la loi du 13 août 2004* a rendu obligatoire l'évaluation des pratiques professionnelles pour tous les médecins exerçant à titre libéral.

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP), dispositif mis en place par les URML et l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) est pour l'instant le seul dispositif permettant de répondre à cette obligation.

Il repose sur les principes suivants :

- ▶ une méthode reconnue par la loi et validée par l'ANAES ;
- ▶ une mise en œuvre organisée par les URML ;
- ▶ une démarche volontaire d'auto-évaluation de sa pratique par rapport à des référentiels ;
- ▶ l'accompagnement de cette démarche d'auto-évaluation par un médecin habilité ;
- ▶ une évaluation globale du dispositif.

L'attestation délivrée en fin de cycle est valable 5 ans.

Les réponses aux questions que vous vous posez

Qui sont les médecins habilités ?

Les médecins habilités à accompagner les cycles d'évaluation sont des médecins libéraux en exercice qui ont été recrutés parmi vous.

Ils se sont portés volontaires pour vous aider dans cette démarche et ont suivi une formation spécifique de l'ANAES.

Ayant satisfait à cette formation, ils ont été habilités par le directeur de l'ANAES.



Qu'est-ce qu'un référentiel ?

Le référentiel regroupe les recommandations actuelles de bonne pratique pour la prise en charge d'un patient ou d'une pathologie.

Les référentiels existants ont été élaborés par les sociétés savantes de spécialité ou de médecine générale selon un protocole établi par l'ANAES.

Ils ont été dans la plupart des cas soumis à l'approbation des syndicats de spécialité.

De nombreux référentiels sont encore en cours de rédaction et viendront étayer les outils nécessaires à l'évaluation.

La liste des référentiels existants est disponible sur le site de l'URML : www.urml-idf.org

Faut-il se faire évaluer maintenant ?

Depuis la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les médecins libéraux ont obligation de s'engager dans un cycle d'auto-évaluation ; ne pas le faire expose à des sanctions

Compte tenu des demandes reçues à l'URML, nous vous recommandons de

vous inscrire et de planifier votre évaluation en 2005 dès maintenant.

Combien ça coûte ?

Les évaluations des médecins au cours de l'année 2004 ont été entièrement prises en charge dans la limite des budgets fléchés par le FAQSV en Ile-de-France.

Nous ne pouvons poursuivre ces cycles d'évaluation que si ce principe est reconduit pour l'année 2005.

Comment ça se déroule ?

L'Évaluation des Pratiques Professionnelles s'organise principalement en groupe de six à douze médecins libéraux.

Le cycle d'évaluation se déroule en deux réunions qui sont pilotées par un ou deux médecin(s) habilité(s) missionné(s) par l'URML.

La première réunion est une réunion d'information et de présentation de l'EPP, de la méthode et des outils (les référentiels) par le(s) médecin(s) habilité(s).

Elle débouche sur le choix des référentiels retenus pour le cycle d'évaluation. Entre la première et la deuxième réunion,

3 500 programmés en 2005 : cine libérale s'affirme

il se passe généralement un mois durant lequel vous réalisez votre auto-évaluation individuellement à l'aide d'un carnet de bord présenté lors de la première réunion. Vous envoyez ensuite au(x) médecin(s) habilité(s) ce document d'auto-évaluation rempli.

La deuxième réunion collective est une réunion de synthèse.

Le médecin habilité fait la synthèse des résultats des travaux accomplis et, propose si nécessaire un certain nombre de pistes collectives en vue de l'amélioration des pratiques.

Par ailleurs un rapport individuel vous est remis en fin de cycle. Ce rapport est confidentiel entre vous et le médecin habilité. Il peut comporter un certain nombre de remarques en vue de l'amélioration de vos propres pratiques, notamment des recommandations en matière de formation médicale continue.

Les sections des URML sont informées par le médecin habilité de la fin de votre cycle personnel d'auto-évaluation.

Elles vous adressent une attestation de fin de cycle à produire devant le CRFMC** et informent le Conseil Départemental de l'Ordre dont vous dépendez que vous avez satisfait à votre obligation.

Comment faire acte de candidature ?

