

## Section Généralistes

### Section Généralistes Bilan d'activité 2008

UNION REGIONALE  
DES MEDECINS  
LIBERAUX  
D'ILE-DE-FRANCE

**Mars 2009**

Bureau Section Généralistes :

Président : Docteur Marie-Laure ALBY

Vice-Président : Docteur Armand SEMERCIYAN

Secrétaire Général : Docteur Catherine DORMARD

# SOMMAIRE

## INTRODUCTION

<b>I. LA PERMANENCE DES SOINS EN ILE-DE-FRANCE .....</b>	<b>- 4 -</b>
1. <i>Contexte juridique .....</i>	<i>- 4 -</i>
2. <i>Représentants aux CODAMUPS.....</i>	<i>- 4 -</i>
3. <i>Enquête URML / IPSOS sur la satisfaction des Franciliens en cas d'urgence ressentie .....</i>	<i>- 5 -</i>
<b>II. PROMOTION DE LA PLACE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS L'ORGANISATION DES SOINS .....</b>	<b>- 7 -</b>
1. <i>Participation au Plan douleur 2006-2010 aux côtés de la DGS : contribution à l'élaboration d'un Outil d'évaluation de la douleur à destination des médecins généralistes .....</i>	<i>- 7 -</i>
2. <i>Promotion de la place du Médecin Généraliste dans la gestion des cas complexes médico-sociaux (PRISMA / MAIA) .....</i>	<i>- 8 -</i>
3. <i>Le Médecin Généraliste et l'HAD.....</i>	<i>- 9 -</i>
4. <i>Contribution des Médecins Généralistes à l'organisation du Plan Blanc Elargi 75.....</i>	<i>- 10 -</i>
<b>III. ACTIONS ENVERS LES JEUNES MÉDECINS .....</b>	<b>- 11 -</b>
1. <i>Participation au développement du site du DES de Médecine Générale.....</i>	<i>- 11 -</i>
2. <i>Participation à l'organisation des séminaires "Entrées dans la vie professionnelle" .....</i>	<i>- 12 -</i>
3. <i>Participation au recrutement des Maîtres de stage.....</i>	<i>- 12 -</i>
<b>IV. SOUTIEN À LA RECHERCHE EN MÉDECINE GÉNÉRALE .....</b>	<b>- 13 -</b>
1. <i>Projets retenus dans la cadre de l'appel à projet pour la recherche en Médecine Générale .....</i>	<i>- 13 -</i>
2. <i>Soutien à la journée des jeunes chercheurs du 18 octobre 2008.....</i>	<i>- 13 -</i>
3. <i>Projet lauréat de l'appel à projet 2007 : conclusion de l'étude « Une base de données issue des dossiers médicaux électroniques en Médecine générale ? » du Dr Avenin.....</i>	<i>- 14 -</i>
<b>V. DIVERS .....</b>	<b>- 15 -</b>
1. <i>Groupe de réflexion.....</i>	<i>- 15 -</i>
<b>VI. LES PROJETS 2009 DE LA SECTION GÉNÉRALISTES.....</b>	<b>- 15 -</b>
<b>VII. REMERCIEMENTS.....</b>	<b>- 15 -</b>

## ANNEXE

## INTRODUCTION

Le Bureau de la Section a souhaité un large débat sur les thèmes suivants traités en 2008 :

- ✓ Permanence des soins (soins non programmés)
- ✓ Promotion de la place du médecin généraliste dans l'organisation des soins (Plan Douleur, HAD, PRISMA/MAIA, PBE 75)
- ✓ Actions vers les jeunes médecins
- ✓ Soutiens à la recherche en médecine générale

La Section Généralistes est composée d'un Bureau comprenant un président, un vice-président et un secrétaire général. Lors de ses réunions bimensuelles, le Bureau de la Section travaille sur les projets qu'elle désire mettre en œuvre, sur les propositions de l'Assemblée Générale et de collaborations extérieures, en respectant le fonctionnement et l'organisation de la Section en accord avec le Bureau de l'URML Ile-de-France.

La Commission Exercice à Domicile dépend de la Section Généralistes. Cette Commission travaille essentiellement sur la permanence des soins et sur divers projets concernant les « personnes âgées ».

Le Groupe de Réflexion est composé du Bureau de la Section Généralistes, d'au moins un membre désigné par les présidents de groupes syndicaux et d'un ou deux élus souhaitant y participer.

Les moyens humains, correspondant à ces différents groupes de travail, sont les membres du Bureau de la Section Généralistes, de la Commission<sup>1</sup>, du Groupe de Réflexion<sup>2</sup>, de la Chargée de Mission<sup>3</sup> et de la Secrétaire des Sections<sup>4</sup>.

---

<sup>1</sup> Liste des membres de la Commission Exercice à Domicile en annexe

<sup>2</sup> Liste des membres du Groupe de Réflexion en annexe

<sup>3</sup> Mme Chantal AMBROISE, Mlle Karine ALOUIS

<sup>4</sup> Mme Elodie DEBERNE

## I. La Permanence des Soins en Ile-de-France

La permanence des soins est un sujet plus que jamais d'actualité. La Section Généralistes participe à son organisation (présence aux CODAMUPS) ainsi qu'à l'accompagnement des acteurs de terrains (associations, MMG). La Section a eu pour objectif en 2008 d'être un lieu de débats, d'échanges, et de propositions sur ce thème, plus particulièrement sous l'angle d'une meilleure organisation territoriale et d'une meilleure coordination de l'ensemble des acteurs et des médecins généralistes franciliens de cette permanence des soins en Ile-de-France.

### 1. Contexte juridique

*Les décrets du 15 septembre 2003 (n°2003-880 et n°2003-881) précisent les conditions de participation : volontariat des médecins à la permanence des soins, ainsi que les modalités de son organisation. Elle est assurée les jours ouvrés de 20 H à 8 H ainsi que les dimanches et jours fériés. Les secteurs sont limités et arrêtés par le Préfet. L'accès aux soins fait l'objet d'une régulation préalable par le SAMU ou interconnecté avec ce service. Un cahier des charges fixe les conditions particulières de la permanence des soins dans chaque département.*

*Le décret du 7 avril 2005 n°2005-328 précise que les secteurs sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques. Les limites peuvent varier selon les périodes de l'année et être adaptées.*

*L'avenant n°4 du 26 mai 2006 précise les modalités de la permanence des soins, de la régulation, des astreintes et des majorations.*

*Le décret sur la permanence des soins paru le 22 décembre 2006 (décret n°2006-1686) en modifie les horaires , les élargit au samedi à partir de midi, au lundi lorsqu'il précède un jour férié, au vendredi et au samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.*

*Ce décret élargit également la régulation libérale en dehors des horaires de la permanence des soins.*

### 2. Représentants aux CODAMUPS

La liste des représentants de l'Union aux CODAMUPS (Comité Départemental d'Aide Médicale Urgente et de Permanence des soins) ont été nommés par le Bureau Elargi de l'Union en octobre 2006.

75 = Dr Alex MAIRE

92 = Dr Jean-Paul HAMON

77 = Dr Nathalie LEROY

93 = Dr Guislain RUELLAND

78 = Dr René LUIGI

94 = Dr Daniel SCIMECA

91 = Dr Catherine DORMARD

95 = Dr Serge LARCHER

#### 1.2 Bis- Représentants MG et spé aux PMT des 22 territoires

### **3. Enquête URML / IPSOS sur la satisfaction des Franciliens en cas d'urgence ressentie**

En 2007, la Section Généralistes et sa Commission Exercice à Domicile ont souhaité enquêter sur l'activité et les points de vue des médecins généralistes exerçant en Ile-de-France concernant la PDS. Les résultats ont donné lieu à l'organisation d'une conférence de presse le 14 juin 2007.

En 2008, la Commission a souhaité poursuivre et compléter cette étude par le point de vue, le ressenti et la satisfaction des Franciliens face à un besoin de soins non programmés. L'enquête (traitement de l'enquête et analyse des résultats) a été traitée par un prestataire extérieur, IPSOS Santé. C'est la Commission qui en a tirée les conclusions et recommandations. Le sondage a été réalisé par téléphone sur un questionnaire préalablement validé par la Commission auprès d'un échantillon de 557 patients d'Ile-de-France, ayant entre 18 et 77 ans.

