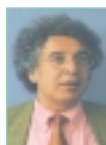




les chantiers de l'union

les Urgences : organisation de la permanence des soins en Rhône-Alpes

Dans le cadre du séminaire
des samedi 10 et dimanche 11 mars 2001, Lyon



par Jacques CATON, Président de l'Union Rhône-Alpes

URGENCE AUX URGENCES

Si la médecine libérale est parfaitement adaptée à tous les soins programmés, il n'en va pas de même en ce qui concerne les soins non programmés, c'est à dire les urgences et la permanence des soins.

Conscients de ce problème, l'Union Professionnelle des Médecins Libéraux de la région Rhône-Alpes et les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins ont souhaité faire le point sur ce sujet important pour tous. Ils ont pris l'initiative d'organiser ce Séminaire pour réunir tous les acteurs concernés et répondre aux questions qui se posent.

L'Union Professionnelle des Médecins Libéraux, soucieuse d'être un partenaire efficace de l'organisation sanitaire sur la région, a entrepris une enquête sur la problématique des urgences en collaboration avec les huit ordres départementaux et les 365 secteurs de garde.

Les problèmes principaux relevés par les responsables de secteur de garde sont les suivants :

- surcharge de travail,
- insécurité,
- grand nombre d'appels injustifiés,
- absence de rémunération suffisante.

Les causes de ces problèmes sont nombreuses et multiples :

- le cadre réglementaire est mal défini et insuffisant pour encadrer la réalité médico-économique de la mission de service public qu'est la garde,
- la valorisation économique est peu favorable,
- l'évolution professionnelle vient encore aggraver ces facteurs,
- la mutation socio-professionnelle de la pratique médicale n'est pas prise en charge (qualité de vie etc...),
- l'évolution de la démographie médicale
- l'augmentation de l'exercice à temps partiel ainsi qu'un infléchissement du nombre des médecins à temps plein entraînent des rythmes de travail différents
- enfin, la pression constante sur les médecins : responsabilité juridique, devoir d'information etc... ne les incite pas à s'investir dans l'organisation de la garde.

Ces problèmes étant majorés semble-t-il en zone urbaine par rapport aux zones rurales ou de montagne.



SOMMAIRE

✦ L'organisation libérale des urgences et de la permanence des soins en R-A	2
✦ La régulation des appels	4
✦ Les moyens matériels	4
✦ La sécurité	5
✦ Les lieux d'exercice	6
✦ La formation	7
✦ Démographie / Féminisation	7
✦ Le budget	8

CAHIER CENTRAL

- ✦ Les synthèses et conclusions du séminaire

Introduction Le séminaire "Urgences" s'est déroulé au Sofitel de Lyon les 10 et 11 mars 2001, était organisé par l'Union Rhône-Alpes en partenariat avec l'Ordre des Médecins du Rhône. Il a rassemblé plus de 200 personnes : élus de votre Union, responsables des tableaux de gardes, urgentistes, généralistes, spécialistes, institutionnels et organismes de tutelles ont pu débattre de l'avenir de l'organisation de la permanence des soins en médecine libérale.

Ce "chantier" est organisé en deux temps :

- les pages 1 à 8 font état du travail préliminaire réalisé par la commission "Urgences" de l'Union et qui a servi de base pour les discussions des samedi 10 et dimanche 11 mars 2000.
- le cahier central (pages numérotées de I à IV) rassemble les synthèses des débats du séminaire. Vous y trouverez les propositions des médecins, les réponses des financeurs, les expériences de chaque région en matière d'organisation de permanence de soins.

Nous vous souhaitons une bonne lecture et n'hésitez pas à nous faire part de vos réactions par E-mail ou en utilisant le site de l'Union

E-mail : UPML.RhoneAlpes@wanadoo.fr / Adresse du site : www.upmlra.org

Sur le site, vous trouverez le dossier "Urgences" en téléchargement.

Bernard Rougier,
Secrétaire général de l'Union

URGENCES



we need you !

COMITÉ D'ORGANISATION

Coordination : Dr B. Rougier, généraliste

- ___ Dr D. Atayi, généraliste
- ___ Dr J. Caton, orthopédiste
- ___ Dr B. Chatin, pdt de l'Ordre des Médecins du Rhône
- ___ Dr E. Crozier, généraliste
- ___ Dr E. Estour, chirurgien
- ___ Dr F-X. Gensburger, généraliste
- ___ Dr G. Granet, généraliste
- ___ Dr D. Grunwald, Conseil de l'Ordre National des Médecins
- ___ Dr B. Kalpakdjian, généraliste
- ___ Dr Mazenod, Conseil de l'Ordre des Médecins du Rhône
- ___ Dr B. Monier, Conseil de l'Ordre National des Médecins
- ___ Dr B. Rougier, généraliste
- ___ Dr J. Stagnara, pédiatre
- ___ Dr B. Wanert, généraliste
- ___ Mme A-M. Louvet, attachée de direction UPML-RA

ÉTAT DES LIEUX

L'organisation libérale des urgences et de la permanence des soins, en Rhône-Alpes

L'ENQUÊTE PRÉALABLE

Par Stéphane Fraisse et Christophe Pascal,
Chercheurs IFROSS, CNRS umr 5823.

L'UPML, soucieuse d'être un partenaire efficace de l'organisation sanitaire sur la région, a entrepris une enquête sur la problématique des urgences et de la permanence des soins. Cette étude visait à appréhender l'organisation libérale des gardes sur la région, à identifier les variations entre les différents secteurs, et à décrire l'implication des médecins libéraux dans cette organisation. Plutôt que d'interroger l'ensemble des médecins libéraux de la région, l'UPML s'est intéressée à la population des médecins responsables de tableaux de gardes, afin de recueillir leurs sentiments.

MÉTHODOLOGIE

L'UPML Rhône-Alpes, en collaboration avec les huit Ordres Départementaux de la région, a identifié 365 secteurs de gardes. Il a donc été envoyé un questionnaire à chacun des 365 responsables de tableaux de gardes. Le taux de réponse a été de 42 %.

RÉSULTATS

Les résultats n'ont pas cherché à faire de l'inférence, mais seulement une description de 42 % des secteurs de gardes de la région. Il existe un système de garde organisé dans près de 95 % des secteurs. La plupart du temps ce sont des associations de fait (pour le secteur rural ou de campagne) et des associations de loi 1901 (dans les secteurs urbains). Ces associations, lorsqu'elles sont financées (dans 19% des cas), le sont dans la grande majorité par les cotisations des médecins. La description des secteurs de gardes laisse apparaître une certaine similitude entre les secteurs ruraux et de montagne, tant en terme de démographie médicale, de volume d'activité médicale (consultations, visites) ou du nombre d'habitants par secteur. En revanche, les secteurs urbains sont bien plus grands et le nombre de médecins et le volume d'actes y sont plus importants.

CONTRAINTES MAJEURES

Les grandes contraintes relevées par les responsables de gardes, quel que soit le secteur, sont une grande fatigue, un grand nombre d'appels injustifiés et une rémunération insuffisante. En revanche, pour les secteurs urbains apparaît en plus, de manière forte, la notion d'insécurité comme l'une

des causes principales pouvant expliquer l'attitude des médecins face aux gardes.

Globalement, les responsables de gardes sont satisfaits de l'offre de soins que proposent les différents acteurs de la santé sur leur secteurs.

Cependant, sur certains secteurs ruraux, ils notent l'éloignement des structures de soins. Pour les secteurs urbains les inquiétudes sont davantage portées sur la difficulté à obtenir des places d'hospitalisation ou à joindre les autres professionnels de santé pour une prise en charge ambulatoire.

SOLUTIONS ENVISAGÉES

Les solutions proposées pour améliorer la situation résident, selon les sondés, dans la création d'un forfait d'astreinte (27% des sondés évoquent cette solution), dans une meilleure éducation de la population (22%), et une augmentation de la rémunération des gardes (17%).

On remarque une grande différence dans la motivation des responsables à s'investir dans la réalisation des tableaux de gardes. En secteur de montagne, ils sont 75% à être encore motivés, alors que dans les secteurs urbains, ils ne sont plus que 41%. Ces chiffres sont certainement à mettre en parallèle avec le degré de difficulté rencontré par ces responsables à établir les tableaux de gardes.