Organisez-vous localement, constituez des groupes de six à douze médecins, de même spécialité, et définissez ensemble des créneaux horaires pour une première réunion en 2005.

Dès que possible, l'URML vous contactera pour vous proposer une date de première réunion.

Pour obtenir plus d'information ?

Toutes les informations sur le cycle d'évaluation vous seront expliquées par le

**Vous pouvez faire
acte de candidature en ligne :
www.urml-idf.org
ou par téléphone au :
01 40 64 14 77**

médecin habilité lors de la première réunion. C'est son rôle de vous accompagner tout au long de cette démarche. Par ailleurs, les pages EPP du site de l'URML Ile-de-France sont régulièrement mises à jour.

Vous pouvez donc consulter l'ensemble des documents relatifs à l'EPP en ligne : www.urml-idf.org

*(La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit des décrets d'application qui peuvent venir amender le dispositif décrit dans ce document)

**CRFMC : Conseil Régional de la Formation Médicale Continue : mise en place prévue en 2005

L'UNION RECRUTE DES MÉDECINS HABILITÉS

Pour permettre l'évaluation de l'ensemble de la profession nous avons besoin en Ile-de-France de nouveaux médecins habilités dès 2005. 50 postes sont ouverts. Le médecin habilité est un praticien généraliste ou spécialiste en activité justifiant d'au moins cinq ans d'exercice libéral, installé en Ile-de-France. Les formations auront lieu dans le courant du premier semestre 2005 sous la direction de l'ANAES (Haute Autorité de Santé).

L'ANAES en charge de la sélection et de la formation vous adressera début 2005 un dossier de candidature complet.

DEMANDE DE DOSSIER POUR DEVENIR MÉDECIN HABILITÉ

Le DOCTEUR (nom-prénom)

fait acte de candidature pour devenir MÉDECIN HABILITÉ.

Spécialité:

Coordonnées :

Adresse :

Tél. :

Fax :

Email (indispensable) :

Cachet :

À renvoyer par courrier à : **URML Ile-de-France**
104, boulevard du Montparnasse
75 682 PARIS CEDEX 14
ou par fax : **01 43 21 80 34**

Cancer du sein : *comment dynamiser le dépistage ?*

Avec un taux moyen de 31 % de participation au dépistage organisé du cancer du sein, l'Ile-de-France est loin de l'objectif de 80 %, désigné par les promoteurs de la campagne. L'URML entend dynamiser la campagne en promouvant un logiciel concernant l'éligibilité des femmes au dépistage en médecine de ville ; dans leurs départements, des confrères élus font des propositions.

Le dépistage organisé du cancer du sein en Ile-de-France a démarré à des dates diverses selon les départements. Le Val d'Oise fut le pionnier (1991), suivi par les Yvelines (1997), la Seine-Saint-Denis (1999) puis l'Essonne (2000). Les autres départements se sont mis en marche plus récemment : Paris l'a fait en mai 2002, suivi par le Val de Marne, en décembre de la même année, puis les Hauts de Seine et la Seine et Marne ont fermé la marche en octobre 2003. Depuis, l'Ile-de-France est intégralement concernée par le dépistage organisé par le Comité technique régional du dépistage du cancer en Ile-de-France, dont les spécificités reposent sur un cahier des charges national qui se donne l'ambition d'associer les qualités de la mammographie individuelle et celles d'un programme organisé. Le programme de dépistage du cancer du sein bénéficie d'une évaluation qualitative et quantitative, relative à la participation, et d'une évaluation de la qualité et de l'efficacité. Il en va de même pour le recueil des résultats des examens pratiqués et la saisie de la situation finale. En lançant ce programme de dépistage, un objectif national de 80 % de taux de participation avait été affiché. Force est

de constater qu'il y a loin de la coupe aux lèvres en Ile-de-France car sur les quatre départements ayant débuté avant 2001, on n'atteint que 31 % de taux de participation. Des chiffres, précise-t-on à la DRASS IF, qui ne tiennent pas compte du dépistage individuel et très répandu.

Connaître les femmes éligibles

Comment dynamiser cette tendance et impliquer un nombre de femmes suffisant dans la tranche d'âge visée pour que l'effet sur la réduction de la mortalité soit concluant ?

