

### sommaire

- **Données de santé et systèmes d'information : le temps de la récolte est venu**
- **8<sup>e</sup> Journée de Santé Publique et Médecine Libérale**
- **0 826 004 580 : un numéro dédié quand le médecin craque**
- **L'épidémiologie pour éclairer la médecine de soins**
- **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](mailto:secretariat@urml-idf.org)

#### Directeur de la publication :

Dr Bernard Huynh

#### Comité de rédaction :

D<sup>e</sup> 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



Le mot du président

### Avec précaution ?

Être en face d'un malade que l'information « de trop » a fait basculer dans l'irrationalité de la peur et qui refuse l'intervention ou le traitement qui peut le sauver est une expérience ordinaire pour la plupart d'entre nous.

Lorsque, autrefois, régnait la crainte finalement légitime de l'incision ou du sommeil anesthésique, chaque médecin disposait de démonstrations logiques, documentées, scientifiques et socialement admises qui doucement finissaient par convaincre les inquiets, les douillets, les sensibles.

Depuis quelques années, certains médias et certains « leaders d'opinion » développent des arguments sanitaires sans aucun fondement qui déstabilisent les patients sans leur donner de solutions alternatives. On a ainsi vu se développer le refus de la vaccination anti-hépatite B et parfois celui de toutes les vaccinations. Les traitements préventifs sont souvent les victimes de précautions mal comprises mais les explorations font aussi parfois les frais d'une exposition médiatique exagérée. Le dépistage par PSA ou le typage viral des HPV ont pu être proposés sans modération et aboutir à une angoisse génératrice d'interventions inutiles.

Les médecins ne peuvent pas exercer correctement si l'information délivrée à leurs malades par les médias les plus puissants est erronée. La confusion est croissante mais l'URML Île-de-France est bien décidée à la combattre en publiant les informations objectives capables de mettre fin aux polémiques artificielles qui embourbent notre relation thérapeutique et mettent en danger la santé de nos patients. Vous recevrez en septembre le premier numéro de ce nouveau bulletin.

Bien confraternellement

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

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

# Données de santé et systèmes d'information : le temps de la récolte est venu

*Réunis au MEDEC, sur l'initiative du Dr Jean-François Thébaut, Président de la Commission Système d'Information, le colloque de l'URML Ile-de-France a permis aux médecins, industriels et institutionnels de mesurer le retour sur investissement de longues années de réflexion dans les systèmes informatiques de santé.*

Transmission des données aux URML, Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie (SNIIRAM), Webmédecin, Observatoire et recueil d'information, l'informatique médicale qui nous a demandé beaucoup d'effort sort de terre et le médecin va enfin pouvoir bénéficier d'un premier retour.

## La transmission des données aux Unions, le SNIIRAM une solution qui progresse?

Première Union formée et connectée au SNIIRAM (Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie), l'Ile-de-France dispose à présent de la possibilité d'avoir accès aux bases de l'assurance maladie à des fins d'analyses de l'activité médicale et de la consommation de soins pour des études relatives à l'organisation des soins.

Sur le papier cette base de données est une mine d'informations. Elle regroupe l'historique des remboursements des deux dernières années dont dispose l'ensemble des régimes obligatoires dans un même système d'information. 30 téra octets de données sous forme anonyme et organisée pour répondre aux besoins d'analyse collective.

Un bel outil qui demande sur le plan de l'exploitation technique une certaine expertise, et une bonne connaissance des mécanismes de liquidation de l'assurance maladie et de la façon dont les données sont organisées dans les entrepôts. Difficile donc pour le médecin non formé de disposer d'une information en réalisant lui-même les requêtes.

L'URML Ile-de-France s'oriente plutôt vers la mise en place d'une cellule de traitement avec des médecins spécialistes DIM (Directeur de l'Informatique Médicale) et statisticiens.

Elle permettra de répondre aux demandes des commissions et des travaux de l'URML pour mieux servir la connaissance de l'activité médicale et de la consommation de soins des usagers.

Son rôle sera aussi de traiter les demandes des médecins libéraux à la recherche de données dans le cadre de projet de santé publique, de réseaux, de démarche qualité ou de recherche clinique.

### Quelles données sont accessibles dans le SNIIRAM ?

Quelques exemples de requêtes possibles :

- ▶ activité des médecins (quantité et coefficient des actes) ventilée par acte et par tranches d'âge ;
- ▶ part des remboursements avec ticket modérateur pour les patients en ALD, ventilé par groupe de prestations ;

- ▶ étude du ratio des visites avec supplément ;
- ▶ pharmacie délivrée en clair ;
- ▶ biologie prescrite ;
- ▶ suivi du parcours de soins...