Ces associations, lorsqu'elles sont financées (dans 19% des cas), le sont dans la grande majorité par les cotisations des médecins.



En effet dans les secteurs urbains, ils sont 74 % à avoir du mal à les agencer.

CONCLUSION

On constate un fort investissement des médecins libéraux dans l'établissement des tableaux de gardes, qu'il s'agisse de créer des associations, de se cotiser ou de se former en faveur des soins urgents. Ces responsables éprouvent pourtant une difficulté croissante à établir ces tableaux de gardes. Pour une majorité de médecins, les gardes représentent en effet une fatigue non compensée, pour une rémunération jugée insuffisante. Cette unanimité cache néanmoins des problématiques différentes selon le secteur géographique : confrontés à des problèmes de sécurité qui deviennent de plus en plus prégnants, les médecins urbains sont aussi ceux qui ressentent le plus de difficultés et sont les moins motivés. A l'inverse, les médecins des secteurs ruraux semblent dominés par la problématique de la qualité de vie au travail que pose l'organisation de la permanence des soins.

COMMENTAIRES SUR LES SPÉCIFICITÉS FRANÇAISES

par Jean-Pierre Claveranne, professeur d'Économie de la Santé.

Le système de santé français, par opposition aux autres systèmes européens, est très "hospitalocentrique". Même si depuis trente ans les technologies ont considérablement évolué, tout comme les rapports avec le patient ou les savoir-faire et les manières de faire, une seule chose reste fixe : les urgences dans les hôpitaux ! Elles sont le reflet de notre société. On remarque à travers les demandes qu'elles reçoivent à quel point le patient d'aujourd'hui est devenu un consommateur de soins, au même titre qu'il consomme de la télé ou des vêtements.

La révolution des urgences passe par ce constat : le médecin libéral doit sortir de son individualisme, se penser comme un prestataire de services, pas comme un homme accomplissant un apostolat. Il doit s'organiser avec d'autres pour créer des "medical centers", avec de grands parkings en centre ville ou à la périphérie, 50 généralistes, 15 spécialistes, une salle de radiologie, le tout ouvert 24h sur 24. Cette formule pratique permet au patient de gagner du temps (stationnement facile, présence permanente de médecins qui évite une attente en cabinet individuel, dossier informatisé partagé, radiographie et résul-



tats immédiatement pris en compte...) Le patient a donc tout intérêt à venir sur place, dans un centre où les médecins sont parfaitement organisés et gèrent mieux leur fatigue, leurs compétences, leur temps de travail. Si le patient ne peut pas se déplacer, un véhicule peut lui être envoyé pour le ramener au centre. Ce système existe déjà aux États-Unis. La réponse libérale à la pénibilité des gardes doit, j'en suis persuadé, être collective et reposer sur un cahier des charges de ce type. Un projet de cette nature est d'ailleurs en cours aux Charmettes, à Lyon. Et qui croyez-vous trouver pour investir dans la mise en place de ce type de centre de soins? Les investisseurs privés, bien sûr, qui ont compris que l'urgence est un marché particulièrement intéressant...

LE RAPPORT AVEC LES AUTRES STRUCTURES

par Bernard Rougier

La Loi précise que les médecins "peuvent être associés à la réponse à l'urgence" s'ils en font la demande. Cette formule prouve que pour le législateur, en 1987, la médecine libérale n'était pas investie de cette mission de façon clairement exprimée. D'autre part, l'article correspondant du code de déontologie se borne à dire que c'est "un devoir pour tout médecin de participer au service de garde organisée". L'organisation de la permanence des soins s'est donc développée en marge des textes légaux, par la seule bonne volonté des médecins de terrain. Soit par organisation informelle entre confrères, soit en se systématisant autour d'associations à but non lucratif, de type ADAMU ou APSUM. Cette dernière tentative de professionnalisation plus poussée de la réponse libérale à l'urgence s'est constituée avec un succès

certain dans les grands centres urbains sous le vocable "SOS Médecins". Celui-ci regroupe des médecins qui ont abandonné l'exercice en cabinet pour se consacrer aux visites à domicile.

Il n'en reste pas moins que le médecin d'urgence entretient des relations avec des milieux divers et doit s'adapter rapidement à chaque situation.

AVEC LES AUTRES PROFESSIONS DE SANTÉ

Tous ces regroupements de professionnels de terrain ont tissé des liens locaux avec d'autres intervenants (hôpitaux, pompiers, SMUR, SAMU), mais aussi avec d'autres professions de santé comme les pharmaciens, les infirmières.

Notons que ces professionnels rencontrent les mêmes difficultés à se structurer que les médecins, faute de moyens spécifiques.

AVEC LA MÉDECINE HOSPITALIÈRE

De timides expériences limitées sont apparues pour développer des réponses mieux coordonnées entre milieu hospitalier et médecine ambulatoire, comme à Grenoble. Une étude menée par le Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé sur les attitudes des médecins généralistes face aux systèmes des urgences souligne que ce système est "inducteur de déséquilibre". Il réduit la relation de soins, caricature les relations avec l'hôpital, exacerbe les relations de pouvoir, réactive isolement et peur, développe la méfiance généralistes / urgentistes, installe le doute sur le savoir-faire personnel, déforme l'image des intervenants. Ainsi, conclut cette enquête, "Le système d'urgence accentue la distance entre la médecine libérale et la santé publique."

AVEC LES POMPIERS

Des unités se sont développées chez les pompiers, qui ont fait appel à des médecins dont le statut est très variable et les fonctions encore plus fluctuantes : du simple médecin du travail à l'intervention sur la voie publique pour les accidents de la route.

AVEC LA POLICE

Les relations ne sont pas des plus faciles avec les services de police, qui nous appellent pour examiner une personne en garde à vue ou en état d'ébriété. Cette réquisition n'est en général pas rétribuée par la personne examinée qui est en principe notre "patiente", sans le vouloir le plus souvent. D'autre part, quand le médecin est appelé dans une zone à risque où la police ne veut pas aller, il hésite face aux risques qu'il encourt personnellement et face à l'aspect aléatoire de sa rémunération ♦

LA RÉGULATION DES APPELS

L'exemple Grenoblois

par François Xavier Gensburger

En dehors des heures de consultation, l'accueil téléphonique des cabinets médicaux est souvent assuré par un répondeur. Cependant, une enquête réalisée en 1998 sur l'agglomération grenobloise révèle que la plupart des médecins répondent aux appels, même s'ils ne sont pas de garde.

La ligne est souvent "basculée" à distance sur un portable ou sur un téléphone fixe pendant les heures de garde. Le conjoint qui répond aux appels et le système du tatoo sont deux méthodes en voie de disparition.

Une minorité répond sur des répondeurs inaudibles, ou avec des messages du type "je serai là à telle heure demain matin". La plupart des messages ne restent pas centrés sur la vie du cabinet mais ajoutent le n° 15 et/ou le n° de SOS Médecins (parfois considérés comme les concurrents directs des généralistes libéraux).

Si les médecins ne se servent pas de répondeurs, ils ont un secrétariat téléphonique (équipé de répondeur), et les derniers irrédutibles craquent actuellement pour le téléphone portable, sur lequel certains ne souhaitent cependant pas être appelés, mais seulement appeler ou recevoir des messages.

Il existe également des postes de radio reliés au 15, qui fonctionnent selon le principe des talkies, les stornos, que les médecins de garde passent au suivant avec le véhicule et l'ECG quand ils quittent leur garde.

UN SUCCÈS BASÉ SUR LA PARTICIPATION DE LA MÉDECINE LIBÉRALE AU CENTRE 15

Actuellement, 954 (sur 1153) médecins généralistes de l'Isère assurent les gardes de 1^{re} urgence toutes les nuits, tous les week-ends et jours fériés se répartissant la tâche sur 74 secteurs géographiques. Cela représente, toutes gardes de 1^{re} urgence confondues, 28.256 gardes.

POINT POSITIF

Sur l'agglomération grenobloise (représentant environ la moitié de la population du département), cette garde est assurée 24h/24 avec les tranches horaires 8h-14h, 14h-22h et 22h-8h.

