

Évaluer en grand !



Faire la meilleure médecine possible, chacun dans nos cabinets, jour après jour, c'est indispensable et nous le faisons. Mais cela n'est plus suffisant comme preuve pour les médias ou les malades qui inspirent nos gouvernants. Dans un monde où les normes ISO9000 et les AOC sont la qualité officialisée, nos soins consciencieux doivent maintenant être évalués, nos cliniques accréditées. C'est même devenu une obligation légale depuis cet été.

C'est la mission de l'URML Ile-de-France d'aider tous les médecins libéraux à satisfaire à cette obligation nouvelle.

Grâce aux efforts de tous ceux qui l'ont mise en œuvre en Ile-de-France, cette évaluation a été rigoureuse mais indolore pour plus de 600 de nos confrères, curieux ou pionniers de la première heure. Ces nouvelles procédures se déroulent dans un climat si confraternel que la quasi-totalité des médecins se sont dits enchantés de cette expérience. Deux mille nouveaux confrères devraient encore les rejoindre en 2005 avant d'atteindre le rythme de croisière de 5000 évaluations annuelles franciliennes en 2006.

L'URML Ile-de-France a démontré sa capacité à organiser et à suivre la démarche qualité d'un très grand nombre de médecins libéraux en très peu de temps. Restent encore les obstacles importants d'une réglementation et d'un financement qui attendent des textes définitifs. Les médecins libéraux les attendent pour poursuivre et les autres médecins salariés ou hospitaliers pour commencer. Nous sommes confiants car les décideurs politiques et la société de notre pays veulent que la qualité soit un chemin irréversible.

Et les médecins savent bien que, la bonne médecine, c'est la direction qu'ils ont prise depuis bien longtemps.

Bien confraternellement

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

Email : huynh@urml-idf.org

sommaire

- **Journée Santé Publique et Médecine Libérale : 18 mai 2005**
- **Évaluation des pratiques en établissements : 19 avril 2005**
- **Regroupement des cabinets : 9 juin 2005**
- **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^e 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



papier recyclé

8^e Journée de Santé Publique et Médecine Principe de précaution et bien

Pour sa 8^e édition le 18 mai, la Journée de Santé Publique et Médecine libérale confrontera à la Maison de la Recherche à Paris, les artisans du principe de précaution - théoriciens, institutionnels, médecins en charge de la qualité dans l'industrie pharmaceutique, confrères chargés de suivre les prescriptions et la qualité des soins pour l'assurance maladie - aux praticiens libéraux qui ont à répondre au risque ressenti de leurs patients.

« Le principe de précaution est en train d'encombrer nos cabinets médicaux. Il protège les décideurs de santé publique, mais il met les prescripteurs dans de grandes difficultés », résume clairement le Dr Bernard Huynh, Président de l'Union Régionale d'Ile-de-France. « Il nous a paru intéressant de soulever le débat du récepteur du principe de précaution, pointer le fait que le médecin libéral est devenu au fil des temps, une sorte de médiateur entre principe de précaution et notions de bénéfice-risque ou de risque réel », poursuit-il.

Alors que les deux Chambres réunies en Congrès viennent d'entériner le projet de loi constitutionnelle relatif à la Charte sur l'environnement inscrivant le principe de précaution dans la Constitution de la V^e République, cette réunion tombe à pic. Car les exemples de décisions de santé publique prises en vertu du principe de précaution dans le décours du scandale du sang contaminé ou dans le contexte de la psychose de la « vache folle » sont légion, qu'ils concernent la vaccination contre l'hépatite B (voir ci-contre), les recommandations de l'AFFSAPS pour la prescription des anti cholestérolémiants, des THS... et l'on en passe.

Et plusieurs fois par jour, dans le cadre du colloque singulier, le médecin balance. « Nous essayons de pratiquer une médecine basée sur des preuves et des risques réels, et les patients nous parlent du risque ressenti », explique le Dr Huynh pour qui « cette problématique est au centre de nos prescriptions et de nos décisions thérapeutiques, y compris pour le dépistage, une décision d'hospitalisation ou la chirurgie ».

Un cas de conscience sur lequel le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) pour la science de la vie et de la santé s'est penché en novembre 2004, saisi de l'opportunité de communiquer des informations à des malades ayant reçu des produits sanguins provenant d'un sujet atteint de la MJC. La « balance bénéfice/risque pour la personne penche plutôt pour la non information, le droit de savoir (et corrélativement, celui de ne pas savoir) ne semble pas s'appliquer puisqu'on ne sait pratiquement rien [...] Le devoir de prudence impose parfois à la médecine de ne pas tout dire [...] », conclue alors avec audace le CCNE.

