

2 Démographie

Ile-de-France: la pénurie cachée de médecins franciliens

4 Santé

Vers une politique régionale de Santé publique

6 EPP

Lancement de la campagne d'information URML

8 Vaccination

BCG, Papillomavirus, nouveautés vaccinales: quelle place pour le médecin libéral

10 Spécialistes

Point d'actualités sur la qualification en médecine générale

Bimestriel: n° 39 - octobre 2007



URML ILE DE FRANCE

La lettre de l'Union

Union Régionale des Médecins Libéraux



Démographie médicale

La Une

La pénurie cachée de l'Ile-de-France

Au moment où les pouvoirs publics s'interrogent sur la régulation de l'installation des médecins libéraux, l'Ile-de-France est comme d'habitude montrée comme le territoire riche en médecins. Pourtant, nous constatons tristement, au quotidien, dans nos villes, l'érosion rapide de l'offre de soins.

Présenté comme un territoire sur-dotée en médecin l'Ile-de-France est soi-disant le choix d'installation premier des médecins. Contre vérité, erreur statistique, mauvaise appréciation, il est difficile de se prononcer mais chaque médecin francilien peut témoigner d'un ou de plusieurs départs de confrères non remplacés dans sa ville. Les Ordres départementaux confirment cette tendance en regrettant le très faible taux de nouvelles inscriptions à leur tableau.

Ces observations de terrain font craindre une pénurie progressive de l'offre de soins dans les prochaines années avec des transmissions entre génération de moins en moins évidente. La Commission Démographie et Conditions d'Exercice de l'URML a souhaité se pencher sur ces tendances et lance trois projets d'enquêtes pour donner lumière à cette situation... ▢

Tous les éléments en page 2

édito



Les indicateurs de la démographie médicale à l'orange actuellement, sont en train de passer au rouge avant de basculer au noir dans quelques temps, y compris en Ile-de-France, où les chiffres affichés ne tiennent compte ni des inactifs, ni des modes d'exercice et encore moins de la pyramide des âges des médecins.

Or aborder la démographie, implique une réorganisation de l'offre de soins et l'on voit tant au niveau de l'assurance maladie que de l'État la volonté de restructurer celle-ci selon leurs propres critères remettant en cause notamment la liberté d'installation.

Il est temps aujourd'hui que l'ensemble de la profession et particulièrement les syndicats libéraux, se mettent autour d'une même table avec la représentation régionale des URML mais aussi des jeunes générations afin d'établir un socle commun régional de propositions de l'exercice libéral avant qu'il ne nous soit imposé par les tutelles de façon coercitive, sauf si l'on souhaite la mort de cet exercice.

Dr Michel Roueff
Président

Freins et motivation à l'installation : les jeunes médecins appelés à s'exprimer

La Commission démographie et conditions d'exercice de l'URML que préside le Dr François Bonnaud lance des enquêtes pour éclairer les problématiques de l'installation en 2007 en Ile-de-France. Par questionnaires, elle ausculte trois populations clés: les internes, les jeunes installés et les remplaçants. Objectif: identifier les changements de mentalité qui se sont produits en une génération et qui conditionnent les nouveaux choix de carrières à un moment où le recul de la densité des médecins libéraux dans la région se fait sentir.



L Ile-de-France serait-elle en passe de devenir une région sous-dotée en médecins libéraux de façon chronique? La question préoccupe hautement la commission démographie et conditions d'exercice de l'URML, présidée par le Dr François Bonnaud, médecin généraliste à Maule (78). À tel point qu'elle a décidé de passer au scanner tous les mécanismes à l'œuvre dans cette hypothèse. Trois enquêtes sont en cours pour déceler les aspirations de trois populations clés: les internes, les jeunes installés depuis moins de 5 ans et les médecins remplaçants. Elle veut débusquer les freins et les motivations à l'installation de la nouvelle génération qui est, semble-t-il, gagnée par un désintérêt pour l'exercice libéral tel qu'il est proposé.

Les signes avant-coureurs sont là. Entre 1991 et 2004 la densité médicale s'est infléchi de 4,65 points.

→ Une densité médicale inquiétante

Quand pour 100 000 habitants il y avait 234 praticiens, on n'en retrouve que 223. Des projections alarmistes de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf) laissent présager que la pénurie pourrait encore gagner du terrain. Entre 2006 et 2025 un quart de cotisants pourrait manquer à l'appel. La commission prend le taureau par les cornes et met en route des enquêtes sur les aspects les plus problématique: d'abord les débuts d'exercice avant de scruter les fins d'exercice.

« Nous sommes partis du constat que quand ils décident de s'installer en libéral, les jeunes médecins le font de plus en plus tard » souligne le Dr Bonnaud qui pointe ici les primo installations à l'âge moyen de 41 ans et les carrières courtes qui en résultent. Quand ils ne choisissent pas l'exercice salarié, les nouveaux venus s'engagent dans des carrières libérales d'une durée de 20 à 25 ans là où elles étaient auparavant de 35 à 40 ans. Un phénomène examiné d'autant plus près qu'il se produit dans le contexte d'une diminution structurelle du nombre de médecin, conséquence du *numerus clausus* particulièrement bas fixé il y a 10 ans à l'entrée des études médicales. « Le flux des nouveaux médecins est plus faible que le nombre qui serait nécessaire pour rem-

Piste de réflexion: Service d'aide à l'installation

Consciente des difficultés rencontrées par les jeunes médecins mais aussi des problématiques que posent le manque de renouvellement des effectifs aux médecins en exercice, l'URML Ile-de-France est en train de réfléchir à un service actif pouvant

faciliter la transmission de nos cabinets.