Les résultats définitifs de l'enquête ont été remis à la Commission Exercice à Domicile le 1er octobre 2008. Ils sont disponibles en ligne par le lien suivant :

[http://www.urml-idf.org/urml/enquete/081127\\_urgence\\_ressentie\\_enquete.pdf](http://www.urml-idf.org/urml/enquete/081127_urgence_ressentie_enquete.pdf)

Cette enquête nous apprend que sur l'année écoulée, 57 % des Franciliens ont ressenti le besoin de consulter un médecin dans les 24 H (42 % pour soi, 15 % pour un proche). Parmi les Franciliens qui consultent pour leurs proches, 76 % le font pour leurs enfants.

Le conseil téléphonique est globalement peu utilisé par les Franciliens mais pas anecdotique puisque 30% d'entre eux y ont recours, aussi bien pour eux que pour leurs proches. Il n'évite pas la consultation dans plus d'un cas sur deux mais dans deux cas sur trois, permet de la différer.

La place du médecin traitant en cas d'urgence ressentie reste prépondérante puisqu'il reste le médecin de référence pour la moitié des Franciliens.

La prise en charge générale satisfait plus de 80 % des Franciliens, quelle que soit la personne ou l'organisme consulté.

Le recours en cas d'urgence ressentie diffère selon les moments de la journée et selon les jours ouvrables ou fériés. En journée, le recours est principalement orienté vers le médecin traitant pour 60 % des Franciliens. En cas d'absence ou en dehors des horaires de consultation, les personnes interrogées déclarent être renvoyées en priorité vers un autre cabinet médical (42 %) et les urgences (15 %). La nuit et les jours fériés, les Franciliens déclarent se tourner en priorité vers les services d'urgences (57 %), le médecin d'urgence à domicile (21 %), le Samu (14 %).

Les principaux critères guidant le choix des patients en cas d'urgence ressentie sont la proximité (34 %), le professionnalisme (qualité des soins 27 %, l'expérience présumée 21 %) et la commodité (17 %).

Quant aux services d'urgences de l'hôpital, 90 % des sondés reconnaissent leur saturation. Pour enrayer cette situation, 89 % des Franciliens se déclarent prêts à accepter qu'elles soient régulées ou filtrées en fonction de la gravité, et 87 % seraient prêts à se déplacer dans les Maisons Médicales de Garde. Quant à la possibilité de se voir refuser l'accès aux urgences, les réactions sont réservées puisque seul 1 Francilien sur 4 accepterait que les urgences soient réservées aux cas graves. Les plus réfractaires à cette idée sont les 18-24 ans avec 43 % des refus contre 15 % pour les 60 ans et plus.

En conclusion, il ressort de cette étude que les Franciliens sont satisfaits de leur prise en charge en cas d'urgence ressentie. Le médecin traitant reste le premier recours en cas d'urgence ressentie sauf la nuit et les jours fériés. Elle révèle également que le Conseil téléphonique n'est pas une pratique marginale permettant de différer une consultation ou de s'en dispenser. Face aux encombrements des services d'urgences hospitalières, la grande majorité des Franciliens serait prête à accepter la mise en place d'un système de régulation.

Les résultats de l'enquête ont été communiqués lors d'une conférence de presse organisée dans les locaux de l'Union le jeudi 27 novembre 2008 au matin. Le 11 décembre 2008, 8 articles ont été publiés dans la presse :

- *Presse régionale* : **Direct Matin** "Les médecins traitants ont la côte" (28/11/2008), **20 Minutes** "Les Franciliens satisfaits de l'accès aux soins d'urgence" (28/11/2008)
- *Presse médicale professionnelle* : **Espace social européen** "93 % des patients satisfaits de l'accès aux soins en Ile-de-France" (27/11/2008), **Impact Médecine** "En cas d'urgence, les Franciliens font appel au médecin traitant" (4/12/2008), **Le Généraliste** "Les Franciliens satisfaits de leur PDS " (5/12/2008), **Le Moniteur des pharmacies et des laboratoires** "Les médecins traitants inspirent confiance" (6/12/2008)
- Internet spécialisé : **Impact Médecine.fr** "En Ile-de-France, le médecin traitant avant les urgences " (28/11/2008), **Egora** "Permanence des soins : les Franciliens choisissent encore les urgences" (28/11/2008).

➤ **A la lumière de cette enquête l'URML Ile-de-France formule plusieurs propositions de travail :**

- ✓ soutenir les organisations locales de permanence des soins et les aider à se faire connaître de la population ;
- ✓ développer plus généralement l'information des patients sur l'organisation des soins sur chaque territoire ;
- ✓ encourager la mutualisation et les nouveaux modes de permanence de soins (maisons médicales de garde, réseau de coopération sanitaire ville-hôpital, regroupements de professionnels de santé...);
- ✓ développer une réponse téléphonique adaptée aux besoins de soins de la population et une régulation des demandes de soins non programmés ;
- ✓ contribuer à la contractualisation entre la médecine de ville et la médecine hospitalière pour améliorer la coordination de la réponse aux urgences ressenties par la population.

## II. Promotion de la place du Médecin Généraliste dans l'organisation des soins

### 1. Participation au Plan douleur 2006-2010 aux côtés de la DGS : contribution à l'élaboration d'un Outil d'évaluation de la douleur à destination des médecins généralistes

L'URML Ile-de-France a répondu à l'appel d'offre de la Direction Générale de la Santé (DGS) dans le cadre du **Plan Douleur 2006 - 2010** : « Améliorer le repérage, l'évaluation, le diagnostic et le traitement de la douleur des personnes âgées et handicapées », à travers la mesure 5.1 "**Définir les outils de diagnostic utilisables en pratique de ville et les promouvoir**". L'URML Ile-de-France se propose d'adapter et mettre en œuvre dans la région en liaison avec d'autres Unions et en partenariat avec la DGS les outils de détection, d'évaluation et de prise en charge de la douleur des personnes âgées et handicapées suivies en médecine ambulatoire.

Ce projet prévoit une diffusion régionale de l'outil prolongée par une formation de formateurs et une diffusion nationale via les URML.

Pour l'élaboration et le suivi de ce projet, un Comité de Pilotage et un Comité Technique ont été créés. Le premier est composé du Bureau de la Section Généralistes, d'élus généralistes volontaires, d'élus d'autres URML, et des responsables du Bureau MC3 "Cancers ,maladies chroniques et vieillissement " de la DGS du ministère de la santé, d'un médecin inspecteur régional, des présidents de la SFETD (Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur), de la Présidente de la SFGG (Société Française de Gériatrie et Gériatrie), et de la coordinatrice responsable du réseau LCD. L'ensemble des URML ont été informées de ce projet. Le second Comité a travaillé sur le fond et la forme de l'outil, dans sa version électronique.

Une première version du test informatisé, accessible par un lien internet, a été expérimentée de novembre à fin décembre. Un appel à candidature de testeurs a été lancé auprès de tous les élus de l'URML, de médecins généralistes de la région mais également de la région Nord-Pas-de-Calais. Au total, une trentaine de testeurs ont été contactés et ont répondu favorablement à l'appel à candidature.

Le test a été réalisé en 5 exemplaires minimum par chaque testeur. Son évaluation s'est faite par le biais d'un questionnaire. Une première présentation des résultats a eu lieu le 3 décembre lors du Comité de pilotage. Les commentaires des testeurs ont été pris en compte pour perfectionner l'Outil et déboucher sur une seconde phase de test dès le début du mois de janvier 2009. L'outil a été validé au début du mois de mars 2009 par le Comité de Pilotage et diffusé. Vous pourrez y avoir accès grâce au lien : <http://www.modalisa.com/evaldouleur/>.

Une stratégie de diffusion territorialisée est en cours de réalisation avec la participation des correspondants locaux des centres anti-douleur.

## **2. Promotion de la place du Médecin Généraliste dans la gestion des cas complexes médico-sociaux (PRISMA / MAIA)**

Le modèle PRISMA (Programme de Recherche sur l'Intégration des Services de Maintien de l'Autonomie) vise à améliorer la continuité des soins et des services reçus à domicile pour les personnes âgées et / ou handicapées en perte d'autonomie. Le modèle de gestion de cas expérimenté au Québec est un système intégré qui, en se développant à l'intérieur même du réseau de soins et de services du territoire, en modifie durablement le fonctionnement et l'organisation.

Fin 2005, la DGS et la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie) ont décidé de lancer une expérimentation de gestion de cas sur 3 sites français contrastés, dont Paris dans le 20ème arrondissement, le Sud de l'Essonne et la région de Colmar.