Certes le gisement de données est perfectible et la structuration des bases de données ne pourra sans doute pas satisfaire précisément l'appétit des trop curieux, mais sur le plan de l'exhaustivité la solution est idéale. Couplée avec un système plus fin de recueil d'information, de panel ou d'enquêtes ponctuelles, le SNIIRAM contribuera certainement à améliorer la production de travaux enrichis par les médecins libéraux, notamment pour servir de base à l'élaboration de la démarche qualité.

## Historique des remboursements : le Webmédecin, enfin du service.

Révélant de cette réunion, le Web Médecin, qualifié ainsi par ses premiers utilisateurs, est un historique du remboursement des patients consultable en ligne par le médecin.

Il s'agit avant tout d'un nouveau service des caisses vers le médecin sans obligation d'utilisation et surtout sans aucune opération de saisie. Ce n'est que l'accès aux informations individuelles patient.

Connecté à une interface web, aujourd'hui sur PC et demain sur Mac, le médecin, après identification par CPS

et Sesam Vitale, aura accès aux données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'Assurance Maladie. Mieux pour les patients en ALD, l'information comporte les éléments constitutifs du protocole de soins.

Cet outil, nouveau service innovant dans la continuité de la carte VITALE, est un des piliers informatique du dispositif de régulation de la dépense médicalisée. Il devrait notamment per-

## Observatoire national de la Sénologie : le bon exemple des radiologues.

Toujours dans le cadre de cette riche après-midi au MEDEC, la présentation de la société Stercis pour le compte de la Fédération Nationale des Médecins Radiologues a retenu toute l'attention des médecins venus rechercher des solutions couplant système d'information et démarche qualité.

Il faut reconnaître que l'exemple est à suivre.

L'Observatoire de la Sénologie est né de la volonté de la FNMR de se doter d'un outil de suivi de l'activité mammographique afin d'évaluer les pratiques et de mesurer l'activité hors dépistage. Il s'inscrit dans le cadre d'un accord de bon usage des soins (AcBus) prévoyant notamment, l'unicité de la mammographie dite « diagnostique » et de la mammographie de dépistage et leur cotation à ZM 41, la formation préalable des radiologues, la mise en place d'un contrôle qualité des équipements et un niveau minimal contrôlable d'activité par radiologue.

Ce projet fait l'objet d'un cofinancement par la Fédération des Radiologues et le FAQSV national à hauteur de 600 000 € sur 36 mois.

Opérationnel en juin 2004, le projet a réussi en moins d'un an à disposer de 1900 radiologues correspondants avec une moyenne journalière de 6000 examens envoyés par jour ouvrable, soit

une tendance annuelle pour 2005 de 1 700 000 examens.

### Le déploiement

Depuis juin 2004, toutes les régions ont progressivement reçu une application autonome - Senolog - permettant d'assurer la collecte et l'envoi de données à un centre serveur. Le temps moyen de saisie est de 17 secondes par acte, l'envoi des données à l'Observatoire est obligatoire. Afin de mobiliser les médecins des réunions préparatoires ont été organisées dans toutes les régions. En parallèle, un travail a été effectué avec les éditeurs de logiciels pour intégrer l'application dans le cœur des logiciels et éviter toute double saisie (Quatre éditeurs sont opérationnels avec un support technique répondant aux appels des cabinets de radiologie).

### Que mesure t'on dans ce recueil ?

D'abord le profil des patients, âge, circonstances de la consultation et modes d'adressage.

Un premier stade qui permet de dire que 65,6 % des femmes qui font un examen de mammographie ont entre 50 et 74 ans et sont toutes tranches d'âges confondues adressées par leurs

gynécologues à 35,7 %, puis par une invitation dans le cadre de la campagne de dépistage organisée dans 30,7 % des cas et enfin par le médecin généraliste dans 23,6 % des cas. Le mode d'adressage par dépistage organisée monte à 44,5 % si l'on s'intéresse aux 50 / 74 ans cible du dit dépistage.

Toujours sur la base du même recueil, le dispositif permet ensuite de recueillir les résultats et le contenu de l'examen. Ainsi, on apprend que le taux d'association mammographie / échographie est de 29,3 % toutes tranches d'âge confondues, et que la classification ACR se situe en ACR 1 pour 31 % des femmes, et en ACR 2 pour 55 % des femmes avec un pic à 59 % d'ACR 2 pour la tranche d'âge 50 à 74 ans.

Les clefs du succès sont avant tout, comme le souligne M. Aïssa Khelifa, directeur de Stercis, un réel besoin de la profession soutenu par un investissement humain considérable des organisations professionnelles, et une technologie innovante, peu coûteuse et ergonomique.

Alors, si certaines spécialités sont tentées, qu'elles prennent contact avec la Commission Système d'Information de l'URML Ile-de-France pour structurer leur projet.

mettre comme l'a souligné M<sup>me</sup> Renée Babel, Directrice des ressources à la CNAMTS, d'éviter les associations médicalementes contre-indiquées, les examens redondants, et pourra aider à l'amélioration de la qualité des soins en favorisant la coordination à partir de données sources.