Ce service permettrait d'établir un lien confraternel entre médecin en fin de carrière et médecin en début de carrière. Il viserait notamment la programmation plus efficace

de nos départs et anticiperait les installations des jeunes générations. Cette étape passera par la nécessité de rendre nos modes d'exercice plus attractifs en passant notamment par des logiques de regroupement pluridisciplinaires.

Dans cet objectif l'URML compte sur le soutien des instances régionales, notamment de la Mission Régionale de Santé, pour avoir une approche opérationnelle respectant les particularités de l'Ile-de-France.

➔ Réactions et interviews

Dr Fabien Quedeville:

«Dissuader de manière coercitive les installations libérales en zone surmédicalisées n'aurait aucune efficacité»



placer les actifs partant à la retraite » résume-t-il. D'où la nécessité de mieux connaître « à quoi rêvent les jeunes ».

Intitulé « internes : votre vision de l'avenir nous intéresse, exprimez-vous ! » le premier questionnaire a été lancé, par voie postale, en juin. Adressé aux 2739 internes répertoriés dans la région par la DRASS, partenaire de l'URML et co-financier de l'étude, il a, semble-t-il, fait tilt. Déjà plus de 500 y ont répondu. Son exploitation devrait livrer des indications sur ce que pensent les internes de leur formation, ce qu'ils envisagent comme avenir professionnel (libéral, salarié, mixte), comme temps de travail, comme mode et condition d'exercice, niveau de revenus, ce qui les influence dans leur installation, etc. Certains items sont communs avec les questionnaires lancés en septembre en direction des remplaçants et des jeunes installés de toutes les spécialités. Ce qui permet tous les croisements. « En une génération, le changement de mentalité est radical chez les internes » constate le Dr Bonnaud au vu des premiers éléments. « Peut-être que les jeunes installés nuanceront-ils l'approche ». Les résultats ? Début 2008. Date à laquelle la commission complètera le tableau avec un questionnaire, là aussi sans tabou, destiné aux seniors en fin de carrière et sur les conditions d'exercice après 60 ans (rester ou partir, quelles motivations ?). « La commission s'attaque à fond à tous les aspects dans une harmonie multi syndicale » se félicite le Dr Bonnaud. ■

Partenaire des trois enquêtes de l'URML, le Dr Fabien Quedeville, président du syndicat national de jeunes médecins généralistes (SNJMG) le dit tout net : les difficultés d'installation des jeunes médecins ne sont pas particulières à l'Ile-de-France. Il l'atteste : les problèmes sont partout les mêmes. En question : le mode et les conditions d'exercice en médecine libérale, qui ne correspondent plus aux aspirations de la nouvelle génération, et qui sont donc entièrement à revoir si l'on veut favoriser à nouveau les installations. Visés : entre autres, le temps de travail, le mode de rémunération. « S'il faut choisir entre travailler 50 heures par semaines et gagner moins que celui qui, en étant salarié, fait 35 heures, les gens n'hésitent pas » soupire-t-il. Selon lui, la question n'est pas financière. La preuve : les zones sous-médicalisées restent peu attractives et ce malgré les avantages proposés. Celui qui s'y installe est assuré d'avoir du travail. À vrai dire aujourd'hui ce qui prime, c'est le mode d'exercice. « Lorsque vous exercez dans une zone médicalement déficitaire où

vous n'avez pas de service public, pas d'école à proximité, pas de mode de garde pour les enfants, il est plus difficile pour un médecin et son conjoint de s'y installer ». Si les médecins s'installent de plus en plus tard, le Dr Quedeville y voit la conséquence d'un système libéral ne répondant pas à leurs aspirations. Outre le manque de perspective qu'il offre, cela tient aussi au fait que l'essentiel de la formation initiale s'est déroulée à l'hôpital. Pour ainsi dire, ils ne connaissent que ce modèle. « La formation d'un médecin généraliste dure 10 ans et ne donne lieu qu'à 6 mois de stage dans un cabinet de médecine générale ! ».

Dans ces conditions, dissuader de manière coercitive les installations libérales en zone surmédicalisées n'aurait aucune efficacité. « Les jeunes, dit-il, se désengageront encore plus facilement, et feront le choix d'une médecine où ils auront la liberté d'exercer où ils veulent ». À cet égard les résultats des enquêtes devraient être un bon révélateur des motivations des jeunes, parie-t-il.

La formation d'un médecin généraliste dure 10 ans et ne donne lieu qu'à 6 mois de stage dans un cabinet de médecine générale !

Vers une politique régionale de santé

La région Ile-de-France est de par sa taille difficile à coordonner. Jusqu'à présent les bonnes volontés en matière de santé publique restaient majoritairement isolées et l'on manquait d'une cohésion francilienne. C'est chose faite avec le Plan Régional de Santé Publique qui fixe les objectifs et concentre les moyens au sein d'un guichet unique.

Sur le terrain les applications de la Loi de santé Publique du 9 août 2004 redonnent progressivement ses lettres de noblesse à la prévention et réorganisent la conduite de la politique de santé en région. L'échelon régional est consacré comme le niveau pertinent d'organisation et dispose des outils nécessaires à la mise en œuvre régionale des objectifs: un plan régional de santé publi-

que (PRSP), un groupement régional de santé publique (GRSP), et une conférence régionale de santé (CRS).

À l'instar de toutes les régions, l'Ile-de-France s'est dotée d'un plan régional de santé publique établi à l'issue d'une large concertation avec les institutions, les professionnels et les usagers de la santé. Arrêté le 10 mai 2006, par le Préfet de région, après avis de la confé-

rence régionale de santé, ce plan guide l'action de chacun des partenaires pour 5 ans.