Le 18 mai, ce sera au tour de l'URML Ile -de-France d'ouvrir le débat.

Dr Gilles ERRIEAU : l'antibiothérapie en campagne choc

Difficile de comprendre exactement pourquoi la France a l'embarrassant privilège de prescrire plus d'antibiotiques que la moyenne générale des pays de situation comparable. « Nous avons eu des écoles de cardiologie très actives, et la prescription des antibiotiques dans les années 60 a permis de faire disparaître les valvulopathies post infectieuses, par exemple. Même chose pour les néphrologues et les néphrites infectieuses », avance le Dr Gilles Errieau, président de la Fédération des amicales des médecins de Paris et membre du Haut Comité de la Santé Publique. « Il n'y a qu'une dizaine d'années, on reprochait encore aux médecins traitants de Martinique et Guadeloupe l'insuffisance de leurs prescriptions d'antibiotique dans les angines, au risque d'entraîner l'apparition de complications au niveau des valves cardiaques ! », se souvient-il.

Mais on le sait, le très gros succès des antibiotiques a eu son revers : l'apparition de souches résistantes à l'antibiothérapie, notamment en milieu hospitalier « Là encore, d'un point de vue épidémiologique, nous nous situons en tête », souligne Gilles Errieau.

Effet durable ?

Cependant, les choses changent, et ce sont les campagnes pour la limitation des antibiotiques dans les affections ORL, et pour l'usage du Streptotest[®] lancées principalement par l'Assurance maladie, qui marquent le début de cet infléchissement.

« Il y a eu un vrai constat scientifique objectivant les risques d'une sur prescription, et ce constat s'est traduit par la mise en place d'une campagne visant les professionnels d'une part, et le public d'autre part », rappelle le Dr Errieau qui se remémore « le nombre considérable de séances de formation à l'usage des tests angine », et la réduction de la prescription d'antibiotiques qui s'en est suivi.

Les recommandations pour la prescription d'antibiotiques seraient donc mieux appliquées... « Dans le cadre du colloque singulier, l'autonomie du responsable de la prescription ne peut être opposée à une vraie démarche de santé publique concertée, à une démarche de campagne de masse, avance le Dr Errieau. »

Un plaidoyer qui ne l'empêche pas de s'interroger sur la permanence de l'amélioration du respect des dites recommandations alors que les promoteurs de la campagne se font plus discrets quand il faudrait au contraire, remettre un peu de pression...

Dr. Frédéric PRUDHOMME :

Vaccination hépatite B : un aller retour a hauts risques

La vaccination contre l'hépatite B, c'est l'histoire du principe de précaution qui se retourne contre celui qui le fait jouer, un drame en trois actes à méditer.

Acte 1 : Un ministre de la Santé – Philippe Douste-Blazy – décide en 1994, de lancer une grande campagne de vaccination contre l'hépatite B à destination des préadolescents dans les collèges.

Acte 2 : Son successeur, Bernard Kouchner, décrète en 1997 l'arrêt brutal de la campagne au nom du principe de précaution, l'hypothèse d'un lien possible entre vaccination et sclérose en plaque ayant été évoquée. Pas de preuves scientifiques tangibles.

Acte 3 : Après que des études américaines menées sur des cohortes très importantes ont montré qu'il n'y avait pas de risque plus élevé d'atteinte neurologique après vaccination, mais que celle-ci pourrait être un facteur d'accélération du déclenchement d'une atteinte neurologique préexistante, des hépatologues viennent de lancer un cri d'alarme au vu d'une étude objectivant une augmentation considérable du nombre d'hépatite B et son lot de complications potentielles et mortelles : cirrhoses et cancers du foie.

« Dans les indications, il faut savoir poser le pour et le contre, savoir discerner le bénéfice-risque, dans l'esprit de précaution, on oublie le bénéfice » précise le Dr Frédéric Prudhomme, vice-président de la section spécialiste de l'URML Île-de-France.

Des conséquences bien plus graves

À l'époque du revirement ministériel, alors que la décision d'arrêt avait été prise sans arguments scientifiques patents, l'union avait bien capté le besoin d'information des confrères sur un sujet qui véhiculait tous les fantasmes des patients.

« Nous avons rédigé une plaquette donnant l'état des connaissances au moment de sa publication. On pouvait lire que chez le nourrisson, le risque était égal à zéro, aucun cas lié à la vaccination n'ayant été rapporté. Ce message est passé à la trappe. Chez les autres et dans le cadre des mesures de précaution, l'état des connaissances demandait de ne pas revacciner systématiquement les adultes ». Cette plaquette a peut-être permis de « recentrer la vaccination », du moins le Dr Prudhomme le souhaite-t-il, mais le constat n'en est pas moins très inquiétant.