L'URML Ile-de-France participe au Comité Départemental de Stratégie (CDS) des sites de Paris 20ème (Dr Alby) et de l'Essonne (Dr Dormard).

La signature de la convention de ce groupement de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) de Paris 20e arrondissement a été mise en place le 13 mai 2008 et appelé également « Autonomie 75-20 ». Les premiers gestionnaires de cas ayant été formés, la création du GCSMS leur donne le cadre juridique stable nécessaire pour qu'ils débutent leurs missions.

L'URML-IDF, PRISMA, et l'AGEP ont organisé une réunion d'information le jeudi 25 septembre 2008 sur la gestion de cas dans le cadre de PRISMA France pour les Médecins libéraux du 20ème arrondissement de Paris afin que ceux-ci s'en servent et y collaborent. Une autre réunion a été organisée le jeudi 22 octobre 2008 à la DRASSIF, avec un retour sur les premières situations complexes suivies en gestion de cas, destinées aux professionnels paramédicaux et aux cadres des services sociaux et des associations d'aide à domicile qui participent à l'équipe mobilisable du PPE (Point Paris Emeraude) et au CLIC...

Par ailleurs, l'équipe de PRISMA a répondu à l'appel d'offre du plan Alzheimer pour proposer un projet MAIA: en effet la reconnaissance par le label « Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer » (MAIA) de ce dispositif doit permettre une valorisation et potentialisation des partenariats existants qui travaillent à l'intégration des services d'accompagnement d'aide et de soins, de l'hôpital, de la psychiatrie, des médecins de ville et autres professionnels libéraux et surtout un financement sur 5 ans pour donner une réponse adaptée aux besoins de la population âgée en perte d'autonomie.

Vous pourrez télécharger le formulaire<sup>5</sup> de gestion de cas complexes sur la page WEB de l'Union (***en cours de création***)

---

<sup>5</sup> Annexe 5



### 3. Le Médecin Généraliste et l'HAD

Une expérimentation sur l'accessibilité et le mode de fonctionnement des différents services d'HAD en Ile de France a été menée par le Dr Vincent de SANESCO, mandaté par l'ARH Ile-de-France.

Elle concerne trois territoires de santé : le 75.2 « Paris Est », le 93.1 « Montreuil – Vincennes » et le 94.1 « Créteil ».

Elle a trois objectifs principaux :

- ✓ Faire apparaître les besoins réels en HAD au niveau de ces territoires.
- ✓ Permettre aux médecins libéraux de prescrire plus facilement l'HAD.
- ✓ Améliorer la coordination des différents pourvoyeurs de prestation HAD.

Elle repose sur l'application de quatre principes :

- ✓ La mise en place au niveau de chaque territoire d'un référent HAD, que tout prescripteur peut aisément contacter en composant un numéro de téléphone unique et dédié.
- ✓ Une exigence de coordination des différentes HAD présentes sur le territoire pour apporter la meilleure réponse possible : par l'intermédiaire du référent HAD, les prescripteurs mobilisent en un appel l'ensemble des HAD du territoire.
- ✓ La mise en place d'une charte commune aux HAD concernant leurs façons de recevoir les demandes d'HAD (convention)
- ✓ Un recueil d'informations pertinentes afin d'évaluer le dispositif.

L'URML Ile-de-France afin de faciliter ce projet pionnier, a souhaité associer au plus près les médecins généralistes des territoires concernés aux conditions de recours à ce dispositif; ainsi elle a organisé une réunion d'information le Samedi 9 Février de 10h à 12h dans ses locaux. Cette réunion a permis d'échanger sur l'opportunité de tester et améliorer ce dispositif de prise en charge en HAD pour les médecins généralistes. Il n'y eu aucune demande directe de médecins libéraux auprès des guichets uniques des trois services HAD mis en place dans les trois territoires de santé<sup>6</sup>.

Les trois services d'HAD, Santé Service (1 200 lits/j), l'HAD de l'AP-HP (1 000 lits/j) et la Croix-Saint-Simon (200 lits/j) sont essentiellement prescrits par des services hospitaliers, alors même que la prescription est possible par le médecin libéral depuis 3 ans au moins.

L'offre d'HAD est particulièrement développée en Ile-de-France, et les trois structures cherchent à mieux répondre à nos demandes, en particulier à développer la prescription directe par le médecin libéral, en cas de besoin.

---

<sup>6</sup> Le 75.2 « Paris Est », le 93.1 « Montreuil – Vincennes » et le 94.1 « Créteil ».

La Section Généralistes défendra la place des médecins libéraux au sein de ce dispositif et les conditions de bonne coopération avec les services d'HAD d'Ile-de-France

#### **4. Contribution des Médecins Généralistes à l'organisation du Plan Blanc Elargi 75**

Dans le cadre du risque de pandémie grippale, l'URML Ile-de-France s'est engagée dès 2005 dans une démarche proactive d'implication des professionnels de santé libéraux dans la gestion de crise sanitaire.

Après avoir eu, en partenariat avec la DRASS, le rôle de relais de coordination en encadrant les formations « pandémie grippale », l'URML Ile-de-France (représentée par la présidente de la Section Généralistes, le Dr Marie-Laure ALBY) est à présent investie dans la simulation de cas concret. Elle représente la partie ambulatoire de projet du Plan Blanc Elargi 75 dans le cadre du CODAMUPS 75. Ce travail permettrait d'élargir le volet ambulatoire à l'ensemble des PBE franciliens et d'ouvrir une discussion constructive avec l'Etablissement de Préparation et de Réponse aux Urgences Sanitaires (EPRUS).

En partant du cas de la pandémie grippale notre rôle consiste à dresser le plan de mobilisation des professionnels de santé libéraux à l'échelon d'un territoire en ville.

Le recensement des médecins volontaires qui seront affectés auprès des centres de consultation fléchés, des structures intermédiaires et des CCSS est conjointement organisé par l'URML et le Conseil de l'Ordre auprès de tous les médecins, à l'aide d'un questionnaire (avec lettre d'accompagnement) qui facilitera l'identification des items suivants:

- ✓ Possibilité d'organiser son cabinet en période de pandémie,
- ✓ Possibilité de se concentrer sur la pathologie grippale,
- ✓ Possibilité de faire partie d'une équipe de médecins sollicités pour les visites à domicile,
- ✓ Possibilité d'affectation dans un CCSS ou dans une structure intermédiaire,
- ✓ Possibilité de renforcer les personnels dans des établissements pour Personnes âgées ou Personnes handicapées.

Le questionnaire a été lancé en avril 2008 dans le 18ème arrondissement de Paris. Le taux de réponse au 5 Août est de : 10 % de réponses sur 277 Médecins interrogés soit 28 réponses dont 16 médecins généralistes et 12 spécialistes.

Ce recensement constituera in fine l'annuaire opérationnel des ressources humaines médicales et paramédicales du PBE 75 en cas de pandémie grippale.

La réunion du Comité de Pilotage PBE du 22 Mai 2008 à la DDASS de Paris a permis de réfléchir sur la première version du PBE. Une mise en situation par un exercice-cadre a eu lieu le 4 juillet de 8 H 15 à 13 H dans une école située au 27, rue Emile Duployé dans le 18ème arrondissement. Le principe de cet exercice

de pandémie grippale était de tester la capacité d'un centre de consultation dans le cadre d'un exercice de pandémie grippale.

L'URML poursuivra ses activités au sein du Comité de pilotage du PBE 75 pour l'année 2009.

Cet exercice a fait l'objet d'une thèse<sup>7</sup>.

### **III. Actions envers les jeunes médecins**

#### **1. Participation au développement du site du DES de Médecine Générale**

La Coordination des départements de Médecine Générale d'Ile-de-France a souhaité mettre en place en 2006 un site internet ayant pour objectif d'améliorer le circuit d'information entre le lieu de stage, les internes, l'université, les médecins et de permettre l'affichage des offres de stage en un seul endroit :

<http://www.des-mg-idf.fr/>.

Le site internet, mis en ligne dès septembre 2006, permet aux services hospitaliers de présenter et de décrire leurs stages selon différents critères. En miroir, les internes peuvent évaluer leurs stages. Les accès aux offres et aux évaluations se font gratuitement après une inscription obligatoire. Une page d'information est en accès libre et gratuite.