Le plan est mis en œuvre par le GRSP, organisé sous forme de groupement d'intérêt public, afin d'accueillir, outre les services de l'état et de l'assurance maladie, l'Institut national de prévention (INPES), l'Institut National de veille sanitaire (INVS), les collectivités territoriales. Le Conseil régional,

les Conseils généraux 92, 93, 95 et 4 villes (Argenteuil, Aubervilliers, Évry, Nanterre) ont adhéré au groupement. ■

Pour plus d'information:

www.grsp-idf.fr

Email: contact@grsp-idf.fr

Vous souhaitez développer un projet local de santé publique qui s'inscrit dans les objectifs du PRSP, contactez votre URML pour qu'elle vous aide à sa formalisation:

amandine.fumey@urml-idf.org
(Chargé de mission - URML Ile-de-France)

Les dispositifs et les actions soutenus en 2007 par le GRSP

Le GRSP a conclu environ 970 conventions pour un montant de 27M€ avec 515 organismes du champ de la santé publique: associations, réseaux de santé, collectivités territoriales, assurance maladie, établissements de santé, établissements scolaires, principalement.

Prévention du VIH, des IST et des addictions, dépistage organisé des cancers, promotion de la santé mentale, accès aux droits et aux soins des personnes les plus vulnérables, sont les thématiques privilégiées de cette programmation.

Le GRSP soutient, sur l'ensemble de la région, un dispositif permanent de prévention assuré par des organismes agissant en population générale ou en populations spécifiques. Cet ensemble est complété par des actions, ponctuelles, nouvelles ou innovantes sélectionnées sur appel à projets annuel.

L'appel à projet lancé en février 2007 par le GRSP a donné lieu à l'instruction de 1157 dossiers par les référents territoriaux

(DDASS, CPAM, collectivités territoriales...) et régionaux (DRASS, URCAM, CRAMIF, Conseil régional) avec les chefs de projets du plan régional de santé publique. Au final, 58% des projets ont été retenus qui se partagent une dotation de 8847000 euros. Les financements octroyés pour la thématique santé mentale connaissent une nette augmentation, notamment dans l'objectif de «promouvoir la santé mentale pour les publics jeunes». Les établissements d'enseignements (collège, lycées) sont mobilisés sur les objectifs «d'éducation à la sexualité et des addictions». Une action sur cinq se déroulera d'ailleurs en milieu scolaire.

Les actions soutenues par le GRSP s'inscrivent le plus fréquemment dans la typologie suivante: formation des profes-

sionnels, travail en réseau (coordination locale, soutien aux équipes, renforcement d'actions communautaires), production d'outils, information-sensibilisation-communication, dépistage-repérage, prévention ou prise en charge individuelle, prévention ou prise en charge collective, études-observation.

À titre d'exemple, pour les populations les plus défavorisées, les actions peuvent s'inscrire dans des démarches territoriales (les ateliers santé-ville, les médecins coordonnateurs en Yvelines), des systèmes d'accompagnement social (point écoute-jeunes, missions locales, centres d'hébergement...) où des consultations humanitaires. Dans le domaine de la lutte contre l'abus d'alcool plusieurs formations au repérage précoce-intervention brève sont organisées pour les professionnels.

Détails sur le site: www.grsp-idf.fr

Objectifs du plan

Le plan a pour but de développer une prévention des situations et des comportements à risques plus cohérente et mieux organisée et de promouvoir une culture de la santé et du bien-être. Président du groupement régional de santé publique, le Préfet de région veille à la mise en œuvre des 5 axes prioritaires et des 30 objectifs.

Cinq axes prioritaires

- 1] **Lutter** contre le cancer;
- 2] **accompagner** les phases de fragilisation au cours du parcours de vie;
- 3] **promouvoir** les comportements favorables à la santé;
- 4] **promouvoir** la santé des personnes vulnérables;
- 5] **réduire** les risques pour la santé liés aux facteurs environnementaux.

Quelques exemples d'objectifs spécifiques

- Dépister les cancers: sein, colo-rectal, col de l'utérus, mélanome → les actions visent à promouvoir le dépistage pour atteindre un taux de couverture élevé et, pour les cancers professionnels, à développer le suivi post-professionnel;
- garantir une bonne couverture vaccinale et promouvoir le calendrier vaccinal chez l'adolescent et l'adulte;
- mieux prendre en compte la souffrance psychique par un ensemble d'actions de nature à favoriser l'expression du besoin d'aide ou de soins et par des formations des acteurs sanitaires au repérage;
- améliorer la prévention du suicide, l'intervention de crise et la post-prévention;
- développer les consultations de prévention à 70 ans;
- promouvoir les pratiques d'éducation thérapeutique et la diffusion des outils validés;

→ Réactions et interviews

Michel Peltier
Directeur du GRSP
DRASS Ile-de-France



Vous êtes Directeur du Groupement Régional de Santé Publique, quel bilan peut être tiré de cette première année de fonctionnement?

Cette première année nous a permis d'arrêter un plan et de mettre en place une structure commune. Nous avons réussi à réunir en un guichet unique les partenaires que sont l'Assurance Maladie, l'État et les Collectivités Territoriales, cet acquis nous donne une cohésion, une force et des moyens qui devraient nous permettre de mettre en œuvre sereinement les objectifs de prévention qui sont les nôtres pendant les cinq prochaines années. Le succès rencontré par l'appel à projet 2006 avec plus de 8 millions d'euros de dotations et quelques 1 157 projets soutenus (cf. *infra*). Ce résultat obtenu dans le courant du premier semestre 2007 démontre aussi de la vitalité de notre région en matière de santé publique, ce qui est plutôt bon signe.

Au sein du GRSP vous êtes à l'initiative du mouvement pour une politique régionale de santé publique quelle place souhaitez vous donner aux libéraux?

