



## Édito

*Dossier Médical Personnel, Dossier Médical Partagé, Dossier Médical Patient...* Plusieurs dénominations, un seul sigle DMP. C'est devenu le défi médical et technologique des années à venir. Depuis longtemps, les pouvoirs publics et les médecins rêvent d'un dossier patient unique, mais l'entreprise est considérable. Dans différentes régions, y compris la nôtre, des expérimentations ont eu lieu, mais les résultats ont été différemment appréciés. Un premier constat s'impose, il faut impliquer les médecins libéraux, car ce sont eux qui véhiculent la majorité des informations qui seront contenues dans le DMP. Pour réussir cette entreprise, un état des lieux est nécessaire car à notre époque, qui dit partage de l'information, dit informatisation.

Qu'en est-il à l'heure actuelle ?

Différents sondages ont été faits, montrant une grande disparité entre télétransmission et informatisation du cabinet médical, entre informatisation du cabinet médical et travail du praticien sur son poste informatique. Toutes ces constatations ont amené l'URML Champagne-Ardenne à mener une réflexion sur **l'informatisation des cabinets médicaux et l'usage qu'en font les médecins**, afin d'étudier ensuite la faisabilité d'un **DMP régional simple, utile et pouvant être utilisé par tous**.

C'est pourquoi l'URML C-A réalise une enquête sur l'état des lieux informatique des médecins libéraux de la région. Je voudrais cette enquête la plus complète et la plus exhaustive possible sans pour autant prendre de votre temps - comme vous le souhaitez également pour l'emploi d'un DMP-. Dans un premier temps, nous vous invitons à répondre au questionnaire joint à l'URML Info. Comme je désirerais cette enquête la plus représentative possible, et non basée sur un taux de réponse minimum, considéré par les statisticiens comme suffisant, les chargées de mission de l'URML et moi-même ferons une relance téléphonique à ceux qui n'auront pas répondu au questionnaire et je vous demande de leur réserver un accueil favorable. C'est pour notre profession que nous oeuvrons.

Dans cette enquête, nous vous demandons également votre adresse email, cela dans le but de disposer à l'URML d'un carnet d'adresse email le plus complet possible pour pouvoir partager rapidement les informations nécessaires à notre métier : l'une des missions des URMLs.

Je vous remercie par avance de votre précieuse collaboration qui permettra à l'URML CA d'avancer rapidement sur ce projet DMP. Les résultats de cette enquête vous seront communiqués dans l'URML info qui suivra. Bien confraternellement.

Dr Yves Duval, *Président URML C-A*

## Évaluation des risques cardio-vasculaires et éducation du patient : appel à volontaires

**Médecins Libéraux de tous les départements :  
Il faut éduquer les patients et évaluer les risques !**

On le fait depuis toujours, mais il faut le prouver.

L'éducation thérapeutique et l'évaluation des risques sont des priorités de santé publique. Leur financement dépend de fonds publics, donc d'une commission d'experts qui retiennent les projets de ceux qui savent dire, mais pas toujours les dossiers de ceux qui savent faire (dans notre prochain numéro de l'Urml Info, je donnerai une analyse, impartiale, des financements des projets retenus par le Groupement Régional de Santé Publique de Champagne-Ardenne).

**Nous proposons à cinquante médecins généralistes de la région de participer à une enquête de faisabilité sur l'action des médecins traitants dans ce domaine.**

Chaque volontaire aura dix dossiers patients à remplir, composés d'un questionnaire médecin sur les facteurs de risque et d'un questionnaire patient sur l'activité physique (temps passé maximum 5 minutes).

Les résultats analysés seront transmis ensuite au médecin traitant qui pourra les donner à son patient.

L'objectif est double :

- faire reconnaître l'action des médecins traitants dans le domaine de l'éducation et de l'évaluation des risques.
- faire reconnaître un acte spécifique d'éducation du médecin traitant (les seules subventions actuelles sont destinées aux unités d'éducation hospitalières).

Les thérapeutes devront également prouver qu'ils sont des médecins de prévention, qu'ils savent évaluer les actions et être ainsi enfin reconnus.

**Si vous êtes intéressés par cette action, il vous suffit de compléter (pour le 15 juillet 2008) le coupon-réponse joint accompagné de l'enveloppe T, en veillant à bien indiquer vos coordonnées afin que nous puissions ensuite vous envoyer les documents nécessaires.**

Dr Dominique Janody, *Vice-Président de la section spécialiste de l'URML, Président de l'Association UTOPIE.*

## Sommaire

- p.1 Édito
- p.1 Évaluation des risques cardio-vasculaires et éducation du patient : appel à volontaires
- p.2 EPP : l'URML met un outil concret au service des médecins
- p.3 EPP ou évaluation des compétences ?
- p.3 Le Réseau Périnatal de Champagne-Ardenne
- p.4 La santé du médecin libéral marnais
- p.6 Le Prix de Thèse de médecine libérale demeure et s'étend à toute la profession
- p.7 Bilan d'activité 2007 de l'URML et budgets 2008
- p.8 L'URML conviée au Gala des Internes