La Section Généralistes a décidé dès 2006 de participer financièrement à l'élaboration du site internet. En 2006 puis en 2008, une convention a été signée entre l'URML Ile-de-France et la Coordination représentée par les coordinateurs, le Pr Serge GILBERG et le Dr Michel NOUGAIREDE, président du collège des enseignants de Paris 7, chargé de sa mise en œuvre.

Dans cette action, l'URML Ile-de-France s'est engagée à permettre la conception et la création d'un site internet pour le DES de MG d'Ile-de-France grâce à un partenariat financier. En contrepartie, la Coordination s'est engagée à intégrer le logo de l'Union sur le site internet du DES MG avec un lien, à faciliter la rencontre des étudiants avec des représentants de l'Union, à faciliter les projets de recherche et d'intérêts communs qui concernent la médecine générale et la santé publique.

En 2008, a été ouvert le volet ambulatoire des stages en médecine générale. Les objectifs fixés visent à permettre l'inscription en ligne au DES de MG, à présenter les stages aux internes et à leur permettre d'évaluer leurs stages, à proposer des enseignements mutualisés sur l'Ile-de-France, à faciliter la communication entre les Chefs de service hospitaliers, les Maîtres de Stage ambulatoires et les internes. Fin 2008, il est enfin accessible à tous les Maîtres de Stage et continue d'être perfectionné.

---

<sup>7</sup> Conclusions en annexe 6

## **2. Participation à l'organisation des séminaires "Entrées dans la vie professionnelle"**

La Coordination des départements de Médecine Générale d'Ile-de-France et la Section Généralistes organisent ensemble le séminaire "Entrées dans la vie professionnelle" faisant partie du DES de Médecine Générale. Il aura lieu chaque année, deux fois par an pendant le 3ème cycle universitaire.

Deux journées d'enseignements ont été organisées en 2008, les samedi 12 avril 2008 de 9 H à 18 H et le mercredi 24 septembre 2008 de 14 H à 20 H à la Faculté Necker.

Les enseignements se déroulent sous la forme d'ateliers thématiques d'une durée de 2 H et répétés chacun trois fois. Treize thèmes sont présentés :

- Le médecin remplaçant, le médecin collaborateur
- L'installation : Où ? Comment ? L'organisation d'un cabinet libéral
- La comptabilité : recettes/dépenses/immobilisations
- La fiscalité
- Le Médecin généraliste-employeur, l'entreprise libérale
- La responsabilité éthique et juridique du médecin
  - a. responsabilité juridique : les grands principes
  - b. responsabilité éthique : le secret médical, la loi Léonetti, les certificats
- La couverture sociale du médecin libéral : obligatoire (charges sociales, retraite...) et complémentaire
- Les carrières universitaires, la recherche, l'enseignement, la maîtrise de stage
- Les carrières salariées : PH, Centres de santé, PMI, médecine scolaire ...
- La vie de la profession : l'URML-IDF, l'Ordre, les syndicats...
- Les associations de FMC et sociétés savantes
- Les réseaux de santé
- « Actualités » sous forme de débats animés par un MG et avec la collaboration d'experts des sujets.

En septembre 2008, un film présentant trois jeunes médecins installés a été réalisé par l'URML. Il sera diffusé lors des journées prévues en 2009.

Ces journées ont eu du succès car la première cession a attiré 110 étudiants, la seconde 155 la diversité des ateliers ayant permis leur bonne rotation.

## **3. Participation au recrutement des Maîtres de stage**

En réponse à la demande de soutien de l'ANEMF et de l'ISNAR-IMG en septembre 2008 concernant le recrutement des Maîtres de stage en médecine générale, en effectif insuffisant en Ile-de-France, la Section Généralistes de l'Union s'est à nouveau associée à la coordination du DES de Médecine Générale représentés par le Pr Serge GILBERG et le Dr Michel NOUGAIREDE. Issus du site DES de Médecine Général, le recensement des Maîtres de Stage est en cours de réalisation par l'URML. Une information sera régulièrement délivrée par la lettre de l'URML.

## IV. Soutien à la recherche en Médecine Générale

### 1. Projets retenus dans la cadre de l'appel à projet pour la recherche en Médecine Générale

L'URML Ile-de-France a souhaité poursuivre en 2008 son soutien et sa contribution à la recherche en Médecine Générale en Ile-de-France. La Section Généralistes a lancé fin avril 2008 un nouvel appel à projet à destination de tous les professionnels de santé désirant mettre en œuvre un projet de recherche en proposant deux bourses répondant à une problématique portant sur les pratiques en Médecine Générale ambulatoire :

- ✓ En Santé Publique
- ✓ Sur un thème libre.

8 projets de recherche ont été reçus et examinés le 17 juillet 2008 par un jury composé du Groupe de Réflexion élargi aux volontaires de la Section.

Les projets retenus sont :

- ✓ Projet de l'équipe du département de MG de Paris 7 (Dr Philippe ZERR) en partenariat avec des réseaux de santé et le département de psychologie de Paris 6  
« **Faisabilité du test Codex en Médecine Générale** » : évaluation de la validité et de la faisabilité du test rapide de détection de la démence Codex en médecine générale
- ✓ Projet SFMG (Dr RAINERI)  
« **Prescription médicamenteuse : information éclairée du patient par son médecin généraliste** »  
"évaluation du nombre moyen d'effets indésirables par lignes de prescription"

### 2. Soutien à la journée des jeunes chercheurs du 18 octobre 2008

Le samedi 18 octobre 2008 a eu lieu dans les locaux de l'URML Ile-de-France, une journée d'étude consacrée à la recherche qualitative en médecine générale, en lien avec les travaux menés au sein du Département de Médecine Générale de Paris Descartes.

La journée d'étude a rassemblé une quarantaine de participants. Elle s'inscrit dans le cadre d'un cycle de découverte des méthodes et démarches de recherche en sociologie de la santé, initié au sein du Département de Médecine Générale de Paris Descartes avec le concours de la sociologue Géraldine BLOY. Le programme de ces « Ateliers de recherche qualitative en médecine générale », qui se tiennent depuis 2007, et de la journée d'étude d'octobre 2008 joint en annexe.

*Faciliter l'accès des médecins généralistes à la sociologie de la santé est bénéfique à plus d'un titre pour la profession. C'est d'abord le moyen d'accéder à des théories et aux résultats de travaux qui permettront aux médecins - et pas uniquement aux généralistes - de réfléchir et peut-être d'améliorer leur pratique quotidienne. A un second niveau, pour les praticiens impliqués dans la formation et la recherche, c'est contribuer au développement de la discipline médecine générale. En effet, la formation aux méthodes qualitatives participe au développement d'une recherche forte et autonome, à la création d'un DES de qualité et à l'élaboration de connaissances nouvelles. Ce processus est particulièrement visible sur les thèses des internes de médecine générale discutées au sein des ateliers.*

### **3. Projet lauréat de l'appel à projet 2007 : conclusion de l'étude « Une base de données issue des dossiers médicaux électroniques en Médecine générale » du Dr Avenin**

Il existe peu de bases de données sur la pratique de soins primaires en France contrairement à la Grande-Bretagne. Les plus importantes sont financées et destinées à un usage privé par des firmes pharmaceutiques. Cette recherche soulève les questions de la pertinence et de la faisabilité d'une telle base ainsi que le souhait d'y participer de la part des praticiens.

La méthode utilisée est celle d'un questionnaire en ligne qui a mobilisé 685 répondants. Le profil moyen de ces praticiens sont des hommes de plus de 51 ans, libéraux, exerçant en groupe, ayant atteint un niveau moyen ou confirmé en informatique, déjà investigateur (pour des bases privées). L'étude révèle que le recueil systématique concerne surtout la saisie de données administratives, des consultations et la réalisation des ordonnances. Il est particulièrement apprécié pour son aide dans le suivi des dossiers patients.

Le principal obstacle pour la création d'une base de données en soins primaires est la question du codage des actes et des pathologies. Un peu plus d'un tiers des praticiens interrogés ne connaissent aucune méthode de codage. La moitié de ceux qui en connaissent une se réfère à la CIM 10 (qui n'est pas vraiment compatible avec la pratique de soins primaires d'après l'auteur) et seulement 24% en utilise une dans leur pratique quotidienne, souvent à leur insu.

Une telle base aiderait la pratique, l'EPP mais également la recherche universitaire grâce à la collecte de données et la surveillance épidémiologique voire les pratiques des médecins. Actuellement, la base de l'Assurance Maladie, la plus exhaustive et contient seules les données de morbidité sur les prestations versées.