Une solution, promue par le Comité technique régional de dépistage des cancers, soutenue par l'URML Ile-de-France, consiste à mettre à la disposition des professionnels de santé de chaque département, des informations concernant l'éligibilité des femmes au dépistage au travers d'un serveur web : NéoScope, qui compense le fait qu'aujourd'hui, ni le médecin traitant, ni le radiologue n'ont les moyens de connaître de manière fiable l'historique et le statut d'une femme se présentant spontanément dans leur cabinet.

Accessible aux seuls médecins connus de la structure de gestion départemen-

tales et détenteurs d'un login et un mot de passe d'accès – la recherche pourra se faire à partir de plusieurs critères : numéro de sécurité sociale, nom, nom de jeune fille, prénom, date de naissance – le site sécurisé fournira les informations nécessaires pour connaître le statut de la patiente au regard du dépistage. Les informations seront de trois ordres : femme non connue dans la campagne de dépistage (hors de la tranche d'âge ou du département, non connue dans les fichiers de l'assurance maladie) ; femme avec une mammographie récente ou une raison de ne pas en passer (exclusion) et enfin, femme éligible (première mammographie dans le cadre du dépistage ou délai suffisant par rapport à la dernière mammographie ou le dernier événement (date de référence).

L'interface web offrira en outre, la possibilité d'imprimer une prise en charge électronique nominative en cas d'éligibilité, en notifiant la structure de gestion, et éditant une « invitation » à la patiente.

Promouvoir le dépistage individuel organisé

« Le dépistage organisé écarte toutes les femmes de moins de 50 ans alors que la promotion du dépistage individuel organisé permettrait de cibler les femmes à risque et proposer des mammographies en fonction du risque individuel », soutient pour sa part le Dr Dominique Girardon-Grichy, élue de l'URML Ile-de-France exerçant dans le Val d'Oise, qui regrette par ailleurs que les résultats des dépistages organisés soient transmis au médecin traitant « sans faire état des résultats codifiés en ACR (échelle de 1 (mammographie normale) à 5 (anomalie évocatrice de cancer. N.D.L.R.), mais en indiquant seulement le caractère non cancéreux de la mammographie ».

Dans son département, les taux de participation au dépistage sont à peu près en ligne avec la moyenne relevée par le Comité technique régional d'Ile de France

Le cadre du dépistage

Pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, le dépistage est proposé à toutes les femmes âgées de 50 ans à 74 ans.

L'accès à l'examen peut se faire par trois canaux, soit une invitation personnalisée, soit une invitation remise par le médecin traitant lors de la consultation (voir ci-contre) soit enfin, directement dans un centre de radiologie habilité. Pour être agréé par l'assurance maladie pour le dépistage, les radiologues et les manipulateurs radio doivent avoir suivi une formation au dépistage ; les appareils de mammographie doivent par ailleurs avoir satisfait au contrôle qualité.

Selon le cahier des charges, l'examen est alors complet : inspection et palpation, mammographie avec au moins deux incidences par sein, comparaison avec les clichés antérieurs, remise du résultat provisoire, bilan complémentaire rapide en cas de suspicion. Les dossiers de dépistage dont la première lecture est normale font l'objet d'une relecture systématique au centre de gestion, et d'une expertise en cas de divergence.

Par la suite, les examens sont rendus aux femmes, qui peuvent les communiquer à leur médecin traitant, et les présenter en cas de bilan diagnostique.

Le rôle du médecin traitant est en effet préservé dans le cadre du dépistage organisé, et l'on souligne bien à la DRASS Ile-de-France que le suivi des patients, quels que soient les résultats de l'examen de dépistage réalisé, reste son apanage. Ces examens doivent être systématiquement rapportés lors du dépistage suivant, c'est-à-dire dans deux ans, dans le cas d'un examen normal.

Aide aux télétransmissions numériques

En déplacement à Poitiers avec le Premier ministre, à l'occasion de l'inauguration en novembre dernier d'une polyclinique qui pratique la télétransmission numérique des mammographies, le ministre de la Santé a annoncé que la télétransmission des mammographies en numérique serait prochainement soutenue financièrement, afin de favoriser le dépistage du cancer du sein. Jusqu'ici, seules les connexions analogiques (par ligne téléphonique classique), pouvaient bénéficier d'un soutien financier dès lors qu'elles concernent des établissements de santé qui, par convention, apportent leur expertise aux praticiens de ville dans le cadre d'une deuxième lecture.