A Grenoble, depuis 1993, il existe un cabinet de garde les samedis après-midi et les

dimanches et jours fériés ; à Bourgoin-Jallieu, depuis 1999, un cabinet de garde a également été mis en place les dimanches et jours fériés. Ainsi les patients pouvant se déplacer se rendent au cabinet du médecin de garde, soulageant ainsi le médecin de 1^{re} urgence.

En plus de ce travail de 1^{re} Urgence, 35 médecins généralistes volontaires (issus de tout le département) assurent la régulation médicale libérale du C.R.R.A. au CENTRE 15 de l'Isère situé au C.H.H. de GRENOBLE (SAMU 38).

Cette régulation est assurée en semaine de 18h à 8h, 24h/24 les samedis, dimanches et jours fériés. Les médecins sont rémunérés par la C.P.A.M. sur la base de 3C/H (N.B. : C = 115 F). Actuellement, ils rétroversent 25% de leurs honoraires comme suit : 10 % à l'A.D.A.M.U. 38 pour ses frais de fonctionnement et 15% au C.H.U.

Des pourparlers très avancés devraient remettre en cause cette rétrocession, l'A.D.A.M.U. 38 souhaitant que ses frais de fonctionnement soient assurés par les Collectivités Locales et le F.A.Q.S.V. puisqu'elle ne voit pas la nécessité de participer au financement du C.H.U. Cette revendication devrait aboutir en 2001.

Les rapports des médecins de 1^{re} urgence avec le C.R.R.A. sont bien sûr éminemment variables. Après une phase de rejet épidermique de la médecine libérale vis à vis de la médecine hospitalière, les médecins de garde reconnaissent que la régulation leur facilite la tâche, puisque les conseils téléphoniques des médecins régulateurs libéraux représentent 70% des réponses. Cela évite le déplacement systématique du médecin de 1^{re} urgence.

POINT NÉGATIF

La fatigabilité et le financement moindre des médecins de 1^{re} urgence.

LES MOYENS MATÉRIELS POUR LES VISITES D'URGENCE

par Danielle Atayi

Il faut distinguer les moyens de base, et le matériel d'urgence.

A - LES MOYENS DE BASE

- La voiture

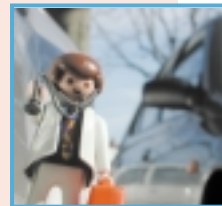
C'est un équipement évident pour les visites du médecin au domicile de ses propres patients. Cela ne l'est plus lorsqu'il s'agit d'appels dans le cadre de la permanence des soins pour un secteur géographique de garde plus étendu, en particulier dans les secteurs urbains. Dans ce cas, les médecins qui répondent à une demande de service public devraient bénéficier d'un véhicule mis à la disposition par la ville, ainsi que d'un chauffeur, dans les zones sensibles où le médecin prend des risques dès qu'il se rend chez un patient :

- Il a des ordonnances, un minimum d'argent, un véhicule...
- Il se rend chez des patients qu'il ne connaît pas.

- Il peut s'agir de personnes dont les intentions ne sont pas du tout médicales.
 - Le financement du système de garde
- Il est assuré dans beaucoup de secteurs géographiques par les médecins eux-mêmes et ce sont eux la plupart du temps qui doivent assurer les frais de fonctionnement alors que ce service est un service public.

- La ligne téléphonique

Dans le registre "le médecin est un pigeon", c'est le médecin qui doit financer l'abonnement de la ligne téléphonique propre au système de garde !..



B - LE MATÉRIEL D'URGENCE

Les appels d'urgence nécessitent beaucoup de matériel. Fait ahurissant, plus la visite est urgente et plus elle coûte cher au médecin.

Pour les accidents de la route, il faut avoir compresses, désinfectant, couverture de survie, oxygène, collier cervical, attelles d'immobilisation.

Pour les premiers soins de réanimation (perfusions, pratique d'électrocardiogramme, intubation), que certains médecins éloignés doivent assurer avant l'arrivée du SAMU, il faut savoir que la somme moyenne de matériel qu'un médecin avance dans ce type d'intervention est souvent supérieure à 300F, et peut aller jusqu'à plus de 2000 F. Somme à laquelle il faut ajouter les honoraires, le manque à gagner des clients qui se lassent en salle d'attente, et souvent repartent.

Dans la majorité des cas, ces interventions sont une perte sèche ! Le malade part avec le transport d'urgence et oublie de payer le médecin.

Les médecins dont les revenus ne cessent de décroître, ne pourront supporter indéfiniment cet état de fait.

Ces systèmes qui se sont installés lorsque le médecin assurait quelques appels, ne peuvent plus être pris en charge par le médecin à l'heure actuelle.

Nous demandons donc une table ronde pour réorganiser le système de la permanence des soins. Nous souhaitons :

- Une distinction nette entre les permanences des soins, les urgences vitales et les visites de confort.
- Une rémunération des médecins adaptée et un système de remboursement propre aux 3 situations (urgence vitale, urgence ressentie et visite pour exigence personnelle)
- Une campagne d'éducation des malades par les Caisses.

[> > > suite page 5]

synthèse des débats

Samedi 10 mars 2001

Urgences : permanence des soins : journée régionale Rhône-Alpes

Accueil

Docteur Jacques Caton, Président de l'UPML-RA

Dans son intervention d'accueil, le Docteur Caton dresse le tableau alarmant de la situation de la permanence des soins : les médecins libéraux sont "fatigués, démotivés, paupérisés".

- Engorgement des urgences hospitalières (10 M de personnes se présentent aux urgences chaque année, avec une augmentation de 4 % par an).
- 60 à 80 % des cas relèvent de soins en ambulatoire, seuls 6 % nécessitent une hospitalisation prolongée.
- Les médecins libéraux qui assurent la permanence des soins cumulent leurs horaires de consultations et de visites à domicile avec des gardes de nuit et de week-ends. Résultat : ils travaillent de 60 à 70 h par semaine, et ils n'ont plus envie de faire des visites de jour loin de leurs cabinets pour 135 F, dans des quartiers parfois dangereux.
- L'enquête réalisée par l'IFROSS montre que cette surcharge de travail est une réalité vécue par 95 % des médecins de campagne et par 100 % des médecins de ville.
- La démographie médicale est en baisse, la société vieillit, et les nouvelles générations de médecins veulent préserver une qualité de vie qui les éloigne de l'astreinte des gardes. La féminisation de la profession accélère encore ce phénomène, puisque les femmes médecins ne travaillent pas toujours à plein temps et veulent réserver une certaine disponibilité à leur famille. Dans les générations antérieures où la grande majorité des médecins était des hommes, leurs épouses assuraient l'éducation des enfants et l'intendance domestique, ce que ne font pas encore la plupart des conjoints des femmes médecins actuelles.
- L'insécurité est ressentie, essentiellement dans les grandes villes.
- Une réalité sociologique vient aggraver ce tableau : celle du "consommateur-zappeur" qui transforme les urgences en "médecine self-service" 24h/24. Cette attitude explique le grand nombre d'appels injustifiés en urgence.
- Ce comportement du patient qui consiste à remplacer le médecin de famille par les structures d'urgence représente un danger pour le traitement efficace des cas réellement graves. Une "éducation" ou une meilleure information du public sont donc nécessaires pour enrayer cette déviance consumériste.
- La fermeture des cabinets de radiologie le week end (dépassement de quota d'honoraires) empêche l'organisation globale et efficace des gardes libérales.

Introduction aux débats

Docteur Boris Chatin, Président de l'Ordre des Médecins du Rhône

Le Dr Chatin rappelle la contradiction génératrice de malaise qui atteint l'organisation de la permanence des soins :

- Le code de déontologie, promulgué il y a 5 ans comme décret ministériel, signale dans l'article 77 "le devoir pour tout médecin de participer au service de garde de jour et nuit".
- Or la baisse de la démographie médicale, assortie de sa féminisation, le blocage par le numerus clausus et l'absence de moyens spécifiques empêchent la prise en charge de la permanence des soins de manière organisée et efficace.