« Aujourd'hui, on ne vaccine presque plus car le trouble a été si important dans la population que les médecins préfèrent s'abstenir plutôt que de vacciner. Au nom du principe de précaution et d'une réaction excessive, à cause d'une mauvaise communication, on est en train d'exposer la population à des risques bien plus graves que le risque potentiel de la vaccination », regrette l'élus spécialiste en constatant que « nous sommes rentrés dans une société où le praticien n'est plus décideur, mais quelqu'un qui apporte l'information au malade. Une fois l'information donnée, c'est ce dernier qui décide ».

8^e Journée de Santé Publique et Médecine Libérale

Le médecin libéral, prescripteur de qualité de vie
Principe de précaution et bénéfice risque.

Le mercredi 18 mai 2005

à la Maison de la Recherche
54, rue de Varenne - 75007 Paris

➤ **9 H 00 – Introduction** du Dr Bernard HUYNH
Président de l'URML Ile-de-France

Matinée

*Théorie et formalisation
de l'information scientifique et médicale*

➤ **9 H 10 – Quelle liberté de prescription des soins pour le médecin libéral ?**
Dr Claude MAFFIOLI – Président de l'UNAPL

➤ **9 H 30 – Risque réel, risque ressenti : la gestion de la santé publique**
Pr William DAB – Professeur au CNAM

➤ **9 H 50 – Principe de précaution et qualité de vie**
Blandine KRIEGL* – Membre du Comité consultatif national d'éthique

➤ **10 H 10 – Base du principe de précaution : construction d'une recommandation**
Pr Alain GRIMFELD – Conseil scientifique de l'AFSSAPS

➤ **10 H 30 – THS et qualité de vie**
Dr Marianne BUHLER

➤ **10 H 50 – Anti-inflammatoires - inhibiteurs de Cox-2**
Dr Philippe CHENEAU

➤ **11 H 10 – Médecine fondée sur les preuves : étude d'impact sur les recommandations**
Dr Bruno TRUMBIC – EBM Journal

➤ **11 H 30 – Médicament et évaluation du bénéfice risque**
Dr Pierre LE SOURD* – Président du LEEM

Après midi

*Diffusion et application
des informations et recommandations*

➤ **14 H 00 – Principe de diffusion de l'information aux prescripteurs et au public**
M. Jean-Louis SAN MARCO – Président de l'INPES

➤ **14 H 30 – Antibiothérapie : des recommandations appliquées ?**
Dr Gilles ERRIEU – Membre du Haut Comité de Santé Publique

➤ **15 H 00 – PSA le dépistage du cancer de la prostate**
Pr Gérard DUBOIS – Professeur de Santé Publique, Faculté d'Amiens

➤ **15 H 30 – Pratique de la vaccination contre l'hépatite B**
Dr Frédéric PRUDHOMME – Vice Président de la section Spécialistes URML Ile-de-France

➤ **16 H 00 – Responsabilité du prescripteur de soins**
Dr Boris CHATIN* – Président de la section Santé Publique du Conseil national de l'Ordre des médecins

➤ **16 H 30 – Conclusion :** Dr Bernard HUYNH

Inscription par Email : secretariat@urml-idf.org

EPP en établissement : la HAS ouvre le chantier quinquennal

La région parisienne sera, le 19 avril prochain, la prochaine étape de la Haute Autorité de Santé (HAS), qui, jusqu'au début 2006, poursuit un tour de France des régions pour informer les confrères sur les modalités de l'EPP en établissement de santé. Toutes les parties prenantes de l'EPP sont invitées à s'exprimer avec, en premier lieu, l'URML Ile-de-France, militante de l'évaluation depuis la première heure, sur qui une bonne partie du dispositif francilien doit reposer. Reste quelques interrogations de taille puisque le décret d'application de la loi de Réforme de l'Assurance maladie instaurant l'obligation d'EPP n'était pas paru à l'heure de mettre sous presse, et qu'il appartient encore à la Haute Autorité de rédiger un cahier des charges de la procédure d'EPP, comportant notamment un barème et donc, une marche à suivre de la procédure qui pourrait s'étaler dans le temps. Le point, avec le Dr Jean-François Thebaut, secrétaire général adjoint de l'URML Ile-de-France.