Une cinquantaine d'établissements de santé répartis dans autant de départements pourraient être concernés par cette aide à la télétransmission numérique.

– dans la fourchette des 31 %. En revanche, on y re convoque 1,5 fois plus souvent les patientes que la moyenne préconisée (16,5 % contre 10 %) « avec, on le suppose, un grand nombre de faux positifs », ajoute l'élue.

Quant à la valeur prédictive négative (VPN) établie entre 1992 et 1999 sur 59 000 femmes, elle s'élève à 99,75 %, ce qui signifie, explique en substance le Dr Girardon-Grichy, qu'une femme avec une mammographie négative sur 400 présente malgré tout un cancer du sein ayant échappé au dépistage. Pourquoi? Qualité technique déficiente- mauvais positionnement, cancer d'intervalle vrai, erreur de lecture, cancer radiologiquement occulte, facteurs perturbateurs (principalement le THS qui augmente la densité mammaire)...

Ciblage

« Il est souhaitable de compléter le dépistage organisé par une amélioration du dépistage individuel organisé », plaide cette consœur généraliste qui préconise l'utilisation d'outils d'autoévaluation permettant l'amélioration des pratiques professionnelles – un référentiel ANAES validé concerne le dépistage par mammographie du cancer du sein en médecine générale, signale-t-elle. Et d'outils informatiques validés également, qui permettent de proposer une stratégie de dépistage en fonction des risques individuels de chaque femme – un module informatique vient d'être créé par la SFMG (Société française de médecine générale) et sera proposé en open source, dès 2005, informe le Dr Girardon-Grichy.

Hors du Val d'Oise, en Seine-Saint-Denis par exemple, le Dr Michel Roueff, élu de l'URML, regrette également les imperfections du dépistage organisé. « Les généralistes regrettent le manque de synergie entre cette campagne et le contexte préexistant de dépistage individuel. Manifestement, les retours n'ont pas toujours été à la hauteur des espérances », relate ce généraliste de Villemonble.

Le problème du ciblage des patientes dans le département persiste toujours, car ce sont toujours les mêmes qui continuent à passer à travers les mailles du filet.

« Les femmes qui n'étaient pas dépistées pour diverses raisons, du refus de l'époux aux raisons psychologiques, continuent à ne pas l'être. Et parmi les

femmes qui ont bénéficié du dépistage organisé, certaines ont déjà eu des mammographies individuelles. Les biais doivent être les mêmes dans les autres départements. On a inclus dans les chiffres du dépistage généralisé, les chiffres des femmes déjà suivies en individuel, c'est un peu redondant », relève le Dr Roueff.

Au même titre que sa consœur du Val d'Oise, le Dr Roueff regrette le défaut d'information en direction du médecin traitant. « L'information est succincte, juge-t-il, on sait juste s'il y a un problème ou pas ». Un peu limite en effet pour pratiquer le suivi, puisque selon le cahier des charges du plan de dépistage, celui-ci demeure du domaine du médecin traitant.

Contact des associations départementales de dépistage

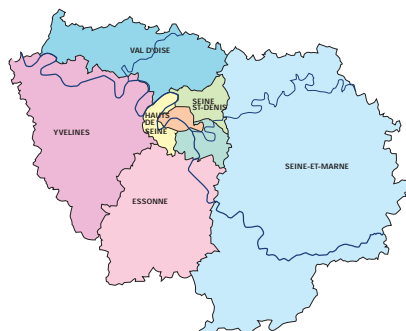
75 ADECA 75 – Association pour le dépistage des cancers à Paris
3 place Adolphe Chérioux
75730 Paris Cedex 15
Contact : Docteur Hausherr Elisabeth
01 48 42 77 00 –
contact@adeca75.org

77 ADC 77 – Association pour le dépistage des cancers en Seine et Marne
17, rue Petit de Beauverger
77170 Brie Comte Robert
Contact : Docteur Bernard Éliane
01 60 62 00 00 –
eliane.bernard@magic.fr –
adc77@magic.fr