La problématique posée par Guillaume AVENIN dans ce travail de recherche faisant suite à une thèse, peut se résumer à :

- 1) La diversité et l'hétérogénéité des bases de données nuisent à la recherche. Faut-il conserver les bases existantes ou en recréer une avec un cahier des charges précis ?
- 2) La base de données pour les médecins répondeurs prêts à un recueil de données systématiques doit être ergonomique, importante et surtout reposer sur un codage pour être utilisable. Elle reste à inventer. Le recueil doit être un acte spontané et perçu comme utile par les médecins. Peut-être le codage doit-il être implicite ou grandement facilité.
- 3) Il est vraiment indispensable de distinguer l'opérateur technique et le prospecteur de données qui est le pourvoyeur de l'accès à ces données. En Angleterre les données recueillies sont propriété publique et l'accès en est strictement réglementé.

## **V. Divers**

### **1. Groupe de réflexion**

Le Groupe de réflexion s'est réuni trois fois sur les thèmes suivants :

- ✓ Plan douleur 2006-2010 : organisation des Comités Technique et de Pilotage pour la création d'un outil d'évaluation de la douleur de plus de 3 mois pour les personnes âgées de plus de 65 ans et/ou handicapées,
- ✓ Examen des projets de recherche reçus dans le cadre de l'appel à projet pour la recherche en Médecine Générale
- ✓ Participation à la campagne de recrutement des Maîtres de stage en Médecine Générale

## **VI. Les Projets 2009 de la Section Généralistes**

La Section souhaite continuer à travailler sur les thèmes développés précédemment

Elle se penchera également sur d'autres sujets :

- ✓ L'état de santé des 18-30 ans : Accès aux soins des adolescents et jeunes adultes ayant des troubles psychiatriques.
- ✓ Contraintes administratives et juridiques
- ✓ Projets de recherche des jeunes chercheurs
- ✓ Accès à l'information pour les Médecins Généralistes sur les soins à domicile : Clarifier les moyens de Maintien à Domicile (MAD) dans chaque territoire

## **VII. Remerciements**

La Section Généralistes remercie les Chargées de mission, Mme Chantal AMBROISE, et Mlle Karine ALOUIS ainsi que la Secrétaire de la Section, Mme Elodie DEBERNE.

# Annexes

## Annexe 1 : Section Généralistes

- ✓ Liste des membres de la Commission Exercice à Domicile ----- p. 17
- ✓ Liste des membres du Groupe Réflexion ----- p. 17

## Annexe 2 : Permanence des soins

- ✓ Aspect juridique opérationnel ----- p. 18

## Annexe 3 : Permanence des soins

- ✓ Communiqué de presse de l'étude 2008 ----- p. 20

## Annexe 4 : Plan douleur

- ✓ Outil douleur ----- p. 21

## Annexe 5 : Gestion de cas complexes médico-sociaux

- ✓ Formulaire de demande de gestion de cas ----- p. 27

## Annexe 6 : PBE 75

- ✓ Synthèse de l'exercice de simulation d'un centre de consultation dédié ----- p. 29

## Annexe 7 : Soutien à la journée des jeunes chercheurs du 18 octobre 2008

- ✓ Programme des Ateliers ----- p. 35



## **Annexe 1 : Section Généralistes**

### **Liste des membres de la Commission Exercice à Domicile**

Dr Abraham SABBAH – Président  
Dr Marie-Laure ALBY – Vice-présidente  
Dr François BONNAUD  
Dr Christian BOURHIS  
Dr Rémy DUBOIS  
Dr Jean-Paul HAMON  
Dr Marcel HESS  
Dr Benjamin HOUTA  
Dr Alain MARESCHI  
Dr François RAINERI  
Dr Yves RIGAL  
Dr Georges SIAVELLIS

### **Liste des membres du Groupe de Réflexion**

Dr Marie-Laure ALBY  
Dr Armand SEMERCIYAN  
Dr Catherine DORMARD  
Dr José CLAVERO  
DR Bernard ELGHOZI  
DR Dominique GIRARDON-GRICHY  
Dr Jacques GRICHY  
Dr Alain MARESCHI  
Dr Michèle MEYRIGNAC  
Dr Régis MOURIES  
Dr Daniel SCIMECA  
Dr François WILTHIEN

## **Annexe 2 : Permanence des soins**

### ASPECT JURIDIQUE OPÉRATIONNEL

→ Volontariat des médecins dans la PDS (décret 2003-881 du 15 septembre 2003)

#### **a) Horaires**

→ La permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée en dehors des horaires d'ouvertures des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20h à 8h les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de gardes et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres (décret 2003-880 du 15 septembre 2003).

→ La sectorisation est définie pour le dimanche, les jours fériés et la nuit de 20h à 8h. (Arrêté du 26 mai 2005 – avenant n°4)

→ La permanence des soins peut être organisée : le samedi à partir de midi, le lundi lorsqu'il précède un jour férié, le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié (décret 2006-1686 du 22 décembre 2006).

#### **b) Secteurs**

→ Détermination du nombre et des limites des secteurs départementaux arrêtés par le Préfet du département (décret 2003-880 du 15 septembre 2003)

→ Le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données Géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante. Ces limites peuvent varier selon les périodes de l'année et être adaptées, pour toute ou partie de la période de permanence des soins, aux besoins de la population (décret 2005-328 du 7 avril 2005).

#### **c) Régulation**

→ L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable organisé par le SAMU. Si cette organisation n'est pas possible, la régulation doit être interconnectée avec ce service. (Décret 2003-880 du 15 septembre 2003)

→ L'accès au médecin peut également être assuré par des centres d'appel, des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnecté avec le SAMU. L'interconnexion est définie par une convention (décret 2005-328 du 7 avril 2005)

→ La régulation doit être opérationnelle pendant les plages horaires prévues quelque soient l'organisation et les modes de coopération retenues. La présence des médecins libéraux pour assurer la régulation peut ne pas être systématique sur l'ensemble des plages horaires de la PDS. Dans ce cas, un relais doit être assuré dans le respect du cahier des charges départemental. (Arrêté du 26 mai 2005 – avenant n°4)

→ L'assurance maladie participe au financement de la régulation des médecins libéraux : 3C de l'heure, prise en charge de la formation à la régulation, prise en charge si besoin de la responsabilité civile professionnelle. (Arrêté du 26 mai 2005 – avenant n°4)

→ La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente peut être organisée en dehors des périodes de permanence des soins en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée.  
(Décret 2006-1686 du 22 décembre 2006)

#### **d) Cahier des Charges**

→ Un cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. Il est arrêté par le préfet après avis du CODAMUPS  
(Décret 2003-880 du 15 septembre 2003)

→ Définition du cahier des charges type fixant les conditions d'organisations de la PDS (arrêté du 12 décembre 2003).

#### **e) Codamups**

→ La liste des membres du CODAMUPS est modifiée et intègre un médecin représentant de l'URML (décret 2003-880 du 15 septembre 2003)

#### **f) Astreintes et Majoration**

→ Le médecin inscrit sur le tableau de permanence des soins intervenant suite à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appels, bénéficie de majorations spécifiques. Majoration valable également pour le médecin remplaçant le médecin inscrit au tableau et intervenant à la demande de la régulation. (Arrêté du 26 mai 2005 – avenant n°4)

→ Pour justifier du versement de la rémunération de l'astreinte, le médecin de permanence s'engage à être disponible et joignable par tous les moyens afin de prendre en charge les patients dans les meilleurs délais. Les médecins de permanence peuvent prétendre à une rémunération :  
De 50€ de 20h à 0h ; de 100€ de 0h à 8h et de 150€ pour les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.  
Cette rémunération est versée dans la limite d'une astreinte par secteur de permanence ou par ensemble de secteurs mutualisés et de 150€ par période de 12heures.  
(Arrêté du 26 mai 2005 – avenant n°4)

## Annexe 3 : Communiqué de presse de l'étude PDS 2008



Paris, le 27 novembre 2008

COMMUNIQUE DE PRESSE

### Accès aux soins en Ile-de-France : 93 % des patients satisfaits

Les résultats de l'enquête IPSOS santé\* commandée par l'Union régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France montrent que, contrairement au discours ambiant et alarmiste sur l'accès aux soins, la prise en charge générale en urgence satisfait 93 % des Franciliens, quel que soit leur recours (médecin traitant, urgences de l'hôpital, etc.). La satisfaction est particulièrement élevée pour le médecin traitant : 70 % se disent très satisfaits et 29 % satisfaits.