● **Comment se passe l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) pour les médecins spécialistes ?**

● **Dr. Jean-François Thebaut :** Cela se passerait bien si nous avions les budgets. Nous avons eu plus de 1500 réponses de médecins spécialistes en Ile de France et près de 1200 confrères sont en attente, mais nous n'avons pas eu jusqu'à présent la ligne budgétaire suffisante du FAQSV et les gens sont dans les starting blocks. Ces chiffres prouvent que le principe semble être bien passé parmi nos confrères spécialistes libéraux, d'ailleurs les enquêtes de perception montrent qu'ils sont très satisfaits et en redemandent souvent. Il nous manquait également un certain nombre de référentiels, mais la Haute Autorité de Santé (HAS) est en train de travailler d'arrache pied : un nouveau

guide méthodologique d'élaboration des référentiels, beaucoup plus simple, vient d'être finalisé pour être largement diffusé, ce qui devrait permettre à la majorité des spécialités de produire leurs référentiels. Cependant, le décret que nous attendons depuis plusieurs semaines n'est toujours pas paru (cet entretien s'est tenu début mars. Ndlr), alors que c'est ce texte qui va véritablement donner le coup d'envoi de l'évaluation pour le 1^{er} juillet 2005, paraît-il.

● **Que dit ce projet de décret qui, dans le cadre de la concertation générale, a été soumis aux unions pour avis ?**

● **Dr. J.F.T. :** Le texte confie toute la maîtrise d'œuvre et d'ouvrage des procédures « méthodes d'évaluation » à la HAS. Les unions seront les guichets uniques

d'offre de programmes d'évaluation pour les libéraux, elles proposeront soit la méthodologie URML, c'est-à-dire l'EPP avec des médecins habilités, soit une autre méthodologie validée par la HAS, mise en œuvre sur le terrain par un organisme agréé par la HAS mais toujours avec la participation de médecins habilités d'une manière ou d'une autre.

Trois niveaux et cinq ans

● **Qu'en sera-t-il pour les médecins spécialistes libéraux exerçant en établissement ?**

● **Dr. J.F.T. :** Pour ce qui concerne ces confrères, il y a trois niveaux. Le premier, c'est l'évaluation individuelle ou collective : l'EPP, le deuxième concerne les procédures d'accréditation (ex habi-

J'ai été évalué

« Les gens étaient contents, ils ont compris qu'ils n'étaient pas là pour entendre un jugement sur leur façon de faire, mais sur la manière de gérer le cabinet et les dossiers, et de suivre les traitements. Ils ont eu la notion de ce que faisaient leurs confrères, c'était plutôt positif », raconte le Dr Gérard Rousselet, dermatologue et secrétaire de la section spécialiste de l'Urmf. Le docteur Rousselet a joué le jeu de l'EPP avec un groupe de dermatologues franciliens le dernier trimestre 2004, c'est-à-dire à la fin de la période expérimentale et volontaire, ce qui lui a permis de relever que : « Tout le monde fait la même erreur, sur certains items non vitaux – gare aux risques de résultats discordants par rapport à la réalité quand les statistiques seront anonymisées », tient-il à souligner. Enfin, « malgré les différences de durée d'installation, les confrères ont pratiquement les mêmes façons de travailler, le même type de patients, ce qui est rassurant ».

2000 médecins engagés dans la démarche qualité

**Suivi des cycles EPP en Ile-de-France :
tableau de bord au 15 mars 2005**

Nombre de médecins inscrits	1 383
Nombre de médecins après la première réunion	94
Nombre de médecins après la seconde réunion	45
Nombre de médecins attestés / évalués	534
Total	2056

Pour s'inscrire en groupe, téléphoner au secrétariat de la cellule évaluation de l'URML Île-de-France : 01 40 64 14 77. Tous les renseignements sur le déroulement des cycles d'évaluation sont en ligne sur le site de l'URML : www.urml-idf.org

Journée Régionale

sur l'évaluation des pratiques professionnelles en établissements de santé

19 avril 2005

**Lieu : Espace Grande Arche
Grande Arche de la Défense
Parvis de la Défense cédex - 92 050 La Défense cédex**

litation) des professionnels exerçant dans des équipes à risque, qui devront se conformer à un cahier des charges qui n'est pas encore écrit par l'HAS. Enfin, le troisième niveau, c'est la certification (ex accréditation) des établissements qui doit être mise en œuvre par la CME avec l'URML. Pour résumer: un spécialiste libéral qui travaille dans un établissement pourra avoir fait son évaluation soit à un niveau individuel, soit au travers de l'accréditation «équipe à risque», soit dans le cadre de la certification de l'établissement avec la CME, celle-ci étant chargée de colliger les certificats des praticiens pour les apporter à l'équipe visiteuse de la HAS.