### Quels types d'informations seront disponibles ?

Contrairement au SNIIRAM, il s'agit d'un outil à usage individuel conçu pour être utilisé dans le cadre de la consultation médicale, afin de disposer du suivi de la consommation de son patient.

Cinq onglets permettront de naviguer dans les champs suivants :

- ▶ soins médicaux et dentaires : historique des consultations (non nominatif) du patient avec libellé et spécialité du professionnel de santé rencontré ;
- ▶ pharmacie/ fournitures : historique des prescriptions de médicaments et dispositifs médicaux avec marque, dosage, présentation et DCI ;
- ▶ historique des examens de radiologie ;
- ▶ historique des examens de biologie ;
- ▶ Historique des arrêts maladies.

Après une période de test auprès de médecins libéraux, l'ouverture limi-

tée à des régions géographiques devrait se faire dans le courant du mois de juin 2005, avec pour objectif une généralisation du service en septembre 2005.

S'agissant des retombées en matière d'évaluation des pratiques professionnelles ou d'auto évaluation, sujet du colloque organisé par l'URML, M<sup>me</sup> Babel reste plus réservée. L'outil n'a manifestement pas été conçu pour cela. Il reste un outil partagé dans la seule relation patient médecin, point sur lequel la CNIL veille attentivement en obligeant une autorisation explicite du patient pour l'accès à ses données de remboursement.

# 8<sup>e</sup> Journée de Santé Publique et Médecine

## Quand le principe de précauti

*Le principe de précaution reste d'une application très difficile en pratique quotidienne » a tenu à rappeler le Dr Bernard Huynh, Président de l'URML Île-de-France, en ouvrant la 8<sup>e</sup> journée de Santé publique et médecine libérale, consacrée au « Médecin libéral, prescripteur de qualité de vie. Principe de précaution et bénéfique risque », qui vient de se tenir à la Maison de la Recherche en présence d'institutionnels et de prescripteurs.*

Cette journée a signé l'ouverture d'un débat de société émergeant, peu amorcé dans le milieu, évité par les médias, « pour tenter de résoudre les problèmes rencontrés au quotidien par les confrères » soulignait le Dr Huynh. En effet, depuis la loi Kouchner du 4 mars 2002 instituant une obligation d'information du patient, y compris « lorsque des risques nouveaux sont identifiés postérieurement à l'exécution de traitements, investigations ou actions de prévention » (article L. 1111-2), le principe de précaution, qui remonte à la loi Barnier de 1995, a été inscrit dans l'article 5 de la Charte de l'Environnement adossé à notre Constitution, avec une extension à la santé humaine.

Et depuis plusieurs années, y compris de manière contradictoire, des recommandations sont diffusées par les tutelles sanitaires dans le but de réduire le risque potentiel supporté par les autorités publiques, à qui le principe de précaution échoit. Mais dans son cabinet, dans le cadre du colloque singulier, en bout de chaîne, c'est le médecin qui doit peser le risque (réel ou ressenti), auquel le patient a été largement sensibilisé par les médias, c'est lui le responsable de sa qualité de vie. C'est lui qui doit négocier, choisir et accompagner le choix.

La « liberté de prescription de soins a pour corollaire la notion de responsabilité, qui est elle-même sous tendue par la notion de précaution. Cette démarche est inhérente à l'exercice, mais le risque est au cœur du métier de médecin », devait rappeler le Dr Olivier Aynaud, élu de l'Union et Secrétaire Général de l'UNAPL, en soulignant l'incompatibilité croissante entre liberté de prescription et exigence d'information des patients. « Le médecin n'est plus le décideur, il apporte une information et le patient décide », devait-il noter

et souhaitant que la liberté de prescription « soit davantage documentée, avec de l'information sur les risques, les interactions médicamenteuses notamment ».

### Écrire les risques

Des risques, réels ou ressentis, puisque « le risque est le concept central de l'épidémiologie, mais la subjectivité est inhérente, tout comme les situations d'incertitude amenant au principe de précaution. Le risque, c'est une probabilité, la mesure de la croyance. La situation est d'une complexité telle qu'on ne pourra en sortir qu'en structurant un débat social sur ces questions », est venu plaider pour sa part le Pr William Dab, ancien Directeur Général de la Santé et titulaire de la chaire Hygiène et Sécurité au Conservatoire National des Arts et Métiers.