A l'heure où l'on s'inquiète de la saturation des urgences de l'hôpital et de la pénurie de médecins généralistes, l'URML Île-de-France a souhaité connaître l'opinion des patients sur l'accès aux soins lorsqu'ils ressentent le besoin de consulter un médecin dans les 24h.

#### Le jour : le médecin traitant ; la nuit : les urgences

En cas d'urgence ressentie, 6 Franciliens sur 10 déclarent s'adresser en priorité à leur médecin traitant le jour. La nuit, ils s'adressent aux services d'urgence (57 %) et au médecin d'urgence à domicile (21 %).

#### Le médecin traitant est disponible

Il ressort de l'enquête une disponibilité importante des médecins traitants puisque près de la moitié d'entre eux (47 %) est facilement joignable en dehors des horaires d'ouverture de leur cabinet selon les personnes interrogées. En cas d'indisponibilité, les patients sont orientés par leur médecin traitant en priorité vers un autre cabinet médical (42 % des cas).

#### Conseil téléphonique : 30 % des Franciliens y ont recours, de jour comme de nuit

La demande de conseils par téléphone est significative puisque 30 % des Franciliens y ont recours dans l'année (pour eux et pour leurs proches). Le conseil téléphonique évite la consultation dans un cas sur deux. Pour le reste, il permet de différer la consultation dans deux cas sur trois.

#### 9 Franciliens sur 10 pour une régulation de l'accès aux urgences de l'hôpital

Quant aux services d'urgences de l'hôpital, neuf Franciliens sur dix reconnaissent leur encombrement. Pour améliorer cette situation, 89 % des Franciliens se déclarent prêts à accepter qu'elles soient régulées ou filtrées en fonction de la gravité. Par ailleurs, 87 % seraient prêts à se déplacer dans des maisons médicales de garde, peu utilisées aujourd'hui car mal connues.

Pour l'URML Ile-de-France, c'est une vraie bonne surprise de constater qu'en dépit des difficultés d'exercice ressenties par les médecins généralistes, la profession répond bien aux attentes des patients. L'URML va interpeler les pouvoirs publics afin qu'ils tiennent compte de la nécessité de maintenir une offre plurielle de modes de réponses aux urgences, offre diversifiée selon les territoires. Quant au conseil téléphonique, l'URML propose une évolution de la réglementation médico-légale et une valorisation de cette activité.

*\*Enquête IPSOS Santé « Les situations d'urgence ressentie » commandée par l'URML Ile-de-France menée auprès de 552 Franciliens âgés de 18 ans et plus constituant un échantillon représentatif de l'Ile-de-France. L'enquête a été menée par téléphone du 1er au 4 septembre 2008.*

Résultats complets : [Les situations d'urgence ressentie](#)

---

Contact presse URML Ile-de-France :

Sylvie Courboulay, responsable communication T : 01 40 64 56 91 Mail : [sylvie.courboulay@urml-idf.org](mailto:sylvie.courboulay@urml-idf.org)

## Annexe 4 : Outil douleur

Outil de repérage et de première évaluation du patient âgé de plus de 65 ans ou handicapé présentant une douleur récurrente depuis plus de 3 mois

Date

Type de patient

Nouveau patient

Patient déjà vu

Identifiant - Numéro de sécu

Age

 ans

Sexe

M

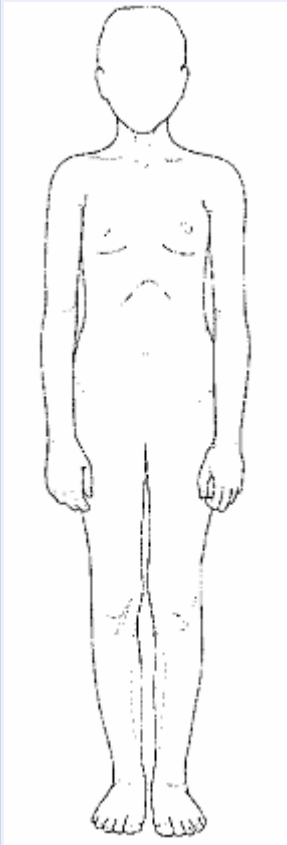
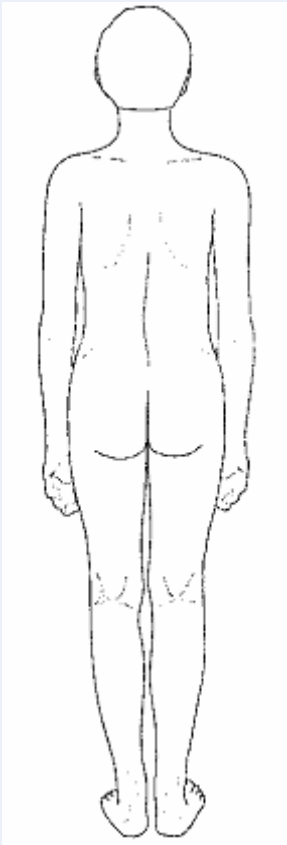
F

### Retentissement

La douleur perturbe-t-elle actuellement votre...

	Pas du tout	Un peu	Beaucoup	Complètement
Sommeil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Activité relationnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Humeur / Etat émotionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Caractéristiques de la douleur

Douleur					
<input type="checkbox"/> Tête		<input type="checkbox"/> Cou		<input type="checkbox"/> Thorax	<input type="checkbox"/> Membres sup.
<input type="checkbox"/> Abdomen		<input type="checkbox"/> Membres inf.		<input type="checkbox"/> Lombes	<input type="checkbox"/> Sacrum
<input type="checkbox"/> Petit bassin					
Durée cumulée au cours des dernières 24h					
<input checked="" type="checkbox"/> <1h	<input type="checkbox"/> 1 à 3h	<input type="checkbox"/> 3 à 6h	<input type="checkbox"/> 6 à 12h	<input type="checkbox"/> >12h	<input type="checkbox"/> Permanente
Resentez-vous des accès douloureux ?					
<input checked="" type="checkbox"/> Oui					
<input type="checkbox"/> Non					
Si oui, combien ?					
<input type="text"/>					
Si oui, à quelle fréquence ?					
<input type="text" value="Cliquez ici"/>					
La douleur est-elle ?					
<input checked="" type="checkbox"/> Spontanée					
<input type="checkbox"/> Provoquée (en dehors de l'examen)					
Si provoquée, comment ?					

Cliquer ici

**Qualificatif utilisé par le patient pour qualifier sa douleur**

**Test DN4 (facultatif)**

Oui

Non

**La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?**

	Oui	Non
Brûlure	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation de froid douloureux	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décharges électriques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes**

	Oui	Non
Fourmillements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picotements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engourdissements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?**

	Oui	Non
--	-----	-----

Hypoesthésie au tact	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Hypoesthésie à la piqûre	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Frottement	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<b>Score du patient</b>		
<input type="text"/>		

<b>Intensité de la douleur</b>				
	Faible	Modérée	Intense	Extrêmement intense
à son maximum	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
à son minimum	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

## Facteurs influençant la douleur

<b>Facteurs aggravant la douleur</b>		
<input type="checkbox"/> Position	<input type="checkbox"/> Chaud	<input type="checkbox"/> Pression
<input type="checkbox"/> Mouvement	<input type="checkbox"/> Repos	<input type="checkbox"/> Stress
<input type="checkbox"/> Froid	<input type="checkbox"/> Activité	<input type="checkbox"/> Autre
<b>Si autre, merci de préciser</b>		



<b>Facteurs diminuant la douleur</b>		
<input type="checkbox"/> Position	<input type="checkbox"/> Pression	<input type="checkbox"/> Sommeil - Repos
<input type="checkbox"/> Mouvement	<input type="checkbox"/> Chaud	<input type="checkbox"/> Activité
<input type="checkbox"/> Massage	<input type="checkbox"/> Froid	<input type="checkbox"/> Autre
<b>Si autre, merci de préciser</b>		



### Vers quels mécanismes algogènes vous orientez-vous ?

#### La douleur est-elle ?

	Oui	Non
Mécanique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inflammatoire	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropathique	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emotionnel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### La douleur présente-t-elle une ou plusieurs des caractéristiques suivantes ?