Les médecins libéraux sont aujourd'hui représentés dans toutes les instances décisionnaires de santé publique. Membres de la conférence régionale de santé et du groupement régional de santé publique, les représentants de l'URML sont des interlocuteurs privilégiés des administrations de la santé publique. Pour preuve, l'instauration de réunions régulières associant notamment la DRASSIF – direction régionale des affaires sanitaires et sociales – et l'URML. De même, les liens tissés entre plusieurs chefs de projets du Plan régional de santé publique et des médecins de l'URML témoignent de partenariats fructueux et augurent de l'implication accrue des généralistes ou spécialistes dans les actions de santé publique. Il n'en reste pas moins que beaucoup reste à construire et qu'il faut que les objectifs du plan soient partagés au quotidien de l'exercice des médecins. Nous serons à l'écoute des recommandations faites par l'URML pour intégrer au mieux les libéraux dans ces plans.

- développer des dispositifs de soutien pour les aidants naturels;
- repérer les usages à risques dans le domaine des addictions: alcool, tabac, cannabis, médicaments psychotropes; prendre en charge précocement;
- diminuer les nouvelles contaminations par le VIH et les IST dans les populations prioritaires: Migrants, hommes entre eux, prostitués, détenus, hétérosexuels multipartenaires;
- chez les personnes séropositives, induire une meilleure observance des traitements et une réduction des prises de risque;
- prévenir l'obésité infantile, dépister le surpoids → appropriation des outils de l'INPES et du PNNS;
- lutter contre la sédentarité à tous les âges de la vie;
- dépister et prévenir la dénutrition et la déshydratation chez les personnes âgées;
- prévenir et dépister le saturnisme chez l'enfant et la femme enceinte.

Stratégie de vaccination : la place du médecin libéral

Actualité Vaccin : Le monde du vaccin n'a pas connu de répit cet été, les récentes recommandations concernant le BCG et le vaccin contre le papillomavirus ont sans tarder fait leur apparition dans les échanges avec nos patients. La lettre de l'Union fait un point sur cette actualité.



**Interview du Dr Pierre Popowski
Secrétaire général adjoint de l'URML – Pédiatre**

→ Vous siégez pour l'URML au Comité Régional de la vaccination quels sont les problèmes posés par les récentes recommandations ?

La politique vaccinale évolue rapidement car elle doit s'adapter en permanence aux résultats des nouvelles études et au suivi épidémiologique des maladies. Les modifications de morbidité des maladies infectieuses, l'éruption de maladies émergentes, l'apparition de nouveaux vaccins, imposent des changements de paradigmes stratégiques qui dépassent souvent le simple échelon

national. Le médecin libéral, premier effecteur de terrain en matière de vaccinologie, sera de plus en plus sollicité par les patients et les Institutions, tant au plan de la compétence qu'au plan de la responsabilité. Il doit donc rester mobilisé et réactif, dans ce domaine sensible de l'infectiologie.

→ Quel conseil donneriez-vous aux médecins pour mieux répondre à leur patient ?

La formation et l'information sont les deux piliers permettant l'ajustement des médecins aux impératifs de leur temps et de leur métier. Le conseil que je

pourrais me permettre de leur donner est de se rapprocher de leurs représentants institutionnels qui doivent être en mesure de leur proposer un accès simplifié à ces deux sources d'adaptation.

→ Comment les médecins peuvent-ils devenir plus actifs dans le domaine vaccinal ? (présentez les initiatives à mettre en place avec l'InVS)

Je donnerai trois exemples d'implication des médecins libéraux dans le domaine vaccinal :

■ ils peuvent être sollicités pour mener des enquêtes

par le biais de leurs URML, en partenariat avec d'autres institutions telles que la DRASS et l'InVS;

■ ils peuvent s'impliquer dans la diffusion de l'information vers les patients, en se proposant, par exemple, comme relais de la Semaine Européenne de la Vaccination;

■ ils peuvent s'inscrire pour participer à des formations en vaccinologie qui leur permettront une adaptation pérenne des leurs connaissances aux impératifs que nous avons signalés au début. ▣

Vous manquez d'information sur les vaccins, vous souhaitez répondre plus précisément aux questions de vos patients : participez à la formation en vaccinologie mise en œuvre par l'URML et l'InVS (Institut national de Veille Sanitaire)

Coupon Réponse

Nom : Prénom :
Ville :
Tél : Email :

Souhaite participer à la prochaine formation en vaccinologie organisée par l'URML Ile-de-France. En fonction du nombre d'inscrits des dates vous seront prochainement proposées pour des formations en Ile-de-France.

À renvoyer par fax au 01 43 21 80 34 ou par courrier: URML IDF, 12 rue Cabanis 75014 Paris

La problématique du BCG en Ile-de-France

L'obligation de vaccination par le BCG chez l'enfant et l'adolescent a été suspendue au cours de l'été 2007, au profit d'une recommandation forte de vaccination des enfants les plus exposés à la tuberculose.

Cette décision fait suite aux expertises scientifiques et aux recommandations du Comité Technique des Vaccinations et du Conseil Supérieur d'Hygiène Publique de France et a été rendue possible par l'élaboration et le lancement du programme national de lutte contre la tuberculose.