1 - Organisation des urgences dans les autres pays industrialisés

Stéphane Fraisse et Christophe Pascal (IFROSS)

- Constat de base : le problème de la permanence des soins est pratiquement absent de la littérature médicale européenne, sauf quelques études centrées sur la Grande-Bretagne. Après étude sur 5 pays industrialisés (Angleterre, Suède, Allemagne, Québec, États-Unis) les constantes repérées sont :
- L'augmentation du nombre des cabinets de garde.
- La diminution des déplacements à domicile, hormis pour les personnes âgées et les soins palliatifs.
- La fatigue des médecins et la charge psychologique très forte qu'ils endurent.
- Tous les pays observés cherchent une solution, rien d'idéal n'a été mis en place.

2 - Présentation de l'étude faite par l'Union Rhône-Alpes cf. page 2.

3 - Débats avec la salle sur l'état des lieux de la permanence des soins

Animateur : Dr Rougier, secrétaire général UPML-RA

Les difficultés évoquées par les participants révèlent une disparité des solutions apportées à la permanence des soins selon les secteurs de Rhône-Alpes (exemplarité de Grenoble ADAMU 38) et la nécessité de développer un système plus clair et plus fort, pour préserver une unité médicale sans imposer de mesures autoritaires ou démagogiques. Les réalités évoquées par les participants rappellent les conclusions des études de l'IFROSS :

- Problème fondamental de la fatigue non récupérée et du surmenage entraînant des erreurs et des risques médico-légaux. (Peut-on travailler en médecine de montagne jusqu'à 65 ans avec beaucoup plus de 35 h par semaine ?).
- Question de l'exemption de garde pour raison d'âge (50 ans) accordée ou non par les ordres départementaux, selon les effectifs (injustice ressentie par les généralistes face aux spécialistes qui ne sont pas impliqués dans le dispositif).
- Question de la formation des médecins qui ne pratiquent plus d'urgences et doivent reprendre cette activité pour combler les manques d'effectifs. (Implication ou non des médecins proches de la retraite ?).
- L'action de régulation des libéraux qui désengorge les urgences hospitalières n'est pas reconnue par les pouvoirs publics (les conseils gratuits donnés au téléphone dans 53% des cas satisfont 90% des patients).
- Manque de reconnaissance de l'action de service public des médecins libéraux (faible rémunération des gardes en général ; problème du non paiement en cas d'accident sur la voie publique ou de problème social ou psychiatrique...).

4 - Restitution des ateliers

Atelier zones urbaines : "À visite de confort, honoraires confortables"

- Cabinets de garde

La visite à domicile est un particularisme français. Il est nécessaire d'organiser une articulation des soins entre centre 15, Médecins libéraux et SOS-médecin pour diminuer le maximum de demandes abusives, et éventuellement appliquer un tarif plus fort non remboursé.

L'ouverture tardive de certains cabinets permettrait d'envisager un système souple qui absorbe une grande partie de la demande de soins nocturne bénigne (22h - 24h les soirs de semaine par ex.)

Le débat sur l'admission aux urgences (exclure ou non les personnes qui ne sont pas amenées par la police ou les pompiers) reste ouvert. "Le rapport client/fournisseur est dérangeant pour les humanistes que nous sommes" rappelle un participant, qui pense que tout le monde a droit au service médical, même si la seule angoisse motive un grand nombre d'appels ou de visites aux urgences.

Un financement multiple (Assurance Maladie, mutuelles, collectivités locales et état compris) de la permanence des soins est largement souhaité.

- Sécurité

L'objectif est de n'exclure les visites dans aucun quartier en assurant un accompagnement des médecins en déplacement et de mettre sur pied des projets de CAPS (Centre Avancé pour les Premiers Soins) sécurisés dans certaines agglomérations.

- Éducation des patients

Processus long et difficile auquel les médecins peuvent participer avec l'aide des pouvoirs publics et des autres acteurs de santé. L'organisation et le financement des campagnes d'information doivent être régionaux et/ou nationaux (État + URCAM, UPML).

Atelier zones montagneuses : "Y a-t-il un médecin sur la piste ?"

- Seuls 300 des 100 000 généralistes de France assurent les soins de 7 millions de skieurs chaque hiver, dans des conditions géographiques et climatiques souvent difficiles.
- Des maisons médicalisées avec radio et salles de soins spéciales sutures permettent la prise en charge des traumatismes quand l'hôpital est trop éloigné. Des plateaux techniques plus lourds permettraient de traiter les lésions de plus en plus sévères enregistrées sur les pistes, mais ne seraient pas forcément rentables dans les conditions actuelles.
- Il manque des protocoles médicamenteux spécifiques et des formations adaptées, une rémunération et une fiscalisation correspondant au service rendu, une réponse efficace de la DRASS par autre chose que des "expérimentations".

Atelier zones rurales : "La médecine de campagne s'épuise"

Les préconisations évoquées pour éviter la désertification des campagnes :

- Une régulation efficace en zone rurale passe par des astreintes rémunérées, sans intervention systématique à domicile, mais avec des conseils et prescriptions téléphoniques. Une garde téléphonique pourrait être effectuée par des confrères proches de la retraite (donc expérimentés) et devrait être rémunérée, son cadre médico-légal doit être précisé.
- Application du tiers-payant pour certains actes : intervention médico-sociale, urgence psychiatrique, accident sur la voie publique (déjà en vigueur à Lyon).
- Défiscalisation du supplément de garde ?
- Revalorisation des actes de garde (à quand la mise en application de la nouvelle nomenclature des actes d'urgence ?).
- Forfait d'astreinte qui inclut celle du conjoint ou le secrétariat téléphonique.
- Financement pour une formation et investissement matériel spécifiques pour l'urgence vitale dans certaines zones (facteur de motivation et de valorisation de l'exercice en milieu rural, vu l'éloignement des structures hospitalières et des SMUR).
- Sensibilisation des autorités préfectorales sur les interventions auprès de malades agités (insécurité majeure des campagnes).
- Inscription de la garde dans une démarche de service de santé publique : il est normal que l'État participe à son financement puisque la démographie médicale en baisse est responsable de zones blanches rurales sans médecin, une meilleure régulation des gardes et urgences serait un facteur d'économie de la santé.

4 - Les financeurs ont-ils des réponses à ces propositions ?

Animateur : Pr. Claveranne, Professeur d'Economie de la Santé

Le docteur Caton informe que la DRASS n'a pas souhaité participer à cette partie du débat malgré la demande du ministère : "dont acte"

Sont présents des représentants de la mairie de Lyon, de l'URCAM, des caisses d'assurance maladie, de l'APICIL-ARCIL, du SAMU 69, le président du collège des généralistes de l'Union, et un représentant du collège des spécialistes de l'Union.

Le représentant de l'ARH s'est excusé au dernier moment.

- **La part d'aide de l'État, selon le Médecin Inspecteur Régional**, ne peut se concrétiser qu'à travers des établissements de santé sous la forme de contrats d'objectifs et de moyens (CHU de Grenoble SAMU 38).

- **Dans les zones éloignées, l'ARH prévoit une mise à disposition de plateaux techniques** appuyés sur les hôpitaux locaux.
- **La sécurité sociale finance à titre expérimental le dispositif ADAMU 38**, organisation pilote qui fonctionne depuis 1991 (35 médecins en 2001).
- **Certaines mutuelles (telles que l'APICIL-ARCIL) ont déjà proposé** de s'engager dans l'action d'information : éduquer le public en organisant de larges campagnes informatives : la population doit comprendre la différence entre vraies et fausses urgences.
- **Souhait général de coter** la permanence au centre de régulation des appels (centre 15) à 3C de l'heure et de rémunérer les réponses téléphoniques au cabinet (exemple anglais à 80F par appel).
Les pouvoirs publics sont interpellés pour donner les moyens aux libéraux d'assurer une mission de service public, en collaboration avec les centre 15, les pompiers et les urgentistes privés et publics.
- **La fongibilité des enveloppes financières** est une condition indispensable au niveau national.