Mais de quoi parle-t-on, de risque individuel, populationnel, ressenti, acceptable, pour qui, comment ? Une série de questions qui devaient amener le Professeur de Santé Publique à affirmer qu'« il faut écrire les risques, ressentis ou réels, il faut les quantifier, les évaluer pour les expliquer et les gérer. Le fait de construire un risque force à passer en revue les connaissances. C'est à cette condition que le risque devient gérable ». Car la société, qui est de plus en plus sûre, est de plus en plus inquiète « plus le risque est faible, plus il est redouté », relevait le Pr Dab en listant les symptômes de cet état de fait : judiciarisation, précaution, médiatisation.

Confronté à l'hypothèse d'une « serial story » induite par l'article L 1111-2 de la loi Kouchner (voir plus haut), alors que l'application stricte de cet article « nous conduit à une impasse », le Pr Dab devait appeler à une « gouvernance des

risques », pour préserver la confiance des patients. Tout en soulevant la question de l'évaluation des risques puisque, depuis la disparition de l'ANAES, la Haute Autorité de Santé (HAS) « qui ne peut être saisie ni par le niveau administratif, ni par le niveau politique, ne semble pas vouloir entendre parler de sécurité sanitaire »...

### Un principe d'action

« L'absence de certitude n'est pas une raison pour repousser l'adoption de mesures qui permettraient de prévenir un dommage », est venu défendre le Président du Conseil Scientifique de l'AFSSAPS, le Pr Alain Grimfeld, qui opte pour un principe de précaution induisant l'action, dès lors qu'il est bien compris. « C'est le contraire de l'inhibition, il s'agit d'une décision prise par les autorités publiques en cas d'incertitude scientifique, et devant un danger évalué collectivement, grave et coûteux pour la société ». Pour le Conseil Scientifique de l'AFSSAPS, le principe de précaution – insuffisamment connu du corps médical doit s'accompagner d'un programme de recherche « pour faire avancer la connaissance et transformer la précaution en prévention, appuyée notamment sur l'evidence based medicine ». Car, affirme cet expert, « si l'on se passe d'une discussion scientifique et juridique, la crainte va infiltrer le domaine médical, et les étudiants vont se détourner des études médicales ». Remarque d'autant plus justifiée que la justice est capable d'utiliser un type d'expertise « qui n'est pas basé sur l'EBM », a tenu à relever le Pr William Dab, en faisant référence au jugement de la cour de Cassation à l'encontre du laboratoire fabriquant du vaccin anti-hépatite B, mis en cause dans la survenue de scléroses en plaques.

*Libérale*

# on s'invite dans votre cabinet

Si le médecin est insuffisamment informé, que dire des patients, qui tirent leur information des médias, lesquels privilégient souvent la polémique et le sensationnel au détriment de l'information objective? À cet égard, « l'affaire » des anti-inflammatoires, inhibiteurs anti Cox-2, relatée par le Dr Philippe Cheneau, généraliste, ou celle de la prescription du THS pour les femmes ménopausées, relatée par le Dr Marianne Buhler, gynécologue, sont exemplaires car c'est bien au praticien qu'il revient maintenant de justifier auprès du patient, du bien fondé d'un traitement voué aux gémonies par la presse.

Or, comment se justifier vis-à-vis d'un patient alors que l'anti-inflammatoire qui lui a été prescrit – en se basant sur les recommandations de l'AFSSAPS – a été retiré du marché par le laboratoire devant les risques cardio-vasculaires accrus? « Que faire, que dire aux patientes qui lisent dans la presse qu'elles ont 40 % de risques de cancer du sein en plus si elles suivent un traitement par THS? Elles ne nous font plus confiance, il faut reconsidérer le traitement. Certaines ont disparu de nos clientèles, elles vont échapper aux dépistages », ne pouvait que constater le Dr Marianne Buhler. Une situation qui a alerté l'AFSSAPS, où l'on réfléchit à une communication institutionnalisée, à l'intention des professionnels du soin, avec réévaluation du bénéfice/risque, et à une publication en langage clair et aisément compréhensible pour les usagers.

## Nouvelle chaîne de responsabilités

Tous en sont convenus, nous nous trouvons aujourd'hui face à un « défi de société, qui sort du périmètre protégé du professionnel de santé » pour reprendre les termes du Dr Pierre Le Sourd, président du LEEM (Fédération des entreprises du médicament).

« Notre société de défiance exige une sécurité absolue et le principe de précaution apparaît alors comme un dogme.

Cependant, la société exige aussi des progrès thérapeutiques et de qualité de vie. C'est un paradoxe et une complexité nouvelle », résumait le Président du LEEM en reconnaissant que la situation actuelle « n'étant pas satisfaisante », il faut proposer des solutions nouvelles.