Vu l'avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France du 9 mars 2007, le Décret n° 2007-1111 du 17 juillet 2007 relatif à l'obligation vaccinale par le vaccin antituberculeux BCG a décrété la suspension de l'obligation de vaccination BCG mentionnée à l'article L. 3112-1 du Code de la santé publique pour :

A. Les enfants de moins de six ans accueillis :

- 1° dans les établissements, services et centres mentionnés à l'article L. 2324-1;
- 2° dans les écoles maternelles;
- 3° chez les assistantes maternelles;
- 4° dans les pouponnières et maisons d'enfants à caractère sanitaire relevant de l'article L. 2321-1;
- 5° dans les établissements mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

B. Les enfants de plus de six ans, les adolescents et les jeunes adultes qui fréquentent :

- 1° les établissements d'enseignement du premier et du second degré;
- 2° les établissements mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Attention à l'exception francilienne :

Comme précisé dans la recommandation du 9 mars 2007, du Comité Technique des Vaccinations, la vaccination BCG est fortement recommandée chez les enfants à risque élevé de tuberculose, qui répondent au moins à l'un des critères suivants :

- enfant né dans un pays de forte endémie tuberculeuse ;
- enfant dont au moins l'un des parents est originaire de l'un de ces pays ;
- enfant devant séjourner au moins un mois d'affilée dans l'un de ces pays ;
- enfant ayant des antécédents familiaux de tuberculose (collatéraux ou ascendants directs) ;
- enfant résidant en Ile-de-France ou en Guyane ;
- enfant dans toute situation jugée par le médecin à risque d'exposition au bacille tuberculeux notamment enfants vivant dans des conditions de logement défavorables (habitat précaire ou surpeuplé) ou socio-économiques défavorables ou précaires (en particulier parmi les bénéficiaires de la

Consultez l'intégralité de la recommandation sur le site : www.semainedelavaccination.fr

CMU, CMUc, AME,...) ou en contact régulier avec des adultes originaires d'un pays de forte endémie. Chez ces enfants à risque élevé de tuberculose, la vaccination BCG doit être réalisée au plus tôt, si possible à la naissance ou au cours du premier mois de vie, sans nécessité d'IDR à la tuberculine préalable. Chez des enfants appartenant à l'une de ces catégories à risque élevée et non encore vaccinés, la vaccination doit être réalisée jusqu'à l'âge de 15 ans. L'intradermoréaction (IDR) à la tuberculine préalable à la vaccination doit être réalisée à partir de l'âge de 3 mois afin de rechercher une infection liée à une contamination après la naissance.

Parallèlement la recommandation rappelle que tout enfant dont les parents demandent la vaccination doit être vacciné sauf contre-indication et que cette vaccination est réalisée par un(e) médecin, une(e) sage-femme ou par un(e) infirmier(e) sur prescription médicale.

La problématique du vaccin papillomavirus

L'Autorisation de Mise sur le Marché du vaccin concerne les groupes de jeunes filles de 15 à 23 ans, le vaccin ne protégeant que les femmes « naïves » par rapport au papillomavirus. L'âge moyen du cancer du col de l'utérus est supérieur à 50 ans.

À terme, deux vaccins seront disponibles sur le marché : GARDASIL et CERVARIX.

25% des génotypes oncogènes ne sont pas dans les vaccins. Même si l'infection à papillomavirus est ubiquitaire, les cancers ne concernent que les femmes chez qui on constate une persistance de l'HPV, soit 10% environ des femmes infectées.

Le vaccin est remboursé sur les bases de la recommandation et coûte 135 € l'unité (à multiplier par 3 pour une vaccination complète).

EPP: une campagne d'information pour les médecins libéraux

Conscient du besoin d'éclairer les possibilités et offres existantes, l'URML Ile-de-France, dans le cadre des missions d'information relatives à l'EPP que lui confie la loi, a développé un outil pédagogique permettant de traiter ces questions et de mieux accompagner les médecins dans leurs choix de parcours EPP. En s'appuyant sur cet outil et avec l'aide des Médecins Habilités de la HAS, l'URML Ile-de-France lance en septembre 2007 une campagne d'information sur la démarche qualité en médecine de ville.

Impliquée depuis le début dans l'animation régionale de la démarche qualité, l'URML Ile-de-France a vu le dispositif progressivement se complexifier et relève aujourd'hui :

- un manque de lisibilité des parcours qualité en médecine libérale;
- une crainte accrue des médecins de s'engager dans un processus lourd, contraignant.

De ce constat est né un groupe de travail au sein de la Commission Évaluation de l'URML Ile-de-France en charge de concevoir un outil pédagogique simple permettant de répondre à la plus grande majorité des questions que se posent les médecins.

Cet outil a été conçu pour les médecins libéraux par les médecins libéraux, avec

le concours de la Haute Autorité de Santé, des Médecins Habilités et des élus de la Commission Évaluation. Pour animer ces réunions, l'URML Ile-de-France a formé durant l'été 65 Médecins Habilités et 30 élus de l'URML. Ces formateurs qui restent des médecins en exercice seront missionnés en fonction de leurs compétences et de leurs disponibilités pour animer les réunions auprès des groupes en ayant fait la demande.

Testé auprès d'une centaine de médecins en Ile-de-France (incluant des MH des Médecins libéraux exerçant dans les établissements, en cabinet de ville, ou regroupés en Associations) cet outil rendu vivant par l'animation qu'en font les Médecins Habilités et les Élus de l'URML a reçu un accueil favorable.

L'URML souhaite à présent élargir sa diffusion en coordonnant l'animation de réunions d'information auprès des groupes de médecins libéraux demandeurs.

Les demandes, individuelles peuvent se faire en ligne sur le site de l'URML : www.urml-idf.org ou par courrier URML Ile-de-France 12, rue Cabanis 75 014 avec le coupon réponse ci-dessous.

Pour les demandes collectives, Président de CME, Réseaux, Amicales, Associations de FMC, il est préférable de prendre contact avec le service EPP au 01 40 64 14 77 ou par E-mail : epp@urml-idf.org.