Synthèse des deux débats :

L'assistance est donc d'accord sur le fait qu'il faut

- **remobiliser les médecins libéraux par plus de sécurité et plus de rémunération** de leur action de régulateurs et d'effecteurs de la garde :
- **réformer les médecins** au besoin pour les intégrer dans ces tableaux de garde ouverts à un plus grand nombre de médecins compétents ("répétition" avec les pompiers pour intervention avec matériel spécifique sur la voie publique par exemple) ;
- **réorganiser la permanence des soins** (en collaboration avec les hospitaliers / le centre 15 / les urgentistes non installés, et en interne entre médecins libéraux de tous secteurs), avec par exemple des systèmes de n° uniques parallèles au 15, un carroyage des sites qui désigne les médecins concernés par ce secteur, etc ;
- **défatiguer les médecins en faisant venir le public dans les cabinets**, en ouvrant la garde à un plus grand nombre de médecins (seul le Préfet peut réquisitionner des effectifs par le Conseil de l'Ordre), en augmentant le numérus clausus des médecins, en améliorant la régulation ;
- **motiver les praticiens de la permanence des soins** en leur donnant une reconnaissance professionnelle et financière. Une mixité de la rémunération : forfait d'astreinte + rémunération à l'acte + récupération sécuritaire de la fatigue de la garde sur une demi-journée sur la base d'une journée de FMC a été proposée par le représentant de l'URCAM.

Dimanche 11 mars 2001

Urgences : permanence des soins : journée nationale / table ronde des Unions

Accueil

Jacques Caton, Président de l'Union Rhône-Alpes, ouvre la séance en rappelant les problématiques soulevées la veille sur le thème de la garde médicale, et signale que les représentants de la DRASS se sont désimprimés du débat régional sur le financement organisé hier, car c'est un problème qui selon eux "ne relève pas de l'autorité de l'État".

"Dont acte", conclut le Dr Caton.

1 - États des lieux régionaux

En s'appuyant sur des enquêtes menées entre 1997 et 2000, chaque Union appréhende aujourd'hui la situation du secteur géographique auquel elle est attachée. Les responsables de ces Unions rapportent donc de manière détaillée l'organisation de la permanence des soins dans leur région, et évoquent les projets mis en place dans chacune. Malgré la diversité des solutions envisagées ou en cours d'expérimentation, il apparaît que les difficultés soient sensiblement les mêmes dans chaque région de France.

Voici le détail de trois situations régionales différentes :

A - Rhône-Alpes (Jacques Caton)

Les solutions proposées la veille pour régler les problèmes de l'organisation de la permanence des soins (détaillés par une enquête de l'IFROSS LYON 3) sont listées comme suit :

- Complémentarité des acteurs de santé avec un numéro de téléphone unique ou deux numéros (15 et n° de médecine libérale de garde)
- Limitation de l'accès aux urgences hospitalières aux patients amenés par le SMUR, les pompiers ou la police (problème médico-légal à résoudre)
- Amélioration de la formation des médecins libéraux au traitement des urgences
- Augmentation de leur rémunération avec l'établissement d'un forfait d'astreinte

(exemple de Roubaix)

- Suppression du reversement d'une partie des honoraires des radiologues quant ils ont dépassé leur quota de patients, dans le but de garder les cabinets de radiologie ouverts le dimanche
- Information sanitaire de la population pour tempérer ses ardeurs consuméristes. Relais de ces campagnes par les collectivités territoriales (mairies, conseils généraux) et certaines mutuelles
- Développement des CAPS (Cabinets Avancés pour les Premiers Soins) ou Maisons de l'Urgence. Exemple lyonnais où tous les candidats aux élections municipales ont accepté de financer des locaux et éventuellement des véhicules avec chauffeur pour les visites à domicile.
- Accueil possible, proposé par le Département, dans les locaux "Maisons du Département" existant pour la PMI, après les heures de cabinet, et le week-end.

B - Bretagne (Dr. Hervé Ozier)

- Ouverture à Rennes d'un CARL (Cabinet d'Accueil et de Répartition Libérale) identique au CAPS en avril 2001, avec forfait d'astreinte pour les médecins participant. Ce forfait est perçu comme une reconnaissance de la mission de service public assurée par les libéraux. Il reste à trouver les 60 médecins nécessaires pour démarrer l'activité effective de ce CARL.
- Financement de ce CARL par l'URCAM : le FAQSV donne 500.000 F pour une expérimentation d'un an.

C - Poitou-Charentes (Dr. Fouré)

- Enquête en 1997 sur la région et ses 138 secteurs de garde, le SAU de la Rochelle et les 106 médecins généralistes de la ville parfaitement organisés en garde 24h/24 avec une association unique dont tous font partie. Selon Bernard Kouchner, "si les flux de patients augmentent dans les urgences des hôpitaux, c'est parce que les généralistes ne font rien en amont". Or, l'augmentation des patients est similaire en hôpital et pour l'association des médecins libéraux de la Rochelle : + 4 % pour elle, + 5 % pour l'hôpital.

- Les populations ne sont pas les mêmes dans les deux structures d'accueil.
- L'association libérale ne peut répondre à tous les appels à cause du handicap que représente la visite à domicile. D'où l'intérêt de consulter dans une Maison de l'urgence.
- La multiplication de l'offre de soins ne peut se faire que dans un contexte mieux organisé.

Ce tour de table de l'ensemble des régions présentes permet de mettre en exergue un certain nombre de constats qui vont être débattus ensuite.
Une synthèse de l'ensemble des travaux préalablement communiqués par les différentes unions régionales est remise aux participants.

D - Basse Normandie (Chantale Puret)

- Création d'une commission qui différencie permanence des soins et urgences. L'urgence est gérée par l'ARH (SAMU, SMUR et généralistes). Ces généralistes doivent aujourd'hui se réinvestir à cause de la fermeture des hôpitaux locaux et des maternités. Ils se reforment et s'organisent matériellement pour se réadapter à la situation. La permanence des soins sur le secteur rural se fait 24h/24 sans problème. Sur Caen, en secteur urbain, elle est moins bien assurée malgré la présence de SOS médecins. Une enquête est en cours.

E - Franche Comté (Dr. Jean-Pierre Castioni)

- Une étude de 1995 sur les urgences selon la taille des communes a été complétée par une récente cartographie. Il existe une couverture médicale de toutes les communes, avec 90 secteurs de garde, où l'ensemble des généralistes est très impliqué. Beaucoup de ruralité et quelques grandes villes signifient une différence des pratiques dans les deux contextes.

F - Centre (Dr. Jean-Paul Briand)

- Le rapporteur rappelle qu'un passage (non suivi) aux urgences revient à 700 F. Ce coût élevé des soins immédiats non programmés est parfois économisé par la présence des généralistes. Mais ne faut-il pas remplacer le mot "urgence" par le mot "détresse" ? demande le rapporteur, qui constate que l'urgence vitale n'est pas une notion comprise par le grand public, qui préfère les urgences à l'attente chez le médecin en cas d'inquiétude.
- Le rapporteur insiste sur la nécessité de prévoir l'avenir de la profession dans l'optique de sa féminisation et de l'option "qualité de vie" prise par les nouvelles générations (contre la moyenne actuelle des 59 h de travail par semaine). L'insécurité, le consumérisme médical sont également mis en avant.
- La solution proposée : le salariat des confrères et leur protection judiciaire.

G - Guyane (Dr. Alain Bouix)

- Le centre 15 est peu utilisé, et il existe un gros problème d'accès aux soins (environ 80 médecins généralistes) mais tous font des gardes. Pour la ville principale, Cayenne, deux conventions sont en cours de mise en place : l'une sur la régulation des appels, l'autre avec le centre hospitalier pour une permanence dans un bungalow à part. L'acte sera payé normalement avec en plus une indemnité de régulation à 3 C de l'heure, dont 1,5 C conservé par le médecin. Les 3C de l'heure seront payés par la CAM. Le FAQSV n'est pas prévu comme ressource financière dans ces conventions.
- Le nombre de visites à domicile est très faible, les médecins ne se déplacent pas (peu).
- À la campagne (forêt amazonienne), il existe des dispensaires où travaillent des médecins salariés taillables et corvéables (permanence 24h/24).
- La Guyane est caractérisée par de grands vides sanitaires.

H - Martinique (Dr. Jean-François Guérin)

- Le nord de l'île est plus difficile d'accès que le Sud. Sur 280 médecins, les 2/3 participent à la garde. 1/3 des habitants vit à Fort-de-France, où il existe un cabinet de garde de nuit et pour les jours fériés.
- Le centre 15 fonctionne avec les libéraux de 15h à 23h en semaine, et de 7h à 23h les jours fériés. Une bonne collaboration est en place depuis 2 ans, même s'il y a une baisse de motivation chez les libéraux, des consultations très chargées la journée et quelques réticences à se déplacer la nuit et les jours fériés.
- Un projet d'amélioration via le FAQSV est en cours.