	Oui	Non
Brûlure	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation de froid douloureux	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décharges électriques	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### La douleur est-elle associée dans la même région à un ou plusieurs des symptômes

	Oui	Non
Fourmillements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Picotements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Engourdissements	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Démangeaisons	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**La douleur est-elle localisée dans un territoire où l'examen met en évidence ?**

	Oui	Non
Hypoesthésie au tact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypoesthésie à la piqûre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frottement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Score du patient**

**Pathologies à l'origine de la douleur**

**Quelle(s) pathologie(s)**

- |   |                                       |                                   |
|---|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vasculaire     | <input type="checkbox"/> Viscérale    | <input type="checkbox"/> Céphalée |
| <input type="checkbox"/> Rhumatologique | <input type="checkbox"/> Neurologique | <input type="checkbox"/> Cancer   |
| <input type="checkbox"/> Autre          |                                       |                                   |

**Si autre, merci de préciser**

Enregistrer vos réponses

## Annexe 5 : Formulaire de demande de gestion de cas

### Demande de gestion de cas

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Professionnel** :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_

**Je demande l'admission en gestion de cas de :**

Mademoiselle                       Madame                       Monsieur

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse complète :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bât./esc : \_\_\_\_\_ Etage : \_\_\_\_\_

CP : 75020    VILLE : PARIS

Maintien à domicile compromis par<sup>1</sup> :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dernière visite à domicile effectuée le : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Démarches déjà entreprises :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> cf. « Guide des profils des personnes admises en gestion de cas » au dos du document.

☎ : 01 44 64 20 20

Document à transmettre soit par fax au : 01 44 64 20 13 ou  
Par mail à l'adresse suivante : [ppe.clic.20@croix-saint-simon.org](mailto:ppe.clic.20@croix-saint-simon.org)

## Guide des profils des personnes pour l'admission en gestion de cas

### Maintien à domicile compromis par :

- ⇒ Incapacité juridique (*troubles de la motricité, problèmes visuels ou auditifs invalidants...*)
- ⇒ Symptôme physique risquant de compromettre le maintien à domicile (*perte de poids, chutes...*)
- ⇒ Mauvais état de santé ressenti par la personne (*physique ou psychique*)
- ⇒ Troubles comportementaux ayant un impact sur la personne ou son entourage (*troubles du comportement alimentaire, errance, agressivité, hallucinations...*)
- ⇒ Inobservance médicamenteuse
- ⇒ Refus d'aide et de soins
- ⇒ Isolement sans aide mobilisable (*professionnelle ou non professionnelle*)
- ⇒ Epuisement de l'aidant
- ⇒ Négligence, abus de faiblesse, maltraitance
- ⇒ Pas de financement possible des aides nécessaires
- ⇒ Difficulté d'ordre juridique ou judiciaire
- ⇒ Habitat inadapté

## **Annexe 6 : Synthèse de l'exercice de simulation d'un CDD**

### **Exercice de simulation d'un Centre de Consultation Dédié le 4 juillet 2008 dans une école maternelle du 18ème arrondissement (Paris)**

#### **Résumé**

Le groupe de pilotage de réflexion sur l'application du PBE à Paris, rejoint en cours de travaux par un groupe de travail du Réseau de Santé Paris-Nord (RSPN), a proposé d'effectuer un exercice de simulation d'ouverture de centres de consultations dédiés à la grippe (CCD) dans les écoles, en période de pandémie grippale.

En effet, l'idée première du PBE de ne faire que des visites à domicile est vite apparue comme impossible. Quant aux consultations, à Paris, les cabinets de généralistes dans leur structure actuelle ne remplissent pas en général les conditions de non contagion exigées par le PBE, de même que la plupart des dispensaires existant déjà. Le groupe a émis l'idée qu'il fallait disposer d'une centaine de lieux pour Paris, bien repérables par les usagers, accessibles à pied, pour y établir les CCD. Les écoles de quartier ont été choisies.

#### **Préparation de l'exercice (exercice sur table)**

La préparation a consisté à :

- définir un cahier des charges des écoles pouvant accueillir un tel CCD. En partenariat avec la Mairie de Paris et une Mairie d'arrondissement, une école a pu être visitée deux fois, et le cahier des charges établi en tenant compte des contraintes des écoles.
- écrire un scénario le plus réaliste possible pour 2 heures de consultation, en fonction des critères du PBE. Ce scénario a été élaboré par des médecins généralistes après plusieurs séances de travail avec tous les partenaires de terrain. Il a prévu l'organisation des locaux, le matériel nécessaire, les rôles de chacun des joueurs et observateurs, le déroulement de l'exercice.

#### **Réalisation de l'exercice**

L'exercice a eu lieu dans la matinée du 4 juillet 2008 dans une école du 18ème arrondissement de Paris.

Les représentants de toutes les instances concernées du groupe de pilotage du PBE étaient présents en tant qu'organisateur, acteurs ou observateurs du jeu;

Trois médecins généralistes naïfs ont joué leur propre rôle.

Une vingtaine d'élèves infirmiers de l'école de Bichat ont joué le rôle des patients.

#### **Conclusion**

Le jeu réel a permis de constater :

- qu'il est difficile de contenir l'anxiété et l'agitation des patients sans l'autorité morale d'une personne bien formée ou spécialisée présente pendant tout l'ouverture du CCD
- Qu'il faut dès l'accueil hiérarchiser l'urgence de passage des patients en consultation
- que les médecins mal préparés ont eu un temps de flottement et de désorganisation, qui devrait cependant disparaître très vite
- que la charge de travail du personnel administratif est lourde et nécessite de réfléchir aux horaires
- que le respect des conditions idéales de soins primaires en période de pandémie nécessite une organisation et une formation précises en amont de la crise, un personnel relativement nombreux et des locaux bien adaptés?

## SCÉNARIO DE L'EXERCICE

Il a défini :

- l'organisation des locaux
- le personnel nécessaire
- le matériel nécessaire
- le rôle des différents acteurs et le déroulement de la consultation pour 20 patients
- les « fiches patients »
- les fiches de poste

### a. Organisation des locaux

#### . Accueil

Les patients sont accueillis par un personnel d'accueil. Ils reçoivent un masque, un dossier médical à remplir, une information sur les critères de non contagion, et les accompagnateurs éventuels doivent être sélectionnés en fonction de leur nécessité.

#### . Salle d'attente

Elle doit être vaste pour que les sièges soient éloignés de 80 cm les uns des autres. Elle ne doit comporter aucun matériel superflu. Elle ne devrait pas être surchargée de personnes en attente.

Le personnel : (une secrétaire) aide les patients à remplir leur dossier si nécessaire et dirige les patients vers les boxes de consultation au fur et à mesure.

#### . Boxes de consultation

Les boxes de consultation seront soit dans des bureaux suffisamment rapprochés si l'école en dispose, soit dans le réfectoire de l'école qui bénéficie d'un point d'eau. Dans ce cas, ils sont isolés par un paravent.

#### . Sortie

L'accueil de sortie doit être suffisamment grand pour éviter la proximité des patients. Le personnel doit récupérer les dossiers (traçabilité), diriger les patients vers la sortie ou vers la salle d'attente de transport si nécessaire.

Le personnel de sortie organise la suite (retour au domicile, orientation vers une SI<sup>8</sup> ou hospitalisation) et informe le CCSS<sup>9</sup> du devenir du patient.

### b. Le personnel nécessaire

- 1 secrétaire d'accueil
- 1 secrétaire médicale de salle d'attente
- 3 Médecins de consultation + un médecin ou une personnalité morale régulateur d'accueil
- 1 secrétaire au poste de sortie
- Personnel de nettoyage
- Gardien de l'école
- Directeur de l'école

### c. Matériel

#### . Pour chaque CCD

- Tables et chaises pour le secrétariat d'accueil, le secrétariat de la salle d'attente, le secrétariat de sortie
- Chaises pour la salle d'attente en plastique
- Panneaux de séparation pour délimiter circuits entrée/sortie
- Dossiers patients tripliqués
- Affiches pour l'entrée et la salle d'attente (information et prévention)
- Fléchage du circuit
- Numéro d'ordre de passage
- Masques patients
- Masques FFP2 pour le personnel
- Poubelles dans la salle d'attente

---

<sup>8</sup> SI : Structure Intermédiaire : Situées dans des hôtels, elles hébergeront les patients isolés ou nécessitant une surveillance sans avoir besoin d'hospitalisation.