Inscription à la Formation Démarche Qualité URML Ile-de-France :

Dans le cadre d'une démarche individuelle, je souhaite m'inscrire à la séance d'information démarche qualité :

en ville

en établissement

Nom : Prénom :

Ville : Tél : Email :

Je représente un groupe de médecins et souhaite recevoir la visite d'un médecin habilité pour une séance d'information auprès de mon groupe :

Nature du groupe : Associations FMC CME Amicale Réseaux Autre

Nombre de médecins :

Contact du responsable :

Nom : Prénom :

Ville : Tel : Email :

À renvoyer par fax au 01 43 21 80 34

ou par courrier: URML IDF, 12 rue Cabanis 75014 Paris

EPP en Réseaux : une des voies possibles de validation de l'EPP

La pratique de l'exercice médicale en réseau est une voie d'amélioration. Les plus actifs en sont persuadés et quelques réseaux sont décidés à le démontrer sur le plan opérationnel en offrant la possibilité aux médecins qui participent à une prise en charge en réseau de satisfaire à leur obligation d'EPP dans ce cadre:

Quelques exemples franciliens

■ Le réseaux ARB: Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson

Validez son EPP en participant au réseau francilien de prise en charge de la Bronchiolite du Nourrisson, c'est désormais possible. Mise en place par l'équipe de coordination du Réseau basée à l'hôpital Debré et un Médecin Habilité de la HAS missionné par l'URML. La méthodologie repose sur une analyse rétrospective des fiches bilans exploitables transmises par les médecins du Réseau à la coordination.

Le résultat de l'analyse de ces fiches est ensuite confrontée aux recommandations de la Conférence de Consensus de septembre 2000 relatif à la prise en charge de la bronchiolite du nourrisson.

Cette démarche permet d'évaluer le niveau de prise en charge et d'émettre des axes d'évolution portant sur les besoins de formation des adhérents au réseau.

Cette action entreprise chaque année depuis la mise en place du Réseau facilite la prise de décision des médecins engagés et répond aux critères des démarches d'amélioration de la qualité tels que formulés par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Dorénavant pour les médecins qui sont actifs dans ce réseau, la coordination médicale leur offrira la possibilité de satisfaire à leur obligation d'EPP.

**Plus de renseignement:
contacter l'équipe
de coordination au 0140035726**

■ Le réseau de Santé: Lutter Contre la Douleur

Ce réseau ville-hôpital basé autour de l'hôpital St Antoine a fait le choix d'une démarche auprès de la Haute Autorité de Santé et dispose depuis juin 2007 d'un agrément EPP lui permettant d'attester les médecins ayant satisfait au sein du réseau à une démarche qualité.

Lutter Contre la Douleur est un réseau qui développe une importante activité de soutien aux médecins de villes essentiellement pour aider à la prise en charge de patients douloureux. Les réponses apportées reposent sur un dispositif articulé autour:

- de consultations d'orientation ;
- d'avis pluridisciplinaires ;
- d'un système d'algovigilance ;
- d'inclusion, et de prise en charge dans des groupes de malades ;
- d'hospitalisations ;
- de formations.

Le réseau était déjà investi depuis 1995 dans la formation médicale et il paraissait naturel d'intégrer la démarche qualité et l'évaluation des pratiques professionnelles.

De façon naturelle ces réunions qualité existaient déjà dans le réseau elles sont simplement aujourd'hui mieux formalisées pour répondre aux critères méthodologiques d'un Groupe d'Analyse de Pratique.

Pour satisfaire à son obligation un médecin doit avoir signé la charte du réseau et être actif c'est à dire

- inclus un certain nombre de patients durant la période (minimum 5 sur une période d'un an) ;
- avoir participé aux réunions de staffs protocolisées, organisées un vendredi midi par mois ;
- avoir participé à des séances de formation organisé par les équipes médicales du réseau.

Le Réseau LCD Paris est à ce titre en cours d'agrément pour être reconnu par le Conseil National de la Formation Médicale Continue ce qui lui permettra de faire le lien avec l'EPP et de pouvoir valoriser ces deux démarches.

**Plus de renseignement:
contacter l'équipe
de coordination au 0143411400
E-Mail: reseau.lcd@free.fr
Site internet: www.reseau-lcd.org**

EPP: Le Collège Francilien de Gynécologie Médicale en marche pour l'EPP

S'appuyant sur l'agrément national de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM) valable pour les médecins libéraux, salariés, le Collège francilien a invité ses adhérents à s'engager dans la démarche EPP. En un mois 210 spécialistes de gynécologie médicale se sont déjà inscrits. À titre d'exemple, partant du constat qu'en France après 50 ans, une femme sur trois subira au moins une fracture due à l'ostéoporose, un des groupes de gynécologue inscrit a choisi le thème de l'ostéoporose s'attachant à l'analyse spécifique des facteurs déterminants de la fragilité osseuse et l'évaluation de sa prise en charge. D'autres groupes pourront faire évaluer leur pratique en choix de contraception, en suivi de grossesse...

**Contact: Dr Héliane Missey-Kolb
Secrétaire Générale déléguée à la FMC et EPP
Tel: 0144402653
E-Mail: secretariat.cgmpif@iname.com**

Qualification de spécialiste en médecine générale: les attributions ont commencé

Depuis juin, le dispositif de qualification dans la spécialité médecine générale est opérationnel. En Ile-de-France les médecins, qui exercent depuis plus d'un an la médecine générale dans des structures privées ou publiques, libérales ou salariées, sont susceptibles de l'obtenir. Créées au sein de chacun des huit conseils départementaux de l'ordre de la région, les commissions de qualification des spécialistes en médecine générale sont toutes agréées par les préfets.

Ça y est: la qualification de spécialiste en médecine générale devient une réalité tant pour les internes qui achèvent leur troisième cycle à partir de cette année, que pour les médecins installés qui ont toute latitude pour demander le statut à leur conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM).