I - Haute Normandie (Dr. Valérie Guinot)

- Une enquête de 1996 dénombre 300 000 urgences par an sur deux petits départements (cartographie sur 108 secteurs).
- Une expérience de Domus Medica sur le Havre dure depuis 15 ans, avec 35 cas le dimanche. Un chauffeur accompagne le médecin sur le terrain.
- Un projet équivalent de deux autres maisons (sur 4 communes + le Havre) est en cours de réalisation. Ce dispositif est aidé par le FAQSV et l'ARH pour les salaires des 4 chauffeurs (employés par l'hôpital et mis à la disposition des Domus Medica, ils représentent 684 000 F de salaires par an).
- La régulation n'est pas une activité voulue. Il serait donc utile de professionnaliser cette activité avec la participation de jeunes retraités (une dizaine de médecins expérimentés). Certains sont prêts à prendre des permanences du soir dans un local, sans déplacement.
- Dans les secteurs ruraux où la désertification oblige à faire des kilomètres, certains confrères ont proposé de prêter leurs cabinets le week end.

J - Aquitaine (Dr. Alain Forcade)

- Une enquête de 1997 n'a pas abouti.
- Une proposition de financement de structures de garde existe à Bordeaux (500 000 habitants).
- La participation des généralistes au centre 15 fonctionne avec la DASS et le Conseil Général.
- Le rapporteur propose de manière générale une rémunération de l'astreinte pour motiver les libéraux, ainsi qu'une exonération fiscale de la majoration, une majoration de nuit, une extension de la MD au samedi, une cotation de l'acte supérieure à Noël, au Jour de l'An et à Pâques, une rémunération de l'appel comme en Allemagne, une revalorisation de la petite chirurgie, une réforme globale de la prise en charge des urgences, en quelque sorte...
- Il propose également de décloisonner le système et d'envisager la fongibilité des enveloppes, tout en lançant des campagnes d'information à l'attention des patients.

K - Pays de Loire (Dr. Charles-Henri Mercier)

- Une étude de 1998 a mis en évidence l'implication des médecins généralistes dans le traitement des urgences. Le dossier de la mise en place du centre 15 à Nantes est suivi depuis 4 ans, l'expérimentation des 3C de l'heure est à pérenniser avec la direction de l'ARH.
- Il n'y avait pas de centre 15 à Nantes, et les libéraux ont pris le train en marche, 40 régulateurs se sont formés.
- Un excellent travail se fait avec l'hôpital, l'Union a recensé seulement quelques problèmes d'effecteurs dans les grandes villes (éviction par SOS). Dans les campagnes, 100 secteurs de garde marchent, mais la démotivation des jeunes confrères se fait sentir. Les zones blanches s'affirment dans certains départements, où il n'y a plus que deux médecins ruraux sur un rayon de 30 à 40 km.

L - Champagne Ardennes (Dr. René Nivelet)

- L'expérience pionnier du centre 15 à 3C de l'heure a vite échoué. Elle a été réactivée sous l'impulsion de la DRASS et de l'ARH. Des études du FAQSV sont en cours pour la mise en place de lieux de consultations avancés.
- Le problème des zones blanches a suscité un travail sur la démographie et l'organisation des gardes.

M - Alsace (Dr. Pierre Shlegel)

- Deux centres 15 expérimentaux sont en place en Haut-Rhin et Bas-Rhin. La démotivation des libéraux s'accroît en ville. Les médecins pompiers, bien équipés, mais sans rémunération, occupent une place importante.
- La régulation a été "refroidie" par un procès intenté suite à un décès (erreur d'adresse à cause d'une homonymie entre deux patients). Il existe donc des zones blanches urbaines, et non rurales.
- Pas de doléances en zones rurales : les patients sont moins consommateurs qu'en ville.
- Projet de maison médicale pour les zones urbaines soutenu par le FAQSV.

N - Auvergne (Dr. Gérard Blanchet)

- Sur un million d'habitants, 1/3 vit à Clermont-Ferrand. Certaines zones blanchissent, mais l'Allier est un département exemplaire pour l'organisation par le 15 en 3 centres : tous les médecins participent à la garde.
- Dans le Puy de Dôme, il y a désinvestissement des libéraux et forte présence de SOS.
- Sous l'impulsion de l'ARH, il existe un projet de lieu de consultation avancé (URCAM et Union).
- Un "15 libéral" avec des effecteurs régulés serait une alternative "déontologique". On peut aussi réfléchir à des gardes du soir en ouvrant les cabinets plus tard ou en espaçant les rendez-vous programmés dans la journée, pour laisser une place aux soins non programmés.

O - Midi Pyrénées (Dr. Sylvain Nadal)

- La spécificité de Toulouse est l'existence d'un SAU privé. Statut des urgentistes salariés ?
- Projet de CAPS avec le Conseil Général et la municipalité.

P - PACA (Dr. Hervé Cael)

- Une enquête de 1998 a permis de rédiger un livre blanc. Cette enquête a révélé un engagement fort des libéraux dans la permanence des soins. Un maillage entre le privé et les libéraux comme à Toulouse : le secteur libéral gère 25 % des urgences (20 000 par an).
- L'expérience de Marseille soulève quelques critiques : des consultations sont données dans des locaux d'hôpital indépendants, mais sans accès direct. Le patient passe par le filtre hospitalier pour se rendre dans ces locaux. Les médecins demandent donc un accès direct élargi de 16h à 20h en semaine et le week-end.
- Trois dossiers ont été déposés en zone rurale pour des projets de maisons médicales : Brignol, Gap et Draguignan.

Q - Bourgogne (Dr. Jean-Paul Mathis)

- Une enquête a souligné le vieillissement de la population médicale et sa féminisation (+ 20 %).
- Les 3/4 des médecins ont du matériel spécifique pour les urgences et beaucoup sont pompiers. L'urgence vitale ne correspond qu'à 6 % des appels. Les libéraux participent au centre 15 et sont rémunérés à 2C ou 3C selon les départements.
- Il existe de grands secteurs de désertification. Les médecins libéraux interviennent seuls en campagne (pré-SMUR).
- Les généralistes demandent une formation et une rémunération des astreintes. Une rémunération est en voie d'application avec le FAQSV.

Le représentant de la région Ile de France a eu un empêchement et est excusé.

II – Les grandes problématiques et les solutions envisagées

Ces échanges ont dégagé 5 thèmes et abouti à la mise en place de 5 groupes de travail. Une réunion des rapporteurs de ces groupes est prévue à Paris vers fin avril, pour la rédaction d'un document qui sera soumis à la validation de la CONFERENCE DES PRESIDENTS D'UNIONS, et mis à la disposition des syndicats médicaux avant les prochaines rencontres du "Grenelle de la Santé".

LA COORDINATION EST ASSURÉE par Hervé Ozier et Bernard Rougier
DE NOUVEAUX MEMBRES POURRONT ÊTRE ADJOINTS À CES GROUPES DE TRAVAIL.

A -Cadre juridique et déontologie de la permanence des soins

Hervé Ozier, Emile Olaya, Hervé Castioni, Pierre Schlegel, Chantal Puret, Valérie Guinot, Raymond Dorail.

Problèmes

- Une contradiction de fait est mise en exergue : le médecin généraliste libéral doit répondre avec des moyens individuels non reconnus à une mission de service public.
- Le code déontologique demande une prise en charge des patients dans le cadre de l'organisation de la permanence des soins, mais la Loi ne l'y oblige pas.

Solutions

- Nécessaire distinction sémantique entre permanence des soins et réponse aux urgences (vitales et sociales).
- Nécessaire lecture de la Loi, pour plus de clarté, par un juriste spécialisé.

B -Régulation et modes d'organisation selon la géographie socio-économique (rural/urbain)

Jean-Jacques Galouye, Yves Fouré, Bernard Rougier, Jean-François Guérin

Le problème de l'adaptation de l'offre a été abordé plusieurs fois en salle. Il fera l'objet d'une rédaction ultérieure.