78 ADMY – Association de dépistage de masse organisé des cancers dans les Yvelines
18 avenue Dutartre
78150 Le Chesnay
Contact : Docteur Soyer Philippe
01 39 53 73 73 –
psoyer.admy@magic.fr

91 ADMC – Association pour le dépistage des maladies cancéreuses dans le département de l'Essonne
Hôpital de Bligny
BP 14- 91 640 Briis sous Forges
Contact : Docteur Bernoux Agnès
01 64 90 52 12 – ass.adm@free.fr

92 ADK 92 – Association pour le dépistage des cancers dans les Hauts de Seine
10 rue des Carriers
92000 Nanterre
Contact : Docteur Dehe Sophie
01 41 37 23 08 –
sdehe.adk92@magic.fr



93 ARDEPASS – Association de recherche et de dépistage des pathologies du sein en Seine Saint Denis
41 avenue de Verdun
93146 Bondy Cedex
Contact : Docteur Debeugny Christophe
01 55 89 10 10 – cdebeugny@ardepass.org

94 ADOC 94 – Association pour le dépistage organisé des cancers dans le Val de Marne
68 rue de Paris
94345 Joinville Le Pont Cedex
Contact : Docteur Brixi Zahida
01 55 12 03 20 –
zahida.brixi@adoc94.org

95 PSVO – Association Prévention et santé en Val d'Oise
Centre de coordination du dépistage du Cancer du Sein
Immeuble les Maradas
1 boulevard de l'Oise
95030 Cergy Pontoise
Contact : Docteur Colombani Liliane
01 34 24 57 10 –
icolombani.apsvo@magic.fr

PERTE D'AUTONOMIE : des difficultés qui s'aggravent

Quelles sont les difficultés rencontrées par les médecins franciliens dans la prise en charge des patients en perte d'autonomie ? La commission « Exercice à domicile » dépendant de la Section Généralistes de l'URML Ile-de-France a voulu identifier les problèmes en lançant une enquête en décembre dernier, dont les premiers résultats ont été dévoilés au printemps, à l'occasion de la journée « Perte d'autonomie » organisée par l'URML à Paris.

Les résultats de l'enquête⁽¹⁾ démontrent que les problèmes existent bel et bien car 91 % des médecins répondant, (93,8 % des généralistes et 78,9 % des spécialistes) déclarent avoir rencontré des difficultés dans la prise en charge de des patients en perte d'autonomie, un sentiment plus franchement exprimé par les confrères de moins de 40 ans — 94,6 % d'entre eux déclarent des difficultés — que par les médecins de plus de 60 ans (83,3 %).

Selon ces résultats, les médecins répondant suivent en moyenne 19 patients en perte d'autonomie. Parmi les patients suivis, 35,5 % sont pris en charge au domicile, 22,6 % au cabinet et 41,9 % en institution.

En moyenne, les médecins interrogés ont coché 8 difficultés différentes, les médecins généralistes étant plus souvent touchés (93,8 %) que leurs confrères spécialistes (78,9 %).

Les principales ? Manque de service de soins à domicile (59,2 %) d'intervenants à domicile (54,6 %), de structures d'hébergement non hospitalières (52 %) et de structures hospitalières adaptées... Les intervenants qui font le plus défaut étant les aides soignantes (60,9 %), les auxiliaires de vie (58,5 %) et les infirmières (47,8 %). Les difficultés du patient et de son entourage sont également mentionnées par les médecins : absence d'aide (46,9 %), difficultés administratives et financières (42,5 %).

Besoin d'information

Pour ce qui concerne plus particulièrement le praticien, sont soulignés la difficulté à orienter le patient vers une structure adaptée à son état (46,7 %), le manque de coordination avec les services sociaux (42,9 %), et une rémunération inadaptée par rapport au temps passé (41,1 %). Des difficultés qui diffèrent selon les départements puisque dans le Val de Marne, 97,4 % des répon-

dants soulignent cette difficulté de prise en charge, contre 91,4 % pour l'ensemble des médecins d'Ile-de-France consultés.