→ Rappel des textes

L'attribution est d'emblée acquise pour les étudiants qui sortent de l'université. Faisant partie de la première promotion en médecine générale qui a préparé le diplôme d'études spécialisées (DES) la spécialité en médecine générale leur est automatiquement délivrée par le conseil national de l'Ordre des médecins (CNOM). Pour les médecins en exercice, donc qualifiés en médecine générale «ancienne formule», l'accès à la nouvelle qualification demande quelques démarches. Le cadre juridique a été adapté à cet effet.

À l'origine: la loi du 17 janvier 2002 de modernisation sociale et ses dispositions que précise le décret du 16 janvier 2004 portant réforme du troisième cycle des études médicales. Le texte intègre la médecine générale dans les spécialités soumises

à l'examen classant national anonyme (ECNA) avec cursus sanctionné par le DES. Allait-on assister à l'émergence de deux catégories de médecins généralistes, les uns qualifiés spécialistes et les autres pas? Évidemment non.

Invoquant «l'homogénéité des statuts», le CNOM obtient de Xavier Bertrand, ministre de la santé, l'arrêté du 6 avril 2007 que son successeur par intérim, Philippe Bas, publie au JO daté du 18 avril. S'étant prononcé pour une disposition «individuelle, simple, déconcentrée et rapide», le ministre a complété l'arrêté du 30 juin 2004 portant règlement de qualification des médecins (paru au JO du 31 juillet 2004) par un processus particulier pour la spécialité médecine générale.

Une commission de qualification de première instance en médecine générale, d'une durée limitée au 1^{er} octobre 2010, est créée au sein de chaque CDOM. Celui-ci propose pour leur composition 5 membres titulaires et 5 membres suppléants choisis parmi ses conseillers, qu'il revient au préfet d'agréer par arrêté. Le médecin inspecteur départemental de la santé publique s'y ajoute avec voix consultative.

Ainsi instituée cette structure *ad hoc* étudie les demandes individuelles reçues par le CDOM et rend un avis motivé au

vu des réponses au questionnaire-type proposé par le CNOM. Si l'appréciation de l'exercice de la médecine générale du demandeur pose problème, la commission peut se référer aux éléments joints au dossier comme l'exemplaire d'une ordonnance, le nombre de patients ayant souscrit le formulaire de médecin traitant, la notification de participation volontaire à la permanence des soins, l'attestation de FMC en médecine générale, l'adhésion à un processus d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)...

→ 10 000 praticiens susceptibles d'obtenir la qualification

Après analyse un avis est transmis favorable ou défavorable au CDOM qui se prononce en séance plénière. La décision d'acceptation ou de refus de la demande de qualification lui revient. Il la communique au demandeur, au préfet et au CNOM. En cas de contestation, le postulant peut faire appel dans les deux mois auprès de la commission nationale de médecine générale qui statue sur le dossier avec le CNOM.

En Ile-de-France l'Ordre estime à 10 000 le nombre d'omnipraticiens susceptibles de postuler pour obtenir la qualification individuelle. ■

→ Réactions et interviews

Président du comité de liaison des conseils de l'ordre Franciliens, le Dr Christian Bourhis préside le CDOM du Val d'Oise. Il estime que le traitement des demandes sera plus rapide que prévu en dépit de certaines difficultés.



Quel est le rôle des commissions de qualification en spécialité médecine générale?

Leur fonctionnement s'assimile à celui des commissions de qualification des autres spécialistes. Sauf que là, au lieu d'être nationales, elles sont départementales.

Combien de demandes avez-vous reçu?

Sur 10 000 candidats potentiels entre un quart et un tiers, selon le département, ont déjà renvoyé leur dossier. Dans le Val d'Oise sur 1 000 médecins généralistes 250 dossiers nous sont parvenus et 200 sont déjà agréés.

Rencontrez-vous des difficultés?

Les commissions ont établi différents critères d'appréciation. Sur l'ordon-

nance, dès qu'apparaît la notion d'activité médecine générale cela vaut critère d'acceptation définitif.

Pour les libéraux, les ordonnances comme « Dr x, ostéopathie », posent problèmes. En attendant de plus amples précisions, elles entraînent pour l'instant refus à statuer. Plus rares, les demandes de médecins allergologues sont refusées car ils ne sont pas reconnus comme spécialité à part entière. Les demandes du type « Dr x angiologue » sont soit refusées, soit en sursis à statuer. Les commissions leur ont écrit pour s'assurer si, éventuellement, ils font ou non en parallèle de la médecine générale, avant décision définitive. Le médecin fonctionnaire de PMI exclusif peut-il être qualifié en médecine générale? Pour l'instant

son dossier est soit en refus à statuer, soit en refus de qualification. Ce sont autant de difficultés que nous rencontrons dans l'application des textes

Ensuite, à partir moment où « médecine générale » figure sur l'ordonnance, on peut penser qu'elle est exercée. Si, par malheur, un fraudeur se fait fabriquer un ordonnancier de médecine générale, on peut penser qu'un CDOM comme le nôtre de 42 membres (21 titulaires, 21 suppléants) saura le détecter.

Serez-vous dans les délais?

Tout à fait. On estime que l'on aura tout réglé sans problème en 2008. Tous ceux qui doivent être qualifiés le seront s'ils en font la demande et si les critères sont respectés.



Élue de l'URML, Michèle Meyrignac angiologue à Vincennes veut obtenir la qualification de spécialiste en médecine vasculaire. Elle explique pourquoi.

Quelle est la situation actuelle des angiologues?

Elle est de plus en plus rendue inconfortable. Nous n'avons rien de commun avec la médecine générale bien qu'on nous y maintienne. Les patients ne s'y trompent pas. Quasiment aucun ne nous a choisis comme médecin traitant. Au contraire le parcours de soins les incite à passer par ceux-ci pour venir nous voir. Le paradoxe veut que nous soyons tenus d'utiliser le C pour coter nos actes. Nous sommes des spécialistes de fait, mais pas des spécialistes de droit.