Ces dernières passent par la définition d'une nouvelle charte de qualité et d'éthique », expliquait le Dr Le Sourd. « Nous devons progresser dans l'évaluation, avant et après la mise sur le marché, tout en nous dotant d'outils scientifiques prédictifs et anticipateurs », un dossier pris en main par le LEEM-Recherche. La fédération envisage également d'améliorer la pharmaco-vigilance, et diligenter des études post-AMM « surtout si celle-ci est conditionnelle », d'évaluer encore le médicament tout au long de sa vie, y compris après la perte du brevet, et de gérer le risque en co-responsabilité, entre industriels et pouvoirs publics.

En matière de réponse sociétale, c'est à une « construction de la transparence » que le Dr Le Sourd aspire. « Il faut inventer une nouvelle chaîne de responsabilités, avec dialogue et pédagogie et donner un rôle accru au corps médical pour préserver la confiance du public et des patients », devait-il plaider sous le regard approbateur du président du conseil scientifique de l'AFSSAPS.

## Top 5

Car la communication en santé, conçue pour agir, prescrire et changer les comportements, cela peut très bien marcher expliquait M. Jean-Louis San Marco, président de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Éducation à la Santé). Elle doit être scientifiquement correcte et mise à disposition de manière efficace. « Il faut un objectif clair, une cible préparée, un message efficace et un relais organisé plus une envie de convaincre. Il faut encore de la patience, car apprendre, c'est répéter. Il ne faut jamais considérer que le problème est réglé ».

La campagne pour l'application des recommandations en antibiothérapie, relayée par la presse écrite, de l'affichage,

l'audiovisuel et la radio et une campagne ciblée dans les crèches et les écoles, est un exemple réussi. Comme devait le rappeler le Dr Gilles Errieau, généraliste parisien, « 30 000 médecins généralistes ont participé à au moins une séance d'information sur le test de dépistage rapide fourni par l'assurance maladie », induisant un gain pour la santé publique, environ 100 millions d'euros d'économies en 2003 et la préservation de l'intérêt général et particulier.

En revanche, le message n'est pas passé et le bilan est sombre pour la vaccination anti-hépatite B, durement pénalisée par l'interruption de la vaccination systématique au nom du principe de précaution, en 1998, qui n'a pu remonter la pente malgré les recommandations de l'AFSSAPS, en 2003. « Aujourd'hui, seulement 30 % des nourrissons sont vaccinés, regrettait le Dr Prudhomme, Vice-président de la Section Spécialiste de l'Union Île de France, alors qu'aucune affection démyélinisante n'a été rapportée avant l'âge de 7 ans et que toutes les recommandations sont pour la vaccination contre l'hépatite B à cet âge ».

« Parfait exemple de couardise politique, nous sommes la risée internationale », n'a pu s'empêcher de lancer le Gérard Dubois, professeur de santé publique, venu brocarder une fois de plus le test PSA pour le dépistage du cancer de la prostate « à retirer d'urgence de la nomenclature alors qu'il figure dans le top 5 de la biologie ». Un dépistage intensif qui continue malgré l'avis négatif de l'ANAES en 1998 et 2004 et un avis d'inefficacité rendu par un réseau d'une quinzaine de pays...

Mais le principe de précaution, est venu rappeler le Dr Bourhis, élu de l'union et Président du Conseil départemental de l'Ordre du Val d'Oise, n'exonère en rien le médecin de sa liberté et de son corollaire, sa responsabilité de prescription. « Le médecin est responsable de ses décisions et de ses actes, il ne peut se retrancher derrière les données acquises de la science ou les usages de la profession. Si la liberté de prescription est encadrée, devait conclure le Dr Bourhis, la responsabilité du prescripteur est totale ».

# 0 826 004 580

## Un numéro dédié quand le médecin craque

*Depuis le 1<sup>er</sup> juin, à l'initiative de l'Association d'aide professionnelle aux médecins libéraux (AAPML) présidée par le Dr Régis Mouries, président de la Commission Exercice en Cabinet libéral de l'URML Île-de-France, un numéro dédié est ouvert pour les médecins libéraux franciliens en situation de «burn out». Au bout du fil, les psychologues cliniciens de la société PSYA pratiquent une écoute active, dans le respect de l'anonymat.*

« Il faut aider les médecins en situation de «burn out», il faut briser la spirale infernale dans laquelle ils s'inscrivent et qui peut les entraîner jusqu'au suicide », tel est l'argumentaire du Dr Régis Mouries qui vient de présenter aux côtés du Dr Éric Galam, généraliste parisien et coordonateur du réseau, la plateforme téléphonique de prévention, aide et soutien dédiée aux médecins libéraux franciliens. Ce dispositif a été spécialement monté avec PSYA, une société spécialisée dans la prévention et la gestion des risques psychosociaux qui pratique l'écoute active et le soutien psychologique par téléphone.