Notes d'orientation sur les sujets abordés :

- L'hétérogénéité des bassins de vie ruraux et urbains nécessite des réponses diversifiées et adaptées à chaque situation (démographie des campagnes, insécurité des banlieues... horaires de travail dans les villes).
- Le "syndrome du supermarché".
- La féminisation du corps médical avec le rythme de travail différent des femmes médecins.
- Les spécificités des urgences psychiatriques et des cas sociaux.
- Les difficultés de secrétariat et de réponse la nuit et les week-ends (conjoint).
- Les visites à domicile.
- La pénibilité, le repos compensateur.

Nécessité d'une régulation

- Toute demande non régulée est ingérable et inflationniste.
À l'heure actuelle la médecine libérale est incapable d'accepter un surcroît de travail issu des services de porte des hopitaux publics.

Solutions

- Trois conditions sont indispensables pour une régulation efficace :
 - Une concertation entre la médecine libérale et le monde hospitalier sur la base d'un partenariat égalitaire est nécessaire : problème des centres 15 : faut-il deux numéros d'appel ?
 - La négociation au téléphone avec les patients sur une base commune de comportement entre régulateurs et effecteurs. Il est nécessaire que ces deux parties du système acceptent que les seules visites à domicile sont motivées par la faiblesse extrême des personnes consultées où de réels problèmes de déplacement : les patients doivent retrouver le chemin des cabinets médicaux.
 - La fongibilité des enveloppes budgétaires en cas de transfert de charge.

C - Lieux de réponse CAPS, CARLS, Cabinets, domicile, cliniques

Danielle Atayi, Charles-Henri Mercier, Patrick Vogt, Dr. Lemarinier, Hervé Cael, Sylvain Nadal, Jean-Paul Briand.

Problèmes

- Trop de noms différents (CAPS, CARL) sont employés pour nommer les centres d'accueil sécurisés ce qui risque d'entraîner rapidement une confusion pour les médias et le public.
- Le public est habitué aux déplacements des médecins à domicile, qui représentent une trop grande perte de temps et d'énergie pour ces derniers.
- Quel financement pour ces sites spécifiques ?

Solutions

- Trouver un seul et unique terme pour nommer les lieux correspondant aux CAPS et aux CARL.
- Poser un préalable d'accès direct aux lieux de réponse et le déplacement du patient vers le CAPS, si besoin avec l'envoi d'un véhicule.
- Le CAPS est valable pour les grandes villes avec un véhicule avec chauffeur (sécurisation du dispositif) et éventuellement moyen de transport du patient vers le CAPS.
- Un financement local doit assurer le fonctionnement du lieu : secrétariat, locaux, matériel, forfait d'astreinte perçu en plus des honoraires de visite du médecin.

D - Information des patients / Communication

Jean-Paul Mathis, Gérard Blanchet, Patrick Vogt, Raymond Dorail, Émile Olaya, Alain Forcade.

Le terme "information" est retenu en remplacement du terme "éducation", à connotation maoïste ou stalinienne.

Problèmes

- Les patients ont une attitude "consommériste" qui privilégie le confort et engorge toutes les structures d'accueil des urgences. Il ne sait plus attendre et ne fait pas la différence entre urgences ressenties et urgences vraies.
- L'actualisation des listes de garde (des médecins, mais aussi des pharmacies rurales, des infirmières...) est sujette à erreurs à cause de multiples changements dans les organisations locales.

Solutions

- Les médecins peuvent informer le patient par des campagnes sur différents supports liés à l'exercice médical : ordonnances, réponders téléphoniques, messages du 15 (tableau de garde de secteur), affichage en cabinets, contact oral du médecin au patient...
- Les pouvoirs publics peuvent agir dans les écoles et lycées, imprimer des informations sur les feuilles de remboursement de la Sécurité Sociale, sur les relevés bancaires, sur des affiches concernant les systèmes de garde dans les cabinets médicaux, dans les journaux, les radios locales (exemple d'affichettes diffusées dans la Manche).
- Certaines mutuelles ont déjà proposé de s'engager dans cette action d'information (APICIL-ARCIL)
- Des sites médicaux sur Internet sont prévus pour une actualisation facilitée des listes de garde.
- Des numéros uniques par secteur permettraient de n'avoir pas à publier de listes de garde (exemple du Tarn et Garonne : on ne sait pas qui on appelle, mais on est sûr d'avoir quelqu'un au bout du fil).

E - Rémunération des professionnels / financement des organisations

Hervé Ozier, Jean-François Guérin, René Nivelet, Hervé Cael, Charles Zuinghedau

Problèmes

- La désorganisation des libéraux est vécue par eux comme pénalisante.
- Les médecins de ville n'ayant plus besoin de l'activité de garde pour vivre, l'absence de rémunération de l'astreinte est totalement démotivante pour une jeune génération à la recherche d'une meilleure qualité de vie.

Solutions

- Appel aux organismes publics.
- Forfait d'astreinte (exemple du service public) et valorisation de l'acte du samedi après-midi.
- Mixité de la rémunération : forfait d'astreinte + rémunération à l'acte + récupération sécuritaire de la fatigue de la garde sur une demi-journée (sur la base d'une journée de FMC proposée par les URCAM).
- Simplification des procédés de rémunération.



Une bonne presse pour les Urgences !

“ La presse a largement couvert le séminaire sur les Urgences organisé par l'UPML et l'Ordre des Médecins, les 10 et 11 mars dernier à Lyon.

Les médias nationaux ("**France Inter/Info**"), lyonnais (**Progrès, Lyon Figaro, le Tout Lyon**) régionaux (**Le Dauphiné**), médicaux (**le Quotidien, le Généraliste, Impact Médecin**) ont annoncé, suivi et commenté ce temps fort qui a réuni au Sofitel plus de 200 praticiens ainsi que l'ensemble des acteurs des urgences en Rhône-Alpes, exceptés la Ddass et la Drass dont l'absence a été remarquée dans plusieurs articles. Une mobilisation qui prouvait l'unanimité de tous à vouloir traiter "urgentissimement" ce sujet, et ce malgré le calendrier électoral de cette fin de semaine-là !

Les journalistes ont mis en avant les résultats de l'enquête réalisée par l'Union concernant les dysfonctionnements des urgences dans leur configuration actuelle. Ils ont bien traduit le cri d'alarme lancé par les médecins en direction des pouvoirs publics... et la gravité de la situation.

Les journalistes ont tous pris bonne note du souhait de l'URCAM de participer rapidement à l'amélioration de la situation avec des propositions de plusieurs ordres :

Dans **le Quotidien du Médecin** du 14 mars 2001, Max Saint-Ruff reprend les propos de Georges Dorme, directeur de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de Rhône-Alpes, qui *[a fait plusieurs propositions accueillies avec satisfaction par les médecins. Pour tenir compte de la revendication concernant la "nécessaire récupération" après un week-end de garde, l'URCAM se dit prête, par exemple, à indemniser les généralistes pour un lundi de repos, sur la base de l'actuelle indemnité qui leur est accordée pour une journée de formation médicale continue (soit 1725F).*

L'assurance-maladie est aussi disposée à financer de nouveaux dispositifs de régulation de la garde, d'abord de façon expérimentale, et de prolonger son soutien si leur évaluation est concluante. L'URCAM mise sur une "refonte de la nomenclature des actes d'urgence" qui pourrait déboucher sur des futures propositions émises par le Comité des Sages mis en place par Elisabeth Guigou. L'assurance-maladie régionale dispose du Fonds d'Amélioration de la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), a conclu son directeur : une enveloppe de l'ordre de quarante-cinq millions de francs en Rhône-Alpes, qui permettrait de financer rapidement l'organisation de la permanence des soins dans plusieurs sites expérimentaux.]

JUSTE UNE MISE AU POINT...

Il se trouve que cette dernière proposition émanant de Georges Dorme (URCAM) a été ensuite démentie par lui-même dans le presse les jours suivants ce séminaire. Une "mise au point" sémantique, qui ressemble quelque peu à un dérapage stratégique à fait dire à ce participant à notre assemblée qu'il n'avait pas "proposé" de récupération rémunérée en suite de garde, mais seulement "suggéré" cette mesure. Il est vrai que les deux mots n'ont pas le même sens dans le Petit Robert, mais c'est tout comme :

"suggestion" : idée, projet qu'on **propose**, en laissant la liberté d'accepter, de faire sien ou de rejeter.