Quelles difficultés cela pose-t-il?

La médecine que nous pratiquons nécessite de lourds investissements. Nous avons besoin que les honoraires suivent. Notre compétence qui technologiquement demande à être reconnue ne l'est pas par la sécu. Le secteur 2 a permis, à un certain nombre d'entre nous, de pouvoir équiper leurs cabinets (échographes,...). Mais les jeunes n'ont pas cette latitude car bloqués en secteur 1.

Êtes-vous les seuls concernés?

Non. Avec les allergologues, nous ne serons pas qualifiés spécialistes en médecine générale. Si on pousse le

raisonnement jusqu'à l'absurde, nous risquons d'être les seuls à continuer à coter en C quand, devenus spécialistes, tous les autres médecins généralistes coteront en Cs.

Quelles sont les solutions possibles?

Il n'y en a qu'une: que l'on nous accorde la spécialité de médecine vasculaire. L'endocrinologie et la gynécologie médicale l'ont obtenu. En dépit de l'appui et de la reconnaissance des universitaires, nous ne sommes toujours pas parvenus à être des médecins vasculaires à part entière.

L'URML vous donne Rendez-Vous chaque mois pour débattre...



Café réseaux

7h00 – 9h00

Petits déjeuners

Le RDV des acteurs de réseaux de santé
de l'Ile-de-France

Mardi 18 septembre 2007

Thème: Système d'information
dans les réseaux de santé

Intervenant: Dr Alain Livartowski

DSI Institut Pierre et Marie Curie

Modérateurs: Pr Eric Lepage – APHP

Dr Jean-Paul Hamon Elu de l'URML IDF

Grand témoin: M. Dominique Coudreau

Président du GIP DMP

Mardi 16 octobre 2007

Thème: Les Fédérations des réseaux
en Ile-de-France

Invités: Table ronde des Fédérations

Modérateur: Dr Frédéric Prudhomme

Vice-Président de l'URML IDF

Mardi 20 novembre 2007

Thème: EPP en réseaux/témoignages
et retour d'expériences

Intervenants: Promoteurs de réseaux
de santé franciliens

Modérateur: Dr Jacques Samson

Élu de l'URML IDF

Mardi 18 décembre 2007

Thème: Questions posées par le nouveau
mode de financement FIQCS?

Intervenant: M. Jacques Métais

MRS Ile-de-France

Modérateur: Dr Marc Sylvestre

Élu de l'URML IDF Représentant au FIQCS

Mardi 15 janvier 2008

Thème: La continuité des soins
et les réseaux de santé

Intervenants: Promoteurs de réseaux

de santé franciliens

Invité: Dr Jean-Yves Grall

Directeur ARH Lorraine*

Modérateur: Dr Jean-Gabriel Brun

Président de la section spécialistes

de l'URML IDF

Mardi 19 février 2008

Thème: Place des Réseaux dans
les « Plans santé » (Douleur/Addictions/Santé
mentale...)

Intervenants: Promoteurs de réseaux
de santé franciliens

Invité: Pr Didier Houssin

Direction Générale de la Santé

Modérateur: Dr Marie-Laure Alby

Présidente de la section généralistes

de l'URML IDF

Mardi 18 mars 2008

Thème: Politique de santé et réseaux:
quel avenir commun?

Intervenants: Dr Jean-François Bayet

CNAMTS/M^{me} Laurence Nivet – DHOS

Modérateur: Dr Michel Roueff

Président de l'URML IDF

Mardi 15 avril 2008

Thème: Maintien à domicile et service
à la personne et réseaux de santé

Intervenante: Marie-France Maugourd

Présidente de la Fédération des Réseaux

Gérontologie IDF

Invitée: M^{me} Dominique Zumino Responsable

de l'action sociale à l'Agence Nationale du

Service à la Personne

Modérateur: Dr Jean-Claude Jacquin

Mardi 20 mai 2008

Thème: Vers un réseau de santé territorial
généraliste: Hôpital et ville quelle logique
commune?

Intervenants: Dr Jean-Marc Mollard

Réseau Ensemble

Dr Catherine Viens-Bitker – AP-HP

Modérateur: Dr Patrick Assyag

Élu de l'URML IDF

Mardi 17 juin 2008

Thème: Réseaux de santé

« 20 ans d'histoire » Comment capitaliser?

Intervenant: Pr Jean-François Girard

Ancien Directeur Général de la Santé

Modérateur: Dr Bernard Elghozi

Élu de l'URML IDF

* Sous réserve

■ Organisation URML- Ile-de-France
0140641470

■ Alexandre GRENIER
Directeur des Études
alexandre.grenier@urml-idf.org

■ Edwige PACZKOWSKI
Chargée de missions
edwige.paczkowski@urml-idf.org

■ Retrouvez les actes des petits déjeuners
Café Réseaux en ligne
sur le site: www.urml-idf.org



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

12, rue Cabanis, 75014 Paris

Tél. 01 40 64 14 70

Fax. 01 43 21 80 34

Email: secretariat@urml-idf.org

Directeur de la publication:
Dr Michel Roueff

Secrétaire de rédaction:
Alexandre Grenier

Comité de rédaction:

Dr J Breton, Dr G Genty, Dr D Girardon,
Dr JP Grundeler, Dr R Haiat, Dr R Hanlet,
Dr N Leroy, Dr F Prudhomme,
Dr A Semercyan, Dr JM Tetau,
Dr A Vuong, Dr F Wilthien

Numéro ISSN: 1285-4743
Dépôt légal à parution

**Conception, réalisation
et Impression:**

SEPEG

36 rue Marcel Dassault
92100 Boulogne-Billancourt
Tél. 01 49 10 50 00
Fax. 01 49 10 50 10