Concrétisé depuis le 1<sup>er</sup> juin 2005 par la mise en place d'un numéro dédié : 0 826 004 580, joignable 24 h 24 et 365 jours /an – ce dispositif de prévention s'adresse dans un premier temps, aux 25 000 médecins libéraux d'Île-de-France (avant de s'élargir à tous les professionnels de santé, puis, en fonction de l'évaluation, à la France entière). Au bout du fil, une dizaine de psychologues cliniciens écoutent dans le strict respect de l'anonymat, les médecins en difficultés à qui l'on donne un identifiant et qui peuvent appeler jusqu'à cinq fois.

Cette plateforme téléphonique unique en France, soutenue par l'Urml Île-de-France, a été proposée par l'AAPML au FAQSV Île de France. Elle bénéficie d'une subvention de 273 000 euros/an et d'une subvention complémentaire de l'industrie pharmaceutique.

Pourquoi une telle initiative ? Tout simplement parce que les chiffres sont alarmants.

C'est une étude récente de l'union régionale de Bourgogne qui, la première a montré l'ampleur d'un phénomène, rapidement confirmé par une étude similaire de l'Urml de Champagne-Ardenne : près d'un médecin libéral sur deux (47 %)



souffre du syndrome d'épuisement des professionnels de santé, ou «burn-out syndrom ». Ce syndrome, explique le Dr Régis Mouries sous le regard du Dr Éric Galam, se traduit par un état d'épuisement émotionnel, de dépersonnalisation (33 % ne regardent plus les gens comme des personnes. N.D.L.R.) et de réduction de l'accomplissement personnel qui apparaît chez les individus impliqués professionnellement auprès d'autrui. La première cause d'invalidité chez les médecins (39,5 %) est aujourd'hui représentée par les affections psychiatriques, et les journées indemnisées par la CARMF pour les arrêts de plus de 3 mois, ont bondi de 12 % en 2001 et de 6,5 % en 2002 contre + 3,8 % en 2000 et de -0,6 en 1999. Au total, 1 435 médecins ont été arrêtés plus de trois mois en 2002, soit 30 % de plus qu'il y a trois ans.

### Qualité des soins

Pour les Drs Mouries et Galam, il ne fait pas de doute que ce mal être retentit sur la qualité des soins. «Ce que nous faisons a un parfum de transgression puisqu'il s'agit d'aider le médecin pour lui-même. Dès lors qu'il fait aussi partie intégrante des soins, l'action de l'AAPML est à visée opératoire», explique le Dr Galam. Lorsque le médecin ne va pas bien, «il n'applique plus le référentiel, il ne s'oppose plus au patient qui veut des arrêts de travail ou des examens complé-

mentaires inutiles, il est en situation de démission», ajoute le Dr Mouries.

Pourquoi ce blues ? Les causes sont multiples : agressions, évolutions sociologiques, métier de plus en plus complexe, manque de remplaçants, pression administrative et fiscale, consumérisme des patients. «Le médecin est tombé de son piédestal», résume le Dr Galam. Le médecin qui n'admet pas la situation d'échec peut alors se renfermer sur lui-même et entrer dans une spirale infernale : «conduite addictive, hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs, jusqu'au crash», énumère le président de l'AAPML en se basant sur une étude menée pour le Conseil national de l'Ordre en 2003 par le Dr Léopold, d'Avignon, qui révélait un taux de suicide de 14 % chez les médecins (69 suicides sur 492 décès en 5 ans sur une population de 42 137 médecins contre un taux de 5,6 % en 1999, pour la population générale – dans la tranche d'âge de 35 à 65 ans).

«Il ne s'agit pas d'une thérapie par téléphone, explique M<sup>me</sup> Raja Safouane, directrice des opérations de PSYA, «Nous voulons aider les médecins qui masquent leur souffrance, à la reconnaître pour la traiter. Dans un deuxième temps, si le besoin s'en fait sentir, nous favorisons l'accès du médecin à une démarche thérapeutique».

L'AAPML qui a été créée pour «venir en aide au médecin qui dysfonctionne», propose ce premier outil. «Si nous pouvons éviter quelques suicides, ce sera magnifique», imagine le Dr Mouries qui annonce un point d'étape dans le semestre, puisque l'expérience est soumise à une évaluation externe et interne et qu'elle donnera lieu à une étude épidémiologique de la population traitée.