<sup>9</sup> CCSS : Centre de Coordination Sanitaire et Social. Situés dans les mairies, ce sont des centres administratifs qui organisent et coordonnent les différents acteurs de santé et répondent aux questions de la population par téléphone.

- Civières ou transats pour patients faibles en attente d'hospitalisation
- Dépliants d'information patients
- Saturomètre
- Lecteur de glycémie
- Stock de médicaments
- Une balance bébé
- Stylos individuels ne pouvant servir à plusieurs personnes distribués à l'entrée si les patients n'en n'ont pas

. Dans chaque box

- 1 table
- 3 chaises adultes
- Thermomètre oreille à embout jetable
- Tensiomètre
- Stéthoscope
- Lampe et otoscope
- Abaisse-langue
- Ordonnances, Arrêts de travail, Bons de transport
- Solution hydro-alcoolique, lingettes désinfectantes
- Surfanios
- Gants de soin
- Lunettes de protection
- Surblouse
- Poubelles

Dossiers médicaux

Il a été prévu des dossiers carton tripliqués, comprenant des rubriques à remplir par le patient, en particulier les antécédents pertinents pour l'évaluation de la fragilité du sujet, éventuellement avec l'aide de la secrétaire de la salle d'attente, ou par le médecin pour les patients ne pouvant pas le faire eux-mêmes.

Ils sont tripliqués afin que :

- Un exemplaire soit gardé par le patient (à donner à son médecin traitant, ou pour un suivi en cas de convocation).
- Un exemplaire reste dans le CCD (évaluations futures de l'épidémie)
- Un exemplaire sert de liaison en cas d'hospitalisation ou en cas de transfert en structure intermédiaire.



**EXEMPLE DE DOSSIER PATIENT**

A remplir par le patient

Date :

<b>Nom :</b>	<b>Prénom :</b>	
<b>Date de naissance :</b>		
<b>Adresse :</b>		
<b>Téléphone :</b>		
<b>N° Carte Vitale :</b>		
<b>Antécédents</b>		
Asthme		
BPCO		
Problèmes cardiaques, HTA		
Diabète		
Cancer		
VIH		
Allergie médicamenteuse		
<b>Traitement de fond</b>		

Si vous avez un traitement de fond, présentez votre ordonnance au médecin

<b>Vie familiale</b>		
Seul		
En couple		
Enfants à charge		
<b>Signes cliniques</b>		
Fièvre Si oui, à combien : Depuis : Moins de 24h † Moins de 48h † Plus de 48h †		
Toux		
Gêne pour respirer		
Vomissements		
Nez qui coule		

A remplir par le médecin

<b>Examen clinique et conclusion</b>	
<b>Devenir du patient</b>	
Retour à domicile	
Hospitalisation	
Structure intermédiaire	
<b>Mode de transport</b>	SAMU † Ambulance † Taxi †

#### **d. Les acteurs de l'exercice**

Les acteurs de l'exercice se répartissent en 2 catégories : les joueurs et les observateurs.

##### **1. Les joueurs**

- Une vingtaine de patients joués par des élèves infirmiers
- 3 médecins consultants: des médecins généralistes naïfs ont accepté de participer à l'exercice
- 1 personnel du SAMU et du SMUR
- 1 ambulancier
- 1 représentant d'une Structure Intermédiaire (SI)
- 1 représentant du CCSS
- 1 représentant de l'hôpital
- 2 personnels d'entretien des locaux (personnels de l'école, naïfs)
- 3 personnels administratifs (tri à l'entrée, gestion en salle d'attente et gestion de la sortie suite à la consultation), joués par les membres du comité de pilotage

##### **2. Les observateurs**

Des observateurs sont postés à l'accueil, en salle d'attente, en box de consultation et à la sortie. Ils sont chargés de noter les dysfonctionnements mis en évidence pendant l'exercice.

Afin d'avoir des regards complémentaires et de sensibilités différentes, les observateurs sont issus de plusieurs institutions : l'Education Nationale, la DASS, l'AP-HP, le SAMU, la Préfecture, la Mairie, et des médecins généralistes de l'URML, de l'Ordre des médecins et du Réseau Santé Paris Nord. Ce sont des observateurs naïfs : ils n'ont pas participé à l'élaboration de l'exercice.

#### **e. Les « fiches patients » et le déroulement de la consultation**

Les « cas » ont été écrits de façon à ce que cet échantillon représente les projections établies pour l'acmé de la crise, en terme de répartition d'âge, de critères de gravité, de destination de sortie. Des profils psychologiques de patients ont été indiqués, correspondant à l'expérience des généralistes concepteurs du projet. La fiche a été distribuée aux acteurs au début de l'exercice.

#### **f. Les fiches de poste**

Le rôle de chacun des participants à l'exercice avait été défini par une fiche de poste remise à l'acteur au début de l'exercice.

### **FICHES DE POSTE**

#### **Fiche de poste Médecin**

- Vacances de 4 heures (8-12h ; 12-16h ; 16-20h)
- 1 patient / 20 minutes (3 patients/heure)
- Contrat type de médecin de réserve pré-établi
- Rôle
  - o Trier les patients Hôpitaux / SI / Domicile
  - o Rédiger les fiches patients
  - o Rédiger les ordonnances + arrêts de travail
  - o appeler le SAMU si nécessaire
  - o Répondre aux questions posées
  - o Informer et rassurer les patients

#### **Fiche de poste Personnel d'accueil**

- Personnel de l'école
- Vacances de 6h (8-14h ; 14-20h)
- Rôles
  - o Accueil
  - o Distribution des masques
  - o Explications sur le fonctionnement du CCD
  - o Orientation vers la salle d'attente avec numéro de passage

#### **Fiche de poste Personnel de Salle d'attente**

- Personnel de l'école ou de la mairie

- Vacances de 4heures (8-12h ; 12-16h ; 16-20h)
- Rôles
  - o Information et réassurance en salle d'attente
  - o Distribution de fiche patient
  - o Désignation des urgences prioritaires pour médecin

Fiche de poste Personnel de sortie

- Personnel de la mairie
- Vacances de 6h (8-14h ; 14-20h)
- Rôles
  - o Appel du CCSS pour informer de devenir du patient
  - o Gestion de mode de transport
  - o Réassurance

## **Annexe 7 : Journée d'étude**

# **RECHERCHE QUALITATIVE EN MEDECINE GENERALE** **Samedi 18 octobre 2008**

**Dans le cadre des « Ateliers de recherche qualitative en médecine générale », initiés au sein du Département de médecine générale de Paris Descartes, une journée d'étude consacrée à la présentation et la discussion de travaux est organisée avec le concours de Géraldine Bloy (sociologue – Université de Bourgogne LEG UMR CNRS 5118). Dans la continuité de la démarche des Ateliers, les aspects méthodologiques et épistémologiques de la recherche seront approfondis et la réflexion commune sur les modalités de rencontre entre médecine et sciences sociales sera poursuivie.**

## **PROGRAMME**

9h00 - Accueil des participants

9h15 - Ouverture

9h30 (précises) - 11h00

**Emmanuelle Fillion** (CERMES, EHESS, UMR CNRS 8559 et INSERM U502) : « Produire de la neutralité sociologique en contexte d'affaire : une analyse de l'expérience des acteurs de l'hémophilie à l'épreuve du sang contaminé »

11h00 - Pause

11h30 – 13h00

Présentation d'ouvrage par **Anne-Odile La Fortelle** (IMG Paris Descartes), à propos de François Laplantine, *Anthropologie de la maladie, Etude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine*, Paris, Payot, 1986.

13h00 - Déjeuner offert par l'URML d'Ile de France

14h00 – 15h30

**Jean-Yves Trépos** (2L2S / ERASE, Université Paul-Verlaine, Metz) : « La réception des recommandations par les médecins généralistes: une approche méthodologique intégrée »

16h00 - Clôture

L'organisation de cette journée est rendue possible par le soutien de **l'URML d'Ile de France** qui nous accueille dans ses locaux :

**12 rue Cabanis, 75014 Paris (métro Glacière)**

La journée est ouverte à tous, N'hésitez pas à diffuser ce programme à tous les curieux - médecins ou non médecins, sociologues ou non sociologues - désireux de s'associer à cette réflexion collective.

Pour tout renseignement : [laurent.rigal@free.fr](mailto:laurent.rigal@free.fr)