# EPP : l'URML met un outil concret au service des médecins

Je ne connais aucun médecin qui ne souhaite pas placer son exercice au niveau de l'excellence. S'il y en a, les exceptions sont rarissimes. Cela tient à la conscience de tout praticien que le patient lui remet ce qu'il a de plus précieux et tourne vers lui son attente la plus forte. Le médecin n'a pas d'autre choix que d'être digne de cette confiance qu'on lui fait. Il engage sa responsabilité morale vis-à-vis du malade qui l'a choisi en tant que dépositaire de sa santé ; il engage également sa responsabilité déontologique qui lui impose de faire bénéficier le patient des dernières avancées de la science ; sa responsabilité civile, car il est légitime que si l'erreur survient, souvent très lourde de conséquences, elle soit réparée ; et parfois sa responsabilité pénale, car le patient s'étant abandonné entre les mains du médecin, il peut s'estimer trahi si les résultats ne répondent pas à son attente, et en demander justice.

## L'émergence de l'EPP

Si la pratique nécessite l'excellence, comment contrôler sa qualité ?

Dès sa formation le médecin est confronté à la solitude, dont paradoxalement il souffre souvent tout en étant jaloux du colloque singulier qui le lie au patient. Élevé dans l'isolement, le médecin libéral prend donc en main seul la qualité des soins qu'il dispense en se formant de façon continue au cours de sa vie professionnelle. La plupart du temps, il s'agit essentiellement d'une mise à niveau technique afin d'être au fait des dernières avancées scientifiques. La tâche est immense, les moyens variés, mais le résultat est partiel car on n'est pas toujours sûrs d'appliquer exactement ce que l'on sait.

C'est la raison pour laquelle est apparu le concept d'évaluation des soins. Il est né dans les années 1920 aux États-Unis, mais s'est surtout développé après la Seconde Guerre Mondiale dans les pays anglo-saxons. Les Pays-Bas, puis la France l'ont importé après 1970 et dans notre pays, les développements législatifs qui ont rendu l'évaluation obligatoire sous la forme d'EPP sont récents.

Des outils ont été créés afin de faciliter l'intégration des connaissances nouvelles dans la pratique courante, ou pour aider le médecin à réduire sur certains points un écart entre les connaissances scientifiques et la pratique. L'ANAES, puis la HAS (Haute Autorité de Santé) a ainsi mis au point un certain nombre de référentiels établis à partir de conférences de consensus et de recommandations de pratiques cliniques, pouvant servir de guide à l'évaluation, par le praticien, de la qualité de sa pratique.

## Des méthodes appropriées à notre pratique

Afin de structurer cette auto-observation de sa pratique, il est utile de s'approprier un certain nombre de méthodologies. La plus utilisée en France est l'audit clinique, mais d'autres méthodes peuvent intervenir dans l'évaluation de la qualité :

- le chemin clinique qui évalue la prise en charge des patients dans une situation donnée ;
- la revue de pertinence des soins qui apprécie la légitimité d'une décision comme une admission en secteur hospitalier ou une durée d'hospitalisation ;
- la revue mortalité-morbidité qui identifie et analyse des événements graves ayant entraîné mortalité ou morbidité.

Il faut également citer les groupes de pratiques cliniques, où des médecins exerçant le même type d'activité confrontent leurs pratiques à propos de dossiers concrets. Enfin, d'autres méthodes comme l'exercice coordonné et

protocole en maison de santé, l'exercice en réseaux ou les pôles de santé intègrent l'évaluation des pratiques.

Ces méthodes et ces outils peuvent aider à l'évaluation des soins et à un processus d'auto-apprentissage et d'harmonisation des pratiques à travers un concept issu du monde de la santé apparu voici une quinzaine d'années : l'« Evidence Based Medicine ». L'EBM, ou médecine basée sur les [niveaux de] preuves se définit comme « l'intégration des meilleures données de la recherche à la compétence clinique du médecin et aux valeurs du patient ».

## Un accompagnement professionnel personnalisé

Ces concepts issus de l'étranger doivent être replacés dans notre contexte national et leur maniement, adapté à l'EPP, doit être maîtrisé pour que cette évaluation soit efficace et porteuse d'une amélioration des pratiques. C'est là qu'intervient le médecin habilité, qui a été spécialement formé à l'utilisation concrète des outils de l'évaluation médicale, du plus élémentaire (l'audit clinique) au plus complexe. La fonction du médecin habilité est d'accompagner le ou les médecins engagés dans une démarche d'auto-évaluation en les familiarisant avec les concepts d'évaluation des soins. Le choix de la méthode d'évaluation est fonction des questionnements et au-delà, des objectifs que se fixent les professionnels pour améliorer la qualité. La valeur ajoutée d'un médecin habilité peut ici justement être de conseiller les groupes dans le choix de la méthode la plus appropriée par rapport à leur projet. Il facilite ainsi la mise en pratique des conclusions de la démarche effectuée et accompagne l'auto-évaluation des performances ultérieures. Ce travail d'expertise-qualité est finalement aussi enrichissant pour le médecin habilité que pour le médecin engagé dans cette évaluation des pratiques professionnelles.