Contact email : [aapml@wanadoo.fr](mailto:aapml@wanadoo.fr)

# L'épidémiologie pour éclairer la médecine de soins



*Trésorier adjoint de l'URML, pédiatre-homéopathe en libéral exclusif dans l'Essonne, le Dr Pierre POPOWSKI termine une formation à l'épidémiologie. Il explique ses motivations, alors que l'union Île-de-France promeut une formation courte, avec la CIRE d'Île-de-France, pour la fin 2005.*

**Quelles sont les motivations qui vous ont poussé à faire une formation en épidémiologie ?**

**Dr. Pierre Popowski :** Depuis mon élection à l'union, j'ai pris conscience que la médecine avait changé et qu'on ne pouvait mettre de côté des notions de santé publique et des mots tels que « qualité, performance, évaluation ». La preuve, c'est la publication du décret du 14 avril 2005, qui rend l'évaluation obligatoire dans les faits. J'ai donc décidé de faire cette formation à Vichy, où l'on enseigne le tronc commun, soit environ 80 % du DIU d'épidémiologie appliquée, de la faculté Bordeaux 2 Victor Segalen. Il s'agit d'une formation assez lourde pour un médecin libéral car il faut laisser le cabinet et les patients pendant trois semaines, mais cela prouve bien ma détermination et tout l'intérêt que procure l'investissement dans les nouvelles sciences pour faire de la médecine. Pour la fin du DIU, je dois encore consacrer une semaine en juin aux études cliniques, puis je vais déposer un mémoire en juillet sur le thème de l'évaluation des réseaux.

**Avez-vous fait cette formation dans l'idée de vous éloigner ultérieurement du soin ?**

**Dr. P.P. :** Non, ce n'est le but. La première ambition, c'est que la médecine de soins soit plus éclairée. L'épidémiologie, m'apporte par exemple, une meilleure compréhension de la littérature internationale, je suis capable de critiquer les articles... C'est un ancrage dans la pratique du soin au quotidien. L'épidémiologie me permet de mieux pratiquer la médecine et de m'approprier de manière naturelle les items de l'évaluation des pratiques, pour moi, c'est de la pédagogie. Les Unions régionales par exemple, pourront accompagner les médecins dans toutes les réfor-

mes qui se mettent en place, si ces derniers se sont appropriés les différents outils qui sont à leur disposition aujourd'hui. C'est un savoir et une compétence qui est à la portée de tous les médecins et je conseille à tous les confrères de se former. Ils sont des médecins cliniciens, l'épidémiologie les aidera à devenir meilleurs.

## Rendre le monde intelligible

Dans ces deux pôles, diagnostics et communication, l'épidémiologie apporte des plus incontestable. C'est un outil de recueil de données et d'analyse, avec une technique très précise de mise en place de conclusions à partir des données analysées. C'est donc une méthode de diagnostic, tout à fait médicale. Ensuite, l'épidémiologie permet de donner des chiffres, donc de communiquer: elle permet de montrer aux institutionnels qu'il peut y avoir des avantages à mettre en place une méthode de diagnostic ou de dépistage car en termes de santé publique, ce sera plus rentable. Comme le dit Georges W. Comstock, « l'art du raisonnement épidémiologique est de tirer des conclusions sensées à partir de données imparfaites ». L'épidémiologie permet de rendre le monde intelligible.

**Quels sont aujourd'hui, les champs d'études au quotidien ?**

**Dr. P.P. :** Historiquement, l'épidémiologie était utilisée pour la gestion des toxi-infections alimentaires, mais elle a énormément évolué depuis, elle est passée du domaine des épidémies à celui des maladies aiguës et chroniques et de comportements. Elle a également évolué dans ses objectifs puisque de descriptive, mesurant les phénomènes de santé dans une population, l'épidémiologie est devenue analytique, recherchant les causes éventuelles des maladies et s'attaquant à l'évaluation des mesures de santé. C'est un peu comme M. Jourdain qui fait de la prose sans le savoir: on fait de l'épidémiologie sans le

savoir, elle est présente dans toutes les mesures d'évaluation des réseaux, par exemple. Bien sûr, l'épidémiologie de terrain est un peu différente de celle qui est utilisée pour les réseaux ou la recherche clinique. Mais, en gros, les outils statistiques et la démarche sont les mêmes, c'est un corpus cohérent. Enfin, la troisième évolution a été celle des méthodes: les outils se sont enrichis, intégrant les techniques de biologie moléculaire, l'informatique et surtout les perfectionnements de la statistique et de la modélisation mathématique. Par rapport à la médecine clinique de soins, où le médecin s'intéresse en général aux individus, l'épidémiologie s'intéresse aux groupes. Dans son acception moderne, elle correspond à la définition générale donnée par Last, en 1988: « Étude de la distribution des déterminants des états de santé ou événements dans les populations et son application au contrôle des problèmes de santé ». Et ce qui a changé, finalement en 35 ans, c'est la prise en charge des groupes, ce que l'on appelle la santé publique.

**L'union régionale d'Île-de-France est en train de mettre en place une formation courte, avec la Cellule interrégionale d'épidémiologie d'Île-de-France (CIRE). De quoi s'agit-il ?**

L'union va promouvoir une action de formation au cours du 3<sup>e</sup> trimestre 2005, qui sera le fruit des rencontres et d'un travail en commun mené avec les épidémiologistes de la CIRE Île-de-France. Son directeur a accepté l'idée d'une formation courte à l'épidémiologie, d'une ou deux demies journées, au cours du dernier trimestre 2005. La formation verra le jour si suffisamment de médecins sont intéressés. Il faut dès maintenant téléphoner au secrétariat de l'Union pour s'inscrire.