● *S'agira-t-il d'un contrôle continu ou d'une sorte d'examen réalisé à un moment donné?*

● **Dr. JFT:** La HAS a trois missions: définir les méthodes et les procédures de l'évaluation, agréer les organismes et enfin, déterminer le barème de l'évaluation, c'est-à-dire déterminer ce que doit faire un praticien, dire à quel type d'évaluation le praticien doit se soumettre lors de cette période qui était de quatre ans, mais est passée à cinq ans pour «coller» avec l'obligation quinquennale de FMC. S'agira-t-il d'une EPP tous les ans, d'une EPP plus une autre procédure d'évaluation éventuelle - connaissance, compétence, etc? Aujourd'hui, les cartes ne sont pas jouées, je ne peux pas vous dire en terme de validation, le nombre d'EPP qu'il faudra avoir. Cela posé, nos moyens ne nous permettront pas d'en faire plus d'une tous les cinq ans. Peut-être y aura-t-il des exigences supérieures dans les établissements, en fonction du niveau de risque de l'exercice des praticiens? On peut imaginer que ces équipes soient obligatoirement incluses dans une procédure d'évaluation permanente (mécanismes de sinistralité, observatoire), mais il ne faut pas charger la barque des confrères. Toutefois, je suis dans le même état d'esprit que la HAS pour qui la démarche d'évaluation doit se comprendre en continu, comme une procédure dans laquelle on entre, en parfaite intrication avec la FMC.

> 9 H 15 - Accueil

● **9 H 30** Intervention du président de la Haute Autorité de santé
Laurent DEGOS

● **9 H 45** Intervention du directeur de l'ARH de l'Île-de-France
Philippe RITTER

> Contexte et finalité de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)

● **9 H 55** La place de la qualité dans la régulation du système de santé
Alain COULOMB, directeur de la HAS

> La mise en œuvre de l'évaluation des pratiques professionnelles

● **10 H 20** Mode d'emploi et enjeux de l'EPP
Jean-Michel CHABOT, direction de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles de la HAS

● **10 H 40** EPP et accréditation
Philippe BURNEL, directeur de l'accréditation et de l'évaluation des pratiques professionnelles de la HAS

> Le point de vue des professionnels sur l'EPP

● **11 H 00** Table ronde: **Bernard HUYNH, président de l'URML IDF, Gérard NITENBERG, représentant le président de la Fédération Nationale des Centres de Lutte Contre le Cancer Michel BUSSONE, président de la conférence régionale des présidents de CME EPS - Jean-Pierre GENET, président de la conférence des présidents de CME PSPH, Jean François THEBAUT, de la conférence régionale des présidents de CME d'hospitalisation privée, Yves de PROST, président de la CME de l'AP-HP**

> L'appropriation de l'EPP par les professionnels de santé

● **12 H 00** Pourquoi faut-il développer l'EPP?
Alain DUROCHER, CHU de Lille

12 h 30 : déjeuner

> 14 H 00 - Des expériences en région

● Une expérience d'audit clinique ciblé. **Gérard NITENBERG, Institut Gustave Roussy, Villejuif**

● Mise en place d'un comité «revue de morbi-mortalité» à l'Institut Mutualiste Montsouris. **Valérie CARRAT, Fabrice LARRAZET, Institut Mutualiste Montsouris, Paris**

● Comment un travail en réseau permet de penser une nouvelle démarche EPP en psychiatrie? **Marie-Christine HARDY-BAYLÉ, Centre Hospitalier de Versailles**

● Expérience d'un établissement privé en matière d'évaluation des pratiques: développement et utilisation d'indicateurs. **Marc ATTIA, François BAGET, Philippe MARIBAS, Christiane DUPUY, Touhami BOUHARAOUA, Centre Médico - Chirurgicale de Parly II**

● La mise en œuvre des références 44-45-46 dans l'accréditation des établissements: illustration au travers de la greffe de cellules souches hématopoïétiques. **Hélène ESPEROU, Hôpital Saint-Louis, AP-HP**

● L'EPP appliquée à la prise en charge thérapeutique des personnes infectées par le VIH. **Sylvie LARIVEN, groupe hospitalier Bichat-Claude Bernard, AP-HP**

> 16 H 30 - Perspectives et conclusions

● **Jean-Paul GUERIN, membre du collège de la HAS**

● **Philippe RITTER, directeur de l'ARH de l'Île-de-France**

Programme définitif et inscription: www.decision-sante.com/index-epphas.php

Renseignements: 01 40 64 14 77

Le groupe, une solution d' à la structuration de l'offre libérale

Pénurie de médecins, accroissement de la demande de soins, féminisation de la profession, réduction du temps de travail, élévation de l'exigence qualité, l'offre de soins libérale subit des changements qui impose de repenser son organisation.