Le médecin libéral qui souhaite s'engager dans une démarche d'évaluation trouve auprès des URML, des collègues formés par la HAS qui pourront accompagner son processus d'auto-évaluation dans un esprit de confraternité et d'indépendance par rapport aux structures associatives syndicales ou simplement mercantiles. Il est donc important que cette possibilité de satisfaire aux exigences réglementaires de l'EPP à travers l'URML soit pérenne car, à côté des autres filières d'évaluation de la qualité, elle assure la liberté à chaque médecin ou groupe de médecins qui ne se reconnaît pas dans une mouvance particulière, d'accéder sans surcoût financier à l'évaluation de la qualité de sa pratique et à offrir ainsi une amélioration du service rendu aux patients. ■



Dr Jean-Pierre Gara, Médecin Habilité

### Bibliographie :

- Chabot J.M. Évaluation et Formation, Paris, JB Baillière, 2005.
- Vergnenegre A. Rev. Mal. Respir. 2006 ; 23 : 3547-3560.
- Journal officiel de la République Française 2004 ; 11 août, texte 4/94.
- Journal officiel de la République Française 2005 ; 15 avril, texte 4/102.
- ANAES Méthodes et Outils des démarches qualité pour les établissements de santé, 2000.
- ANAES Les référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles base méthodologique pour leur réalisation en France, 2004.

# Évaluation des Pratiques Professionnelles ou évaluation des compétences ?

Les choses sont encore et toujours en train de changer concernant l'EPP.

Nous attendions la mise en place de CRFMC – Conseils Régionaux de Formation Médicale Continue – début 2008 et le Ministre de la Santé les a supprimés au motif d'une simplification du dispositif de formation et d'évaluation. A priori, les prérogatives des CRFMC reviendraient au CNFMC – Conseil National de FMC.

Aujourd'hui, la place et le rôle des CNFMC sont également compromis dans le dispositif, car la Mission parlementaire d'Évaluation et de Contrôle des lois de financement de la Sécurité Sociale – MECSS – veut adosser la FMC, et de fait l'EPP, à la HAS.

La CNP – Conférence des Présidents des URML – refuse une EPP étatisée qui constituerait une atteinte au principe même de la médecine libérale.

L'IGAS va être chargée, par le Ministère, d'étudier la simplification du dispositif et de trouver des axes de convergence entre la FMC, l'EPP et la FPC – Formation Professionnelle Conventionnelle – ainsi que des pistes d'élargissement des sources de financement de la formation.

Une nouvelle loi pourrait transformer l'obligation de FMC-EPP en une évaluation des compétences. Cette dernière permettrait d'avoir une FMC dirigée vers une évaluation des connaissances médicales plus ciblée et l'EPP permettrait de voir si ces formations ont porté leurs fruits... À suivre...

**Cela dit, votre URML, investie depuis le début dans l'obligation, a décidé de créer un Groupe Contact Régional impliquant tous les acteurs concernés par la FMC/EPP à savoir l'Université, l'Ordre, le Délégué Régional des Présidents de CME des établissements privés de la région, les associations de FMC libérale et hospitalières. Le but étant de simplifier le plus possible la vie aux confrères en leur offrant l'EPP clés en main. Première réunion sur ce projet novateur le 19 juin prochain, nous ne manquerons pas de vous tenir informés.**

**Afin de mieux appréhender une éventuelle articulation entre EPP et FMC, les responsables d'associations de FMC libérale doivent nous retourner un questionnaire (en cours d'envoi) dressant un état des lieux de leur association. ■**

Dr Didier Quacchia, *Responsable Commission EPP*  
Véronique Joslant, *Chargée de mission*

## Le réseau Périnatal de Champagne-Ardenne



Comme Monsieur Jourdain, qui faisait de la prose sans le savoir, nous travaillons tous en réseau. Anatole téléphone à Barnabé qui le dirige vers Clélie, grande spécialiste, qui va renseigner Anatole et lui répondra avec le sourire lors de son prochain appel puisque c'est un ami de Barnabé. Pourquoi formaliser une pratique aussi courante et aussi efficace ? Tout simplement parce que, pour dispenser les meilleurs soins à ses patients, Anatole n'a peut-être pas un carnet d'adresses suffisant. Le fait d'appartenir à une structure en réseau (un club) va lui ouvrir toutes les portes.

Pourquoi un réseau périnatal ? Il y a presque 20 ans la France n'avait pas de bons résultats en terme de mortalité périnatale, et à peu près à la même époque il a été montré que les enfants prématurés ou de petit poids avaient de meilleures chances de survie s'ils naissaient dans l'établissement disposant d'une unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale, plutôt que d'y être amenés après la naissance. En 1994, la périnatalité est définie comme une priorité de Santé Publique et c'est le décret 98-900 du 9 octobre 1998 qui organise les maternités en niveau de soins pédiatriques (niveau I : pas d'unité de soins néonataux, niveau II : unité de néonatalogie, niveau III : unité de réanimation néonatale) et pose les bases des réseaux en périnatalité.