Seulement 20 % des médecins déclarent rencontrer des difficultés à évaluer la perte d'autonomie des patients par « manque de temps », « manque de connaissance et de formation », « difficultés pour interroger le patient ». Mais en règle générale plusieurs méthodes sont utilisées : interrogatoire de la personne ou de l'entourage (75 %), évaluation clinique (60,1 %), grille AGGIR (50 %), tests (17 %)...

Quels sont les besoins ressentis par les confrères, une fois cet état des lieux établi ? Le besoin d'information (52,7 %), de personnel formé et de structures (33,3 %), répondent-ils... De fait, on ne compte, en moyenne, qu'un médecin sur deux en relation avec les services sociaux (52 %) ou une association en lien avec la perte d'autonomie (49,9 %). Pour la commission « Exercice à domicile » de l'URML, ces derniers résultats prouvent que les confrères « connaissent peu les institutions et organismes ad hoc et communiquent peu avec les services sociaux, notamment par manque d'information sur ces services et par manque de temps ».

1- Diffusée auprès de 14 996 médecins, l'enquête a été retournée par 1 118 médecins, dont 80,6 % de généralistes (MEP compris), soit un taux de réponse globale de 7,5 %. Les médecins répondants diffèrent peu de la population médicale d'Ile-de-France pour ce qui concerne l'âge, le sexe et les modes d'exercice. En revanche, l'échantillon s'éloigne de la moyenne concernant la répartition par département, le secteur d'exercice et la spécialité exercée : certains départements (Yvelines et Essonne) étant sur-représentés, tout comme le sont les médecins généralistes du secteur¹.

Dr. Michel Doré, Président de la Commission « Exercice à domicile » de l'URML

● *Quels étaient les objectifs de cette enquête ?*

● **Dr. Michel Doré :** Déjà, évaluer les difficultés rencontrées par les confrères franciliens. Nous voulions vérifier que les problèmes existent, savoir comment les malades sont pris en charge. Ensuite, nous voulions initier une réflexion globale autour des personnes en perte d'autonomie. Lors de la journée « perte d'autonomie » organisée par l'URML en mars dernier à Paris, nous avons rencontré les intervenants, ce qui nous a permis de mieux les connaître.

● *Des actions pratiques ont-elles été d'ores et déjà décidées ou lancées pour aider les médecins franciliens ?*

● **Dr. M.D. :** Oui. Nous allons travailler avec les personnels concernés pour améliorer la qualité de nos interventions respectives. Déjà, des médecins formés par l'URML participent à la formation continue des auxiliaires de vie, pour améliorer leur participation en coordination avec les autres intervenants. Nous avons engagé une réflexion avec les infirmières pour imaginer ensemble des solutions au manque de personnel. Nous voulons présenter conjointement des projets aux responsables politiques et institutionnels car c'est maintenant qu'il faut anticiper. Et puis il y a également des actions en direction des confrères qui rencontrent des difficultés pour réaliser les évaluations ou entrer en contact avec les institutions ou les intervenants sur secteur social. Cela nécessite une information que nous avons déjà commencé à diffuser avec nos partenaires

**« Personnes âgées: Qui fait quoi? »:
Site d'information pour la prise en charge
des personnes âgées en Ile-de-France administré
par l'URML Ile-de-France en partenariat avec la DRASS
et l'URCAM: www.urml-idf.org**

Dossier médical personnel : le défi

Au 1^{er} janvier 2007, tous les assurés sociaux âgés de plus de 16 ans devront avoir un dossier médical personnel (DMP), créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel dûment agréé. Devant le défi posé par cette échéance, deux initiatives de la commission « Système d'information » de l'URML ont été prises. D'une part, la réalisation d'une enquête de pratique concernant l'archivage et le partage de données en médecine de ville (voir en encadré, l'enquête intégrale est disponible sur le site de l'URML). Et, d'autre part, l'organisation d'un colloque, le 13 novembre dernier, autour des questions pratiques de mise en œuvre du DMP.