Réunis en séminaire l'été dernier, les élus de l'URML Ile-de-France ont, toute spécialité et appartenance syndicale confondue, reconnu la nécessité de réfléchir l'offre de soins libérale.

Le constat partagé par les élus de l'URML repose sur plusieurs points :

- **un vieillissement des acteurs de santé actuellement en exercice** : avec une moyenne d'âge francilienne de 52 ans, le médecin libéral est un professionnel

senior dont il convient d'anticiper la cessation d'activité dans les dix à quinze ans à venir pour environ 60 % d'entre eux ;

- **un renouvellement non garanti** : le *numerus clausus* pour la formation de jeunes médecins même si il a été brutalement rehaussé risque de ne pas compenser le départ massif des prochaines années ;

- **une demande de soins en accroissement** : compte tenu du vieillissement général de la population, il est à parier que les

besoins de santé ne peuvent aller qu'en augmentant ;

- **une modification de l'exercice** : la féminisation de la profession et l'impact social de la réduction du temps de travail produit chez les jeunes médecins des réactions de rejet des modes d'exercice des générations qui les ont précédé (refus de travailler 70 heures par semaine, préférence donnée à la qualité de vie et à la famille) ;

- **une modification des pratiques** : en l'espace de dix ans la médecine libérale a intégré l'informatique, la formation, l'évaluation, autant de sujets qui si ils améliorent la pratique de la médecine réduisent le temps médical du médecin ;

- **une modification des techniques** : la médecine de ses dix dernières années a aussi vécu la généralisation de l'imagerie et des techniques d'exploration et de diagnostic. Ce facteur de progrès génère des coûts matériels importants qui ne peuvent être supporté par un seul médecin.

Face à ce constat le regroupement sur de larges plateaux offre un avenir différent pour la profession.

C'est pour cette raison que les élus de l'URML ont souhaité s'engager dans ce chantier de structuration de l'offre de soins libérale et y associer les élus locaux qui sont les premiers acteurs de l'aménagement du territoire.

Le colloque organisé avec l'Association des Maires d'Ile-de-France sera l'occasion de sensibiliser les élus locaux et leurs administrations aux facteurs de risque qui menacent notre profession et par voie de conséquence la qualité des soins offertes aux usagers franciliens.

Ensemble il conviendra donc de dresser un constat consensuel et de définir un plan d'action permettant de garantir un accès aux soins digne d'une prise en charge moderne.

Le cas de la médecine générale :

Extrait des conclusions de l'Observatoire National des Professions de Santé

Trois éléments apparaissent déterminants pour expliquer le malaise de la profession généraliste :

- l'isolement, et notamment le fait qu'un médecin généraliste doit assurer l'ensemble des activités de son cabinet, des aspects médicaux aux aspects matériels et administratifs (secrétariat...);
- la charge de travail, avec souvent de très fortes amplitudes horaires;
- le manque de perspectives : les nouvelles générations de médecins généralistes ont une formation de très haut niveau et il n'existe aucune possibilité d'évolution dans leur carrière.

Ces facteurs se combinent pour expliquer la faible attractivité du métier de médecin généraliste libéral pour les jeunes.

Sur quatre promotions représentant 150 étudiants au sein de sa faculté, le président du Collège des généralistes enseignants, le Dr Pierre Louis Druais a ainsi indiqué que 10 seulement avaient choisi l'installation en libéral. Un taux qui ne suffira certainement pas à renouveler les départs en retraite.

Le regroupement se heurte toujours à des obstacles financiers

Le souhait d'un regroupement est largement partagé dans la profession, et s'explique d'abord par le souci de partager les contraintes administratives. Une étude réalisée par l'URML de Lyon aboutit au résultat que le médecin consacre en moyenne 1 h 45 par jour à des tâches administratives. Une autre raison qui pousse au regroupement est la volonté des médecins d'être suffisamment proche d'un plateau technique à qui adresser les patients. Enfin, un troisième souci est celui de la continuité des soins, facilitée dans le cadre d'un cabinet de groupe.

Toutefois, quelle que soit la forme de regroupement, celle-ci a un coût important souvent difficile à supporter dans le cadre d'un exercice conventionné.