On pourrait résumer un réseau périnatal à un ensemble de maternités qui accueillent les mères et leurs enfants, ceci est réducteur, la grossesse et l'histoire de la mère et du nouveau-né ne se résumant ni à ces 9 mois, ni à l'accouchement.

En effet, si la femme accouche dans une maternité, le suivi de la grossesse peut être assuré en dehors de celle-ci, et en particulier par le médecin généraliste. Les informations concernant cette patiente ont besoin de circuler vers le médecin traitant, mais aussi depuis le médecin traitant vers l'obstétricien aussi bien pendant la grossesse que pendant la période post-partum. Une structure en réseau se prête particulièrement à ces échanges.

Le médecin généraliste, proche de ses patientes, peut intervenir à tous les moments, avant, pendant et après la grossesse, dans le cadre de son suivi ou pour une affection intercurrente, il a donc sa place dans un réseau périnatal.

Le réseau périnatal de Champagne Ardenne est jeune, il compte **vous apporter prochainement un dossier mère-enfant accessible via internet, évitant ainsi une perte de temps considérable et vous proposant des aides au suivi et à la décision.** Par la mutualisation des réseaux, le médecin généraliste pourra bientôt pour Madame X, diabétique et enceinte, accéder aux informations des deux réseaux en même temps. Le réseau périnatal a besoin de connaître vos besoins et vos questions pour y répondre le plus efficacement possible. Adhérez nombreux et faites-nous part de vos attentes. À bientôt ! ■

Pour en savoir plus : [www.reseauperinat-ca.org](http://www.reseauperinat-ca.org)

L'équipe de coordination du Réseau Périnatal

# La santé du médecin libéral marnais

Début 2007, lors d'un travail de thèse sous la direction du Dr Guy Vignon, médecin généraliste enseignant, et avec le concours de l'URML, j'ai réalisé une enquête descriptive auprès de l'ensemble des médecins libéraux de la Marne qui avait pour but d'étudier leur état et leur comportement de santé. L'hypothèse était que ces médecins présentaient des difficultés de soins. Aujourd'hui, grâce à une bonne participation des libéraux marnais que je remercie vivement, en voici les principaux résultats et conclusions.

## Échantillon

Sur un total de 945 questionnaires adressés aux médecins libéraux marnais, nous avons reçu **278 réponses** valides soit 29% (satisfaisant mais relativement faible pour ce type d'enquête) ce qui confère une **incertitude de 9,9%**.

## Un tabagisme en baisse

Avec seulement **12,3% de fumeurs actifs** parmi les médecins libéraux marnais, on observe une forte diminution de la consommation tabagique de notre profession par rapport à la population générale (24% en Champagne-Ardenne). En effet, jusqu'à présent les médecins (français) montraient un niveau de tabagisme quasiment aussi haut que celui de leurs patients. En 2005 le taux de médecins fumeurs dans la Marne était encore de 20% ; il semble ainsi exister une accélération des arrêts. Par ailleurs **43% des médecins fumeurs ont l'intention de stopper** (en notant un taux plus faible chez les médecins à forte charge de travail).



## Alcool : existence d'un risque ?

Bien que les résultats montrent que les libéraux marnais (à l'instar du reste de la population médicale française) semblent avoir une consommation bien plus limitée que la population marnaise (dont 7% présente une consommation abusive), près de **12% des répondants estiment avoir une conduite à risque vis-à-vis de l'alcool** (13% des hommes et 5% des femmes). Nous n'avons malheureusement pas identifié de facteurs pouvant expliquer ces taux assez élevés.

## Activité physique

**64% des libéraux marnais déclarent avoir une activité physique régulière** (principalement marche, course et vélo) ce qui s'avère être dans la moyenne de leur catégorie socioprofessionnelle. Parmi eux, les spécialistes médicaux et chirurgicaux semblent un peu plus sportifs que les généralistes (respectivement 75%, 71% et 59%). Ceci est d'ailleurs

probablement accentué étant donné que les spécialités médicales sont plus féminisées et que les femmes (dans cette étude) se sont avérées moins sportives que les hommes.

## Vaccination antigrippale

**60% des médecins marnais se vaccinent tous les ans contre la grippe** alors que 27% ne se vaccinent jamais. Les généralistes se vaccinent plus souvent annuellement que les spécialistes (66% contre 47%).

## Vaccinations antitétanique-diphtérique-poliomyélique

L'importance du taux de médecins se déclarant non à jour pour le DT-Polio (14%) ou ne connaissant pas leur statut (5%) est assez surprenante. En effet, **20% des spécialistes et 10% des généralistes sont en retard de vaccination** : les premiers ne prenant pas forcément en charge les vaccinations dans leur activité, on peut comprendre un tel taux de retard ; l'explication ne tient pas pour les généralistes.