Simplicité, le mot-clé. Tout au long du colloque sur le « Dossier médical personnel en pratique » qui vient de se tenir à Paris à l'initiative de l'URML Ile-de-France sous l'égide de la Conférence nationale des URML, ce mot est revenu comme un fil rouge. C'est par sa simplicité que la profession et les patients s'approprièrent le DMP a tenu à dire le Pr Jean-Michel Dubernard, Président de la commission des Affaires sociales de l'Assemblée Nationale. C'est grâce à cette qualité qu'il deviendra un outil « ergonomique, centré sur la relation médecin-patient », selon les termes du Dr Pierre Monod, président de la Conférence des URML. « Nous avons un grand enthousiasme pour le projet », résumait le Dr Jean-François Thébaud, président de la commission Système d'Information, qui n'en reconnaissait pas moins une indéniable « prudence », née de l'expérience de l'intégration au forceps de l'informatique dans la pratique médicale. Enthousiasme, et tout un lot de questions, que les médecins présents ce matin-là ont voulu poser aux « grands témoins », relais des décideurs, invités à la tribune. L'occasion de relever, comme l'ont fait à la fois le Dr Bernard Huynh, président de l'URML Ile-de-France, et Jean-Luc Bernard, Président du Collectif Inter associatif sur la Santé (CISS) qu'il manquait un chef d'orchestre à ce gigantesque chantier où, pour l'heure, on en est encore à creuser des pistes de travail.

Double saisie ?

Il en va ainsi du contenu du dossier. Entre les patients qui revendiquent l'exhaustivité non effaçable des données – d'ailleurs consultables par Internet au domicile – et les médecins, comme Roger Rua, élu de l'URML, qui la jugent « irréaliste » et préfèrent évoquer la qualité du contenu plutôt que sa longueur,

Alexandre Moatti, Conseiller pour les nouvelles technologies et l'innovation au cabinet du Ministre de la Santé, évoque la piste d'un dossier composé de trois zones, la dernière n'étant qu'une traçabilité.

Et si patient et médecins sont en désaccord sur les actes à noter, qui tranche en final ? « Il faut laisser sa place au colloque singulier », plaidait Michel Villac, Chef de la Mission pour l'Informatisation du Système de Santé, au Ministère. « Il faut une synthèse par le médecin traitant ». Or

celui-ci n'est pas très favorable à l'idée d'effectuer gratuitement cette tâche, révèle Jean-Marie Picard, qui, pour la CNAMTS

où il travaille au sein de la mission DMP, a diligenté une grande étude auprès des praticiens.

Rien n'est réglé pour le contenu, et rien ne l'est non plus pour le contenant. « Il faut une même langue, un même codage », résumait le Dr Olivier Esnault qui estime « illusoire » l'obligation de remplir le dossier en présence du patient, comme le suggère la loi. « La double saisie en présence du patient, c'est l'échec assuré. Il faut aider les éditeurs de logiciels métiers ».

Sur ce point, tous en conviennent : « Il faut travailler sur les extracteurs », résume le Dr Monod, en posant la question de la relation entre le dossier médical existant, et le futur DMP. Autre problème non réglé le choix de l'identifiant patient. On y travaille au Ministère. Comme on travaille d'ailleurs, sur la sécurisation du nouveau métier d'hébergeur, qui doit conserver ses données au moins 100 ans...

« Il y a beaucoup de travail à accomplir d'ici 2007 », devait relever le Dr Huynh qui souhaite que l'URML Ile-de-France relève le défi.

Un long chemin vers le DMP

- 92 % des médecins franciliens sont équipés d'ordinateurs, 20 % pratiquent l'archivage informatique exclusif, 3 % ont un hébergeur extérieur sécurisé. 80 % ont des archives papier ;
- 57 % seraient intéressés par une plate forme d'hébergement régionale des données sous la protection de la profession ;
- 84 % n'utilisent pas de codification médicale ;
- Plus de 90 % des médecins notent les antécédents, l'historique des consultations, le détail des traitements, les motifs de consultation, les diagnostics notamment. 54 % conservent les comptes-rendus d'imagerie, 14 % les clichés ;
- 56 % pratiquent l'échange d'information – les deux tiers des 44 % qui ne le font pas se disent prêt à le faire ;
- 33 % communiquent par courrier, 27 % par téléphone, 15 % en direct, 12 % par fax, 7 % par courrier électronique ;
- 67 % seraient prêts à partager les données patients dans le cadre de programme de recherche ou d'étude si l'URML en assure la protection ;
- 55 % sont satisfaits du modèle libre de partage des données, 45 % ne le sont pas ;
- 66 % des médecins sont télé transmetteurs, 5 % le font via un OCT appartenant à la profession, 42 % se disent prêts à adhérer à un service de télétransmission géré par les URML.