L'écueil majeur pour une région comme l'Ile-de-France reste celui de l'accès à l'immobilier.

logiques. Envisager une installation en solitaire est aujourd'hui impossible.

Les professionnels auditionnés considèrent que les charges d'une installation en libéral vont s'accroître, notamment sous l'effet de la généralisation des fibroscopies et sous l'effet du récent décret paru sur la stérilisation. Ceci pourrait avoir comme conséquence de peser en défaveur de l'attractivité de l'exercice en milieu libéral.

Le cas d'une spécialité ORL

Extrait des conclusions de l'Observatoire National des Professions de Santé

Une évolution vers des regroupements dans le secteur libéral

En secteur libéral, le coût d'installation pour disposer d'un matériel performant est de plus en plus lourd. Il y a donc une incitation forte au regroupement des ORL dans un même cabinet ou à une installation à proximité de centres techniques disposant d'équipements lourds, notamment radio-

COLLOQUE OFFRE DE SOINS DE PROXIMITE : LA MÉDECINE DE VILLE

Le jeudi 9 juin 2005

Dans l'amphithéâtre
de la Bibliothèque Nationale de France
Quai François Mauriac – 75013 Paris
Accès Est – Ouverture des portes 8 h 50

Organisé par l'Union Régionale
des Médecins Libéraux d'Île-de-France
et l'Association des Maires d'Île-de-France

► **9h30 : Introduction**

Dr Bernard HUYNH
Président de l'URML
Île-de-France

M. Claude PERNES
Président de l'Association
des Maires IDF

► **9h45 : Démographie Médicale en Île-de-France :
le désert médical pour tous ?**

Présentation IRDES
M^{me} Dominique POLTON – Directrice
M. Michel PELTIER – Directeur de la DRASS
Île-de-France
Comité Régional de l'Observatoire National
de la Démographie des Professions de Santé

► **10h15 : Qui s'installe en Île-de-France
et comment ?**

Étude du laboratoire francilien de la démographie
médicale
À quoi rêvent les jeunes médecins : Enquête livre blanc
Dr Raphaël GAILLARD – Vice-Président
du Syndicat des Internes Parisiens (SIHP)

► **10h45 : Les recours aux soins des populations
franciliennes**

M. Dominique CHERASSE – Directeur de l'URCAM
Île-de-France

► **11h15 : Diagnostic local**

Cartographie locale et perspectives par l'Institut
d'Aménagement et d'Urbanisme de la Région
Île-de-France (IAURIF)
Témoïn : **Élus locaux d'Île-de-France**

► **11h45 : Aménagement sanitaire du territoire :
le regroupement une solution d'avenir**

M. Philippe RITTER – Directeur de l'ARH
Île-de-France
Les avantages du regroupement des médecins
Témoïnage de médecins installés en Île-de-France :
Dr Bruno SILBERMAN – Président de la Section
Spécialistes de l'URML Île-de-France
Dr Jean-Philippe GRUNDELER – Vice-président
de l'URML Île-de-France

► **12h15 : Comment travailler ensemble
au maillage de notre territoire**

M. Jean-Claude BOUCHERAT – Président
du Conseil Economique et Social Île-de-France
M. Claude PERNES – Président de l'Association
des Maires d'Île-de-France
Dr Bernard HUYNH – Président de l'URML
Île-de-France

Programme définitif : www.urml-idf.org
Inscription par email : secretariat@urml-idf.org
Organisation et renseignements :
Alexandre Grenier 01 40 64 14 70



Témoignage du Dr Jean-Philippe GRUNDELER, Vice Président de l'URML Île-de-France, adepte de l'exercice en groupe

Il a fallu 25 ans pour que le cabinet de groupe où exerce le Dr Jean-Philippe Grundeler, au Chesnay (78), atteigne sa taille actuelle. Car l'énorme cabinet pluridisciplinaire sis dans cette ville de 35 000 habitants est un poids lourds, probablement le plus gros de la région avec ses 25 professionnels de santé répartis entre quatre médecins généralistes, une quinzaines de médecins spécialistes - majoritairement en secteur 2 - et des paramédicaux installés sur trois étages et constitués en 3 SCI (sociétés civiles immobilières). Une SCM (société civile de moyens) chapeaute le tout, « ce qui permet de mutualiser la totalité des frais, secrétariat, loyer, etc. »

Ici, malgré la taille, le respect de l'exercice de chacun reste une règle, explique l'Élu qui au début de sa carrière s'est d'abord installé en solo avant de rejoindre l'aventure du groupe. Une double expérience permettant à ce médecin généraliste de comparer, et de mettre en regard la « solitude, l'isolement, la pénibilité » de l'installation en solitaire avec la dynamique et la « mutualisation des moyens » induite par le gros groupe.