## Dépistage

Les niveaux de réalisation de dépistage de pathologies cancéreuses sont très élevés parmi les libéraux marnais. Ainsi, les médecins femmes ont toutes déclaré avoir déjà bénéficié d'un frottis cervico-utérin et dans 70% des cas celui-ci datait de moins de 3 ans. De même 89% d'entre elles ont déjà effectué une mammographie, dont près de 80% dans les 2 ans précédents (91% pour les plus de 50 ans). Les médecins hommes ne sont pas en reste puisque 71% de ceux d'entre eux ayant plus de 50 ans ont déjà réalisé un dosage de PSA. Enfin, 37% de l'ensemble des médecins de plus de 50 ont déjà accompli un test Hemocult. Ces taux sont au moins similaires (frottis) sinon supérieurs à ceux de la population générale, nous permettant d'affirmer que les médecins libéraux marnais sont bien dépistés vis-à-vis des pathologies cancéreuses.

## Surcharge pondérale et jugement de l'alimentation

Avec **42% des hommes et 20% des femmes en surpoids**, les libéraux de la Marne sont très proches de la prévalence de la population régionale. Or, les Champardennais souffrent davantage de surpoids que la moyenne des français. Par contre, les médecins sont nettement moins fréquemment obèses que leurs concitoyens (seulement 6% des hommes contre 13%). Le taux élevé de surpoids ne s'explique pas statistiquement par la fréquence élevée de quinquagénaires de l'échantillon. Les médecins libéraux marnais ne suivent la logique de leur niveau socioprofessionnel que pour l'obésité, mais pas pour le surpoids. D'autre part, le taux assez proche de la population régionale (13% contre 17%) d'individus considérant leur régime comme peu ou pas équilibré est assez faible et surprenant : il semble bien que **les médecins surestiment la qualité de leur alimentation**, alimentation qui apparaît comme le principal vecteur du surpoids puisque l'activité physique régulière des médecins est fréquente. La lutte contre l'excès de poids est devenue désormais un élément majeur de la prophylaxie des états de morbidité : avec 1 individu sur 2 en surpoids ou obèse, les médecins libéraux hommes marnais sont parfois probablement en difficulté pour développer cette idée avec leurs patients d'autant que plus de **90% d'entre eux pensent que montrer l'exemple à ses patients est utile ou nécessaire**.

## Traitements occasionnels

Les céphalées, les dyspepsies et les arthralgies (dont lombalgies) font chacune l'objet de prise de traitements de façon régulière (mais non chronique) par environ 10% des médecins quand, respectivement pour ces pathologies, 32%, 22% et 49 % y ont recours plus occasionnellement. Ces taux conséquents sont néanmoins tout à fait dans les moyennes de la population générale.

## Anxiété et troubles du sommeil

Nos résultats montrent que, si près de **20% des médecins utilisent parfois des anxiolytiques ou des traitements des troubles du sommeil**, une très faible proportion y a recours régulièrement. Ceci est même surprenant étant donné que **42% d'entre eux déclarent avoir un sommeil de qualité moyenne ou mauvaise**. Cette consommation, bien que nettement plus élevée que dans la population générale, est un peu en deçà des habitudes de la population médicale française (25% en 2003). Reste que le mal-être des médecins révélé par les phénomènes de burn-out est ici bien apparent.



## Pathologies chroniques

35% des médecins répondants déclarent prendre un traitement chronique parmi lesquels 30% pour une HTA, 25% pour dyslipidémie, 16% pour une atteinte cardio-vasculaire hors HTA et 13% pour pathologie rhumatologique, hypertension artérielle et dyslipidémie. Dans les cas de ces deux pathologies nous avons retrouvé des prévalences de traitement plus faibles par rapport à la population et cela chez des individus dont le profil en est assez proche (notamment le surpoids) : la question d'un sous-traitement se pose donc et mériterait une étude dédiée.

## Surveillance clinique et paraclinique

Les résultats n'ont pas mis en évidence de comportement de sur-réalisation d'examen complémentaires (ou du moins cela concernerait moins de 10% des médecins) et ont permis de noter que les surveillances clinique et biologique sont au minimum satisfaisantes.

## Surveillance sérologique

Bien que les risques d'accident d'exposition au sang varient selon l'activité des médecins libéraux, il est étonnant de constater que dans environ 35% des cas ces derniers ne connaissent pas leur statut sérologique de moins de 5 ans vis-à-vis des hépatites B et C et du VIH. Il est encore plus étonnant de constater que **les chirurgiens sont près de 30% dans cette situation concernant le VHC et le VIH**.

## Le médecin en tant que patient

**30%** des interrogés estiment être moins bien soignés que leurs propres patients et ils sont **60,5%** à penser qu'il sont moins bien dépistés. Par ailleurs, **54% d'entre eux pensent qu'ils ne sont pas un bon médecin pour eux-mêmes**. Pourtant confier sa santé à un autre médecin reste une attitude minoritaire parmi les libéraux marnais.