CULTURE RÉSEAU

Un nouveau regard

Pour faire face aux incertitudes que représentent les enjeux de la réforme actuelle de notre système de soins, une nouvelle rubrique est née.

Elle est destinée à vous familiariser avec la culture réseau de santé qui est une des réponses imaginées par les médecins libéraux pour compenser les défaillances du système antérieur, et surtout le décloisonner !

Même si la définition du réseau de santé proprement dite est inscrite dans la loi, en réalité peu d'entre vous connaissent le potentiel de changement que ce levier apporte à notre pratique quotidienne, et particulièrement la stimulation intellectuelle que déploie ce nouveau regard.

Cette rubrique régulière viendra donc répondre à cette attente en vous présentant dans chaque lettre de l'URML

des réalisations déjà opérationnelles, ainsi que les contacts qui peuvent vous permettre de stimuler votre imagination en fonction des besoins locaux et de vos pôles d'intérêt.

Comme aucune construction ne se fait sans fondations, l'URML a développé avec l'ANAES un guide d'évaluation qui peut servir de colonne vertébrale à vos projets. N'hésitez donc pas à vous le procurer (cf. infra).

Par ailleurs, venez nous rencontrer au cours des rendez-vous mensuels «café - réseaux» qui, à chaque occasion, font le point sur un sujet essentiel à cette construction et nous permettent de partager nos expériences.

Enfin, prochainement, un questionnaire vous sera envoyé afin de mieux connaître votre perception, et surtout vos atten-

tes, à l'égard des réseaux en général et de cette rubrique en particulier.

En conclusion, le réseau de santé au service du patient, c'est aussi et surtout une manière de mieux travailler ensemble et donc d'être plus fort face aux enjeux économiques qui guident la réforme et suscitent nos inquiétudes quant à l'avenir.

Soyons les acteurs de celui-ci ; saisissons-nous de cette opportunité et développons ensemble une culture réseau commune.

«Réseaulument vôtre»

Dr Marc SYLVESTRE
Responsable de la rubrique

Vos réflexions par Email :
chanthell.fenies@urml-idf.org - Chargé de mission URML IDF

Un guide d'évaluation pour les réseaux

Enfin un document qui clarifie les attentes en matière d'évaluation

Sur une initiative de quelques URML et URCAM, avec l'expertise de l'ANAES, et la participation de nombreux réseaux franciliens, le guide d'évaluation des réseaux de santé vise à mettre à la disposition des professionnels de santé les outils concrets de l'évaluation.

Il constitue une trame générale des éléments nécessaires à l'évaluation des projets, notamment dans la perspective d'une accréditation des réseaux de santé prévue par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Ce guide s'adresse en priorité aux réseaux de santé qui ont atteint une certaine maturité. Son contenu est amené à évoluer dans le temps et sera nécessairement alimenté par les expériences des réseaux de santé.

Ce guide a fait l'objet d'une présentation aux promoteurs de réseau franciliens lors du rendez-vous mensuel des petits-déjeuners café réseaux de l'URML Ile-de-France en présence de Mr Alain Coulomb, Directeur de l'ANAES, Mr Dominique Cherasse, Directeur de l'URCAM, et du Dr Huynh, Président de l'URML Ile-de-France.

Le guide est disponible sur le site Internet de l'URML :
www.urml-idf.org

**Programme des petits-déjeuners
Café Réseaux à venir :**
Jeudi 16 décembre 2004 de 7h00 à 9h00
«SROS III et Réseaux de santé»
*animé par Mr Gilles Echardour,
Directeur adjoint de l'ARH Ile-de-France
et le Dr Bruno Silberman,
Président de la Section Spécialistes
de l'URML en charge du suivi du SROS*

**Programme des petits-déjeuners
café réseaux
sur le site
de l'URML :**
www.urml-idf.org

Inscription :
secretariat@urml-idf.org -
01.40.64.14.70

**Avec le soutien
de Pfizer.**