« Nous sommes en contact constant entre nous, nous pouvons nous concerter sur un cas difficile », relate le Dr Grundeler en précisant qu'un système de roulement permet aux patients, quelle que soit l'heure et grâce à un accueil téléphonique de 8 h à 20 h y compris le samedi, de toujours trouver un généraliste sur place. Toutes les spécialités sont représentées et le système informatique en réseau autorise, avec l'accord du patient, la circulation des dossiers patients entre quasiment tous les membres du groupe. Une solution qui facilite en tout point la coordination des soins.

« Nous sommes en contact constant entre nous, nous pouvons nous concerter sur un cas difficile »



CULTURE RÉSEAU

Une culture de l'éveil

Pourquoi un tel titre? Tout simplement parce que éveil, évaluation, évolution fondent leurs racines à la même source: celle de la nouveauté. Ce n'est pas plus clair? Culture réseau est là pour répondre à vos interrogations sur tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les réseaux sans jamais oser le demander! En effet, beaucoup en ont entendu parlé mais peu les connaissent ou n'ont pas osé les contacter.

Voilà l'occasion pour faire évoluer votre pratique, donnez-vous cet éveil et évaluez les services qu'ils peuvent vous aider à rendre à vos patients.

Un réseau de santé concourt d'abord au désenclavement du médecin libéral en lui transférant une compétence nouvelle dans le respect de sa pratique habituelle.

La démarche individuelle isolée, parfois sclérosée, devient ainsi une pratique collective pluridisciplinaire et enrichissante. Cette valeur ajoutée, toujours centrée sur le patient, apporte un nouvel équilibre entre Hygie et Panacée, c'est-à-dire entre la médecine préventive et la médecine curative par une meilleure coordination.

Ainsi chaque lettre de culture réseau consacrée à un thème, vous apportera

des références nouvelles à commencer aujourd'hui par la santé mentale. Que celles-ci vous donne l'initiative de les contacter car chacune d'entre elles identifie un besoin spécifique de nos cabinets libéraux!

Les réseaux de santé existent pour vous et grâce à vous. C'est cela la culture de l'éveil, la culture réseau.

«Réseaulument vôtre»

Dr Marc SYLVESTRE
Responsable de la rubrique

RÉSEAUX SANTÉ MENTALE FINANÇÉS PAR LE FAQSV IDF

Réseau Santé Mentale Yvelines Sud

Objectif: Améliorer la prise en charge des patients présentant une souffrance psychologique ou un trouble mental avéré en développant un partenariat entre les professionnels du champ de la santé mentale pour améliorer la qualité du service rendu.

Bassin géographique: Yvelines Sud.

Pathologie retenue: Patients présentant une souffrance psychologique ou un trouble mental.

Contact: Professeur Marie Christine HARDY-BAYLÉ
Centre Hospitalier de Versailles
177 rue de Versailles 78 157 Le Chesnay
Téléphone: 01 39 63 95 35
Mail: sreseausantementale@ch-versailles.fr
Site web: www.rpsm78.fr

Réseau PREPSY

Objectif: Le réseau vise à mieux orienter les jeunes patients (15 et 25 ans dans le 15^e arrondissement de Paris), dans leur démarche de santé dans un esprit d'accès aux soins de qualité et d'optimisation des moyens.

Bassin géographique: 15^e arrondissement de Paris.

Pathologie retenue: La schizophrénie chez les jeunes adultes entre 15 et 25 ans.

Contact: Dr Guy GOZLAN, médecin psychiatre.
14-20 rue Mathurin Régnier 75015 Paris
Téléphone: 01 47 83 72 19
Mail: prepsy@free.fr
Site web: www.prepsy.com
(en cours de construction).

Réseau VICTIMO

Objectif: Le réseau vise à améliorer la prise en charge des victimes (de viols, de violences, de maltraitements, de harcèlements, d'attentats ou d'accidents de la voie publique...) souffrant de troubles psychotraumatiques en leur proposant une réponse adaptée à leur problématique tant sur le plan médical, social que juridique.

Bassin géographique: Région Ile-de-France.

Pathologie retenue: Victimes souffrant de troubles psychotraumatiques.

Contact: Dr Marc SYLVESTRE, médecin psychiatre
Réseau Victimo
131, rue de Saussure 75017 Paris
Téléphone: 01 47 66 02 41 – 06 99 88 03 04
Mail: contact@victimo.fr
Site web: www.victimo.fr