## Prise en charge de la santé

Si 1/3 des spécialistes médicaux déclarent avoir un médecin habituel, ils ne sont que 17% des chirurgiens et 10% des généralistes dans la même situation. D'autre part, dans près de la moitié des cas, ce médecin est un(e) ami(e) conférant ainsi un caractère inhabituel à cette relation. Néanmoins lorsque cela s'avère nécessaire en cas de problème de santé aigu, 60% prennent l'avis d'un confrère au moins de temps en temps. Par

ailleurs, pour le choix d'un traitement chronique personnel les généralistes sont beaucoup moins demandeurs d'avis auprès de confrère que les spécialistes. Être son propre médecin est réalisable même s'il y a certaines difficultés notamment pratiques (prise de tension...) mais plusieurs indices de mauvaise prise en charge (retard vaccinal, sérologies inconnues, surpoids, ...) et l'avis même des libéraux marnais (cf. supra) devraient les encourager à choisir un médecin traitant. Parmi les réponses invoquées pour expliquer ce non recours, **31% des médecins déclarent être gênés d'évoquer leurs problèmes personnels** et 16% invoquent un manque de temps. Par contre l'éventuelle dévalorisation à demander avis et le risque de manque de confidentialité restaient minoritaires. Le fait que 40% des médecins libéraux marnais estiment qu'un service médical qui leur serait dédié pourrait être utile signe probablement une attente de leur part en matière de prise en charge de santé.

## Exercice de la médecine et santé

Certains médecins relient leur condition de santé à leur activité médicale. Ainsi 23% des fumeurs estiment que leur tabagisme est fortement lié à leur travail. D'autre part, 7% des médecins prenant un traitement chronique considèrent que celui-ci a été rendu nécessaire totalement par leur activité et 30% en partie.

## Spécialistes versus généralistes

Un des objectifs de cette enquête était de mettre éventuellement en évidence une différence entre généralistes et spécialistes libéraux, la santé de ces derniers n'ayant été que rarement étudiée. Nous avons effectivement retrouvé des variations, mais qui sont le plus souvent limitées (les spécialistes sont plus sportifs, les généralistes ont davantage recours à des traitements occasionnels pour les arthralgies, les spécialistes sont moins à jour de leurs vaccinations,...) et souvent attendues (les généralistes sont davantage vaccinés contre la grippe, les spécialistes déclarent plus souvent un médecin traitant,...). Nonobstant **nous pouvons conclure à l'absence de différences majeures entre ces deux catégories de médecins libéraux** dans la Marne.

## Variations régionales

De la même manière, il n'y a pas de particularités régionales majeures, mais on retiendra la faible prévalence du tabac, le fort taux de retard vaccinal et le surpoids masculin et féminin important. Par contre, la réalisation élevée de dépistages de cancers est à relativiser, la Marne étant un département pilote dans plusieurs projets.

Globalement, les médecins libéraux marnais présentent une surveillance satisfaisante, un état de santé favorable, un bon niveau de prévention (avec certaines lacunes) et un dépistage efficace. Cependant, le jugement qu'ils portent sur leur état de santé est généralement négatif : il existe donc une contradiction entre la réalité et le sentiment de santé des libéraux. Cette contradiction est possiblement révélatrice de difficultés plus prononcées que nous n'aurions pas mises à jour ; elle est, au minimum, signe d'un mal-être sanitaire des médecins libéraux. Se pose donc la question de la prise en charge de la santé de ces médecins dont la première étape sera de briser l'isolement dans lequel leur activité les confine. ■

Dr Matthieu Corpel, *Médecin Généraliste*  
[mcorpel@aliceadsl.fr](mailto:mcorpel@aliceadsl.fr)

Certaines carences retrouvées dans cette enquête devraient encourager les libéraux marnais à :

- évaluer leur poids et leur alimentation ;
- évaluer leur tension artérielle ;
- dépister et traiter une éventuelle anomalie lipidique ;
- vérifier leur statut vaccinal vis à vis du DT-polio ;
- vérifier leur statut sérologique vis à vis des hépatites B et C et du VIH ;
- choisir un médecin traitant et à le consulter !

# Le Prix de Thèse de médecine libérale demeure et s'étend à toute la profession

Le 22 avril 2008, l'URML a attribué pour la cinquième année consécutive, son prix de thèse, réservé jusqu'à cette année à la médecine omnipraticienne. Cette année deux thèses ont été primées :

• **Premier prix pour Catherine Lemeille** : « *Suivi des grossesses et des nouveau-nés par les médecins généralistes, situation actuelle dans la Marne et évolution vers un travail en réseau* ». Ce travail comprend une étude régionale intéressante et montre l'importance du rôle du médecin généraliste libéral dans ce suivi.

• **Deuxième prix pour Charlotte Jeudy et Benoît Pingris** : « *Patients de plus de 65 ans hospitalisés, en attente d'une institution, étude descriptive sur quatre mois au Centre Hospitalier de Troyes* ». Cet ouvrage démontre que l'exercice médical en amont de l'hôpital est un des gages pour éviter les blocages inutiles dans les hôpitaux et prouve la nécessité de structures spécifiques nouvelles à créer.