**Pour ceux qui sont intéressés par une formation épidémiologie nous vous invitons à vous inscrire par email : [secretariat@urml-idf.org](mailto:secretariat@urml-idf.org) ou par téléphone : 01 40 64 14 70 en précisant vos coordonnées**

# CULTURE RÉSEAU

## Un exemple de Permanence des soins en ville : les Maisons Médicales de Garde



**E**n dépit de nombreuses difficultés notamment en terme d'insécurité et de financement disponible, les médecins libéraux se sont et restent toujours mobilisés pour assurer la permanence des soins (PDS) en ville, contrairement aux polémiques amorcées et entretenues par les médecins urgentistes. On oublie souvent que l'engorgement des services d'urgence est avant tout consécutif à la mauvaise orientation des patients dont 95 % ne relèvent pas d'une prise en charge hospitalière. Le constat est donc sans appel, les services d'urgence des hôpitaux sont au bord de la saturation et ont atteint largement le seuil critique. Le moment est donc venu de dépasser la méfiance réciproque et de cesser de faire monter les enchères afin de veiller aux dépenses de santé, d'assurer ensemble une PDS optimale tout en tenant compte des contraintes locales, en amont et en aval, de manière décentralisée, mutualisée et surtout transversale ; c'est cela aussi la culture réseaux.

Conscient de ces problématiques et soucieux d'assurer une permanence des soins de qualité, les médecins libéraux ont œuvré pour mettre en place des Maisons Médicales de Garde (MMG) au titre du FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins en Ville), dont l'objectif est d'apporter une réponse à la demande des soins non programmés de la population. Ces points de gardes en un lieu fixe, équipés, sécurisés, accessibles et régulés par le Centre 15, assurent les soins en dehors des heures d'ouvertures traditionnelles des cabinets des médecins libéraux. Chaque MMG mobilise une trentaine de médecins libéraux pour assurer la permanence des soins. La rémunération des médecins de gardes s'effectue sur la base d'un forfait diminué au prorata du nombre de consultations effectuées.

L'installation de ces MMG à proximité des hôpitaux affiche clairement la volonté des médecins libéraux à soulager les services des urgences voire à devenir des

services « pré portes » et à prendre en charge en ville des soins non programmés qui ne nécessitent pas un plateau technique.

Dans notre région, une dizaine de MMG est financée au titre du FAQSV souvent répartie dans les zones déficitaires en offre de soins non programmés.

Contribuer à l'éducation de vos patients en matière de recours aux urgences en les incitant à passer par un centre de régulation téléphonique est sans doute la première chose à faire pour réduire le flux et permettre une orientation vers des structures plus adaptées.

« Réseaulument vôtre »

**Dr Marc SYLVESTRE**  
Responsable de la rubrique

### Les contacts des MMG

<b>Permanence des Soins Paris Nord-Est</b>	<b>Dr Olivier Margelisch</b>	<b>Paris</b>	<b>01 42 41 07 45</b>
<b>AM3V = Amicale des médecins des trois villages</b>	<b>Dr Alain Jami</b>	<b>Montigny les bretonneux</b>	<b>01 30 44 36 36</b>
<b>AMM = amicale des médecins des Mureaux 78</b>	<b>Dr Philippe Kesmarszky</b>	<b>Les Mureaux</b>	<b>01 34 74 33 88</b>
<b>MMG Corbeil Essonnes</b>	<b>Dr François Franchi</b>	<b>Corbeil Essonnes</b>	<b>01 60 88 10 10</b>
<b>MMG Clamart</b>	<b>Dr Jean-Paul Hamon</b>	<b>Clamart</b>	<b>01 46 42 00 67</b>
<b>AMA Accueil Médical d'Argenteuil = Maison médicale de garde d'Argenteuil</b>	<b>Dr Thierry Jacquin</b>	<b>Argenteuil</b>	<b>01 39 61 37 65</b>
<b>MMPPS = Maison Médicale pour la Permanence des Soins</b>	<b>Dr Lucien Salem</b>	<b>Arnouville les Gonesse</b>	<b>01 39 85 03 03</b>
<b>MMG 14<sup>b</sup> (6<sup>b</sup>, 7<sup>b</sup>, 14<sup>b</sup>, 15<sup>b</sup>) / GMP</b>	<b>Dr Dominique Monchicourt</b>	<b>Paris</b>	<b>01 40 48 68 68</b>
<b>MMG Mobile 78</b>	<b>Dr Philippe Kesmarszky</b>	<b>Versailles</b>	<b>01 34 74 33 88</b>