L'URML renouvelle ses félicitations pour ces travaux. **Les thèses sont consultables sur le site [www.urml-ca.org/prix\\_de\\_these.html](http://www.urml-ca.org/prix_de_these.html)**

Jusqu'à cette année, le prix de thèse de notre URML était réservé aux thèses de médecine générale. Constatant d'une part, que des thèses de médecine spécialisée peuvent répondre aux missions des URML et d'autre part, dans une volonté de ne pas faire de différenciation vis-à-vis de la médecine générale, de ne pas faire de la discrimination ni négative ni positive, **l'URML dans sa grande sagesse, ouvre ce prix à toutes les spécialités, à partir de**

**l'année prochaine.** Les travaux primés devront être en relation, d'une part avec l'exercice libéral et ambulatoire de la médecine, et d'autre part avec les missions des Unions qui sont :

**1. Analyse et étude** relative au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux.

**2. Évaluation** des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins.

**3. Organisation et régulation** du système de santé.

**4. Prévention et actions** de santé publique.

**5. Coordination** avec les autres professionnels de santé.

**6. Information et formation** des médecins et des usagers.

Le corps enseignant de la faculté sélectionnera dans un premier temps les thèses répondant à nos critères et l'URML fera dans un deuxième temps une délibération avec quelques membres de la faculté pour sélectionner les primés.

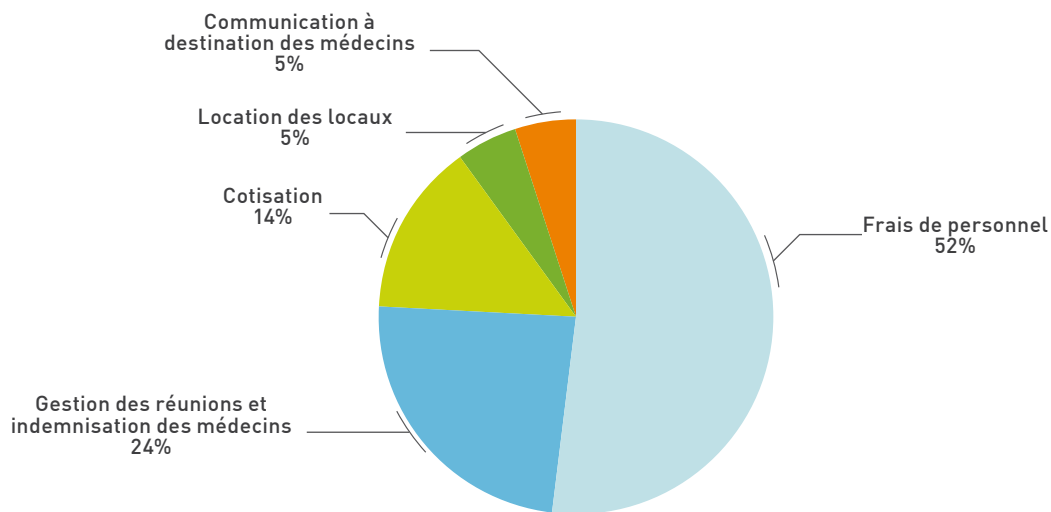
Dr Jean-Claude Reitz, *Président du collège des médecins généralistes*



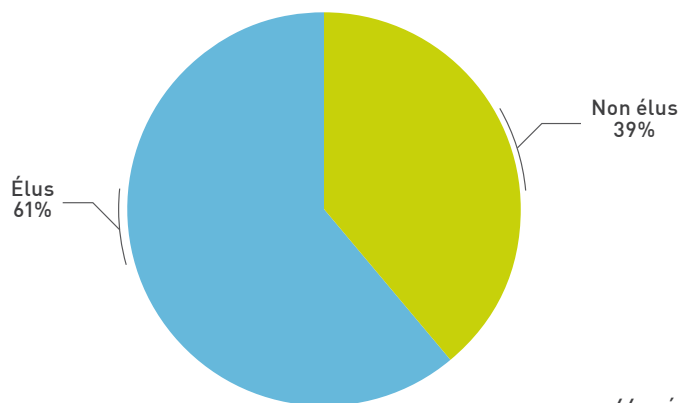
Les lauréats (le Dr Lemeille était représentée par son père), entourés du jury et du personnel administratif de l'URML. Photo : Thérèse Delesalle

# Bilan d'activité 2007 de l'URML et budgets 2008

## Top 5 des dépenses 2007

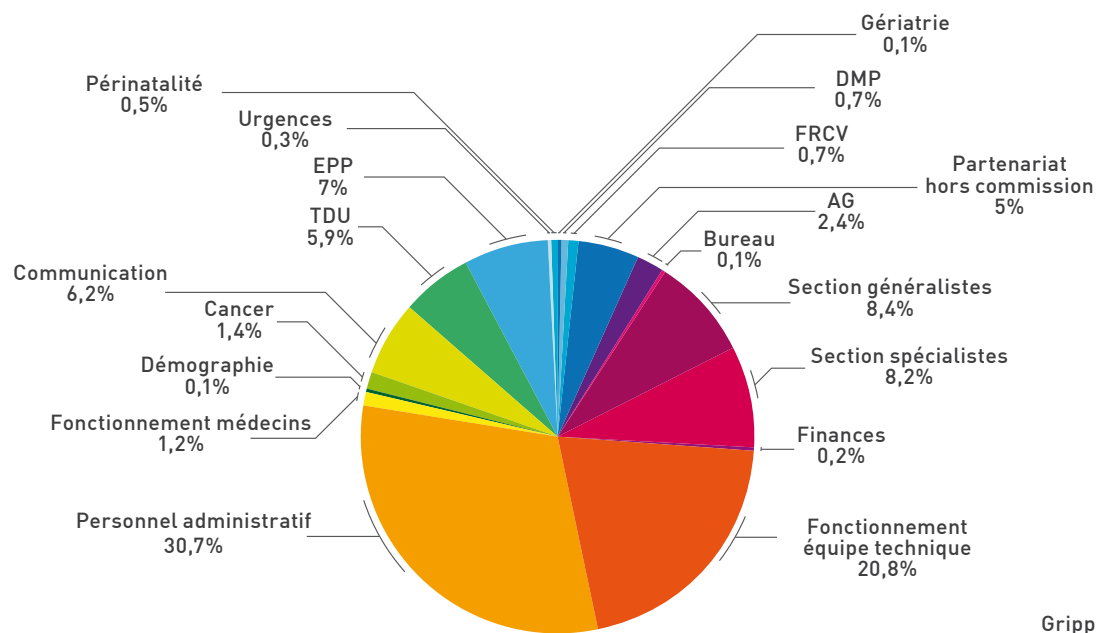


## Participation des médecins à l'activité de l'URML en 2007



46 médecins, dont 18 médecins non élus, ont participé à l'activité de l'URML en 2007 (61 médecins dont 35 non élus avaient participé à l'activité de l'URML en 2006)

# Répartition du budget prévisionnel 2008 sur fonds URML



## L'URML conviée au gala des internes

L'URML a été conviée à la soirée de gala organisée par le Comité des Internes de Reims et de Champagne (CIRC) qui s'est déroulée le 4 avril 2008 aux salons Degermann à Reims. Cette soirée était destinée à réunir les internes de Champagne-Ardenne et de manifester leur engagement dans le domaine associatif, auprès du Secours Populaire à travers un don remis à la Présidente de l'association le soir même.

Ce fut l'occasion pour l'URML de rencontrer des partenaires (DRDASS, URCAM, ARH, Faculté de médecine ...) et de renforcer ses relations, déjà amorcées lors d'une soirée d'échanges en novembre 2007, avec le Comité des Internes sur le thème de l'installation en médecine libérale.


Le discours de présentation prononcé par le Président, Dr Yves Duval, a permis d'exposer les missions de l'URML et de faire connaître ses actions auprès de ses jeunes confrères (Prix de Thèse, EPP, démographie ...). D'autres réunions avec les internes, axées sur l'exercice libéral de la médecine, sont prévues à l'automne 2008.

Nous tenons à remercier chaleureusement le CIRC pour son invitation et à féliciter ses organisateurs pour la réussite de cette soirée de prestige.

Dr Yves Duval, *Président*  
Carole Thiry-Bour, *Directrice*



De gauche à droite : Vanessa Platrier, Chargée de mission -  
Dr Yves Duval, Président de l'URML -  
Hélène Micherolli, Secrétaire de direction -  
Carole Thiry-Bour, Directrice.

- **Rédacteur en chef :** Dr Jean-Claude Reitz
- **Comité de Rédaction :**  
• Dr Matthieu Corpel, Dr Yves Duval,  
• Dr Jean-Pierre Gara, Dr Dominique Janody,  
• Véronique Joslant, Dr Didier Quacchia,  
• Vanessa Platrier, Réseau Périnatal CA,  
• Dr Jean-Claude Reitz, Carole Thiry-Bour.
- **Union Régionale des Médecins Libéraux  
de Champagne-Ardenne**  
• 64 Chaussée St Martin  
• 51 726 REIMS CEDEX  
• **Tel :** 03 26 85 65 00 - **Fax :** 03 26 85 62 60  
• **Mail :** urml.ca@wanadoo.fr  
• **Site internet :** www.urml-ca.org  
• **Permanence de l'accueil téléphonique :**  
• 10h / 12h30 - 13h30 / 16h30
- **Bureau :**  
• **Président :** Dr Yves Duval  
• **Vice-Présidente :** Dr Elisabeth Rousselot-Marche  
• **Trésorier :** Dr Pierre Turquin  
• **Trésorier adjoint :** Dr Guy Erhart  
• **Secrétaire :** Dr Didier Quacchia  
• **Secrétaire adjoint :** Dr Bruno Perrier
- **Équipe administrative :**  
• **Directrice :** Carole Thiry-Bour  
• **Chargées de mission :** Véronique Joslant, Vanessa Platrier  
• **Secrétaire de direction :** Hélène Micherolli
- **Maquette et mise en page :**  
•  **www.smartson.fr**