"proposition" : action de proposer, d'offrir, de **suggérer** qqch. à qqn.

Toujours est-il que les choses ont été dites clairement, et non suggérées à demi-mot, que nous les acceptions dès lors qu'elles avaient été proposées, et que nous faisons notre cette assertion dans laquelle aucun sous entendu, au sujet d'une rétractation soudaine des URCAM, n'avait été relevé par nous.

PROPOSER [pʁɔpɔzɛ], v. (v. 1120; lat. <i>proponere</i> « porter devant » d'ape, proposer).	SUGGÉRER [syʒɛʁɛ], v. tr.; conjug. régler (xvi ^e); suggère (1280; lat. <i>suggere</i> « porter [proposer] sous m. » 1 ^o 2 ^o 3 ^o 4 ^o 5 ^o 6 ^o 7 ^o 8 ^o 9 ^o 10 ^o 11 ^o 12 ^o 13 ^o 14 ^o 15 ^o 16 ^o 17 ^o 18 ^o 19 ^o 20 ^o 21 ^o 22 ^o 23 ^o 24 ^o 25 ^o 26 ^o 27 ^o 28 ^o 29 ^o 30 ^o 31 ^o 32 ^o 33 ^o 34 ^o 35 ^o 36 ^o 37 ^o 38 ^o 39 ^o 40 ^o 41 ^o 42 ^o 43 ^o 44 ^o 45 ^o 46 ^o 47 ^o 48 ^o 49 ^o 50 ^o 51 ^o 52 ^o 53 ^o 54 ^o 55 ^o 56 ^o 57 ^o 58 ^o 59 ^o 60 ^o 61 ^o 62 ^o 63 ^o 64 ^o 65 ^o 66 ^o 67 ^o 68 ^o 69 ^o 70 ^o 71 ^o 72 ^o 73 ^o 74 ^o 75 ^o 76 ^o 77 ^o 78 ^o 79 ^o 80 ^o 81 ^o 82 ^o 83 ^o 84 ^o 85 ^o 86 ^o 87 ^o 88 ^o 89 ^o 90 ^o 91 ^o 92 ^o 93 ^o 94 ^o 95 ^o 96 ^o 97 ^o 98 ^o 99 ^o 100 ^o 101 ^o 102 ^o 103 ^o 104 ^o 105 ^o 106 ^o 107 ^o 108 ^o 109 ^o 110 ^o 111 ^o 112 ^o 113 ^o 114 ^o 115 ^o 116 ^o 117 ^o 118 ^o 119 ^o 120 ^o 121 ^o 122 ^o 123 ^o 124 ^o 125 ^o 126 ^o 127 ^o 128 ^o 129 ^o 130 ^o 131 ^o 132 ^o 133 ^o 134 ^o 135 ^o 136 ^o 137 ^o 138 ^o 139 ^o 140 ^o 141 ^o 142 ^o 143 ^o 144 ^o 145 ^o 146 ^o 147 ^o 148 ^o 149 ^o 150 ^o 151 ^o 152 ^o 153 ^o 154 ^o 155 ^o 156 ^o 157 ^o 158 ^o 159 ^o 160 ^o 161 ^o 162 ^o 163 ^o 164 ^o 165 ^o 166 ^o 167 ^o 168 ^o 169 ^o 170 ^o 171 ^o 172 ^o 173 ^o 174 ^o 175 ^o 176 ^o 177 ^o 178 ^o 179 ^o 180 ^o 181 ^o 182 ^o 183 ^o 184 ^o 185 ^o 186 ^o 187 ^o 188 ^o 189 ^o 190 ^o 191 ^o 192 ^o 193 ^o 194 ^o 195 ^o 196 ^o 197 ^o 198 ^o 199 ^o 200 ^o 201 ^o 202 ^o 203 ^o 204 ^o 205 ^o 206 ^o 207 ^o 208 ^o 209 ^o 210 ^o 211 ^o 212 ^o 213 ^o 214 ^o 215 ^o 216 ^o 217 ^o 218 ^o 219 ^o 220 ^o 221 ^o 222 ^o 223 ^o 224 ^o 225 ^o 226 ^o 227 ^o 228 ^o 229 ^o 230 ^o 231 ^o 232 ^o 233 ^o 234 ^o 235 ^o 236 ^o 237 ^o 238 ^o 239 ^o 240 ^o 241 ^o 242 ^o 243 ^o 244 ^o 245 ^o 246 ^o 247 ^o 248 ^o 249 ^o 250 ^o 251 ^o 252 ^o 253 ^o 254 ^o 255 ^o 256 ^o 257 ^o 258 ^o 259 ^o 260 ^o 261 ^o 262 ^o 263 ^o 264 ^o 265 ^o 266 ^o 267 ^o 268 ^o 269 ^o 270 ^o 271 ^o 272 ^o 273 ^o 274 ^o 275 ^o 276 ^o 277 ^o 278 ^o 279 ^o 280 ^o 281 ^o 282 ^o 283 ^o 284 ^o 285 ^o 286 ^o 287 ^o 288 ^o 289 ^o 290 ^o 291 ^o 292 ^o 293 ^o 294 ^o 295 ^o 296 ^o 297 ^o 298 ^o 299 ^o 300 ^o 301 ^o 302 ^o 303 ^o 304 ^o 305 ^o 306 ^o 307 ^o 308 ^o 309 ^o 310 ^o 311 ^o 312 ^o 313 ^o 314 ^o 315 ^o 316 ^o 317 ^o 318 ^o 319 ^o 320 ^o 321 ^o 322 ^o 323 ^o 324 ^o 325 ^o 326 ^o 327 ^o 328 ^o 329 ^o 330 ^o 331 ^o 332 ^o 333 ^o 334 ^o 335 ^o 336 ^o 337 ^o 338 ^o 339 ^o 340 ^o 341 ^o 342 ^o 343 ^o 344 ^o 345 ^o 346 ^o 347 ^o 348 ^o 349 ^o 350 ^o 351 ^o 352 ^o 353 ^o 354 ^o 355 ^o 356 ^o 357 ^o 358 ^o 359 ^o 360 ^o 361 ^o 362 ^o 363 ^o 364 ^o 365 ^o 366 ^o 367 ^o 368 ^o 369 ^o 370 ^o 371 ^o 372 ^o 373 ^o 374 ^o 375 ^o 376 ^o 377 ^o 378 ^o 379 ^o 380 ^o 381 ^o 382 ^o 383 ^o 384 ^o 385 ^o 386 ^o 387 ^o 388 ^o 389 ^o 390 ^o 391 ^o 392 ^o 393 ^o 394 ^o 395 ^o 396 ^o 397 ^o 398 ^o 399 ^o 400 ^o 401 ^o 402 ^o 403 ^o 404 ^o 405 ^o 406 ^o 407 ^o 408 ^o 409 ^o 410 ^o 411 ^o 412 ^o 413 ^o 414 ^o 415 ^o 416 ^o 417 ^o 418 ^o 419 ^o 420 ^o 421 ^o 422 ^o 423 ^o 424 ^o 425 ^o 426 ^o 427 ^o 428 ^o 429 ^o 430 ^o 431 ^o 432 ^o 433 ^o 434 ^o 435 ^o 436 ^o 437 ^o 438 ^o 439 ^o 440 ^o 441 ^o 442 ^o 443 ^o 444 ^o 445 ^o 446 ^o 447 ^o 448 ^o 449 ^o 450 ^o 451 ^o 452 ^o 453 ^o 454 ^o 455 ^o 456 ^o 457 ^o 458 ^o 459 ^o 460 ^o 461 ^o 462 ^o 463 ^o 464 ^o 465 ^o 466 ^o 467 ^o 468 ^o 469 ^o 470 ^o 471 ^o 472 ^o 473 ^o 474 ^o 475 ^o 476 ^o 477 ^o 478 ^o 479 ^o 480 ^o 481 ^o 482 ^o 483 ^o 484 ^o 485 ^o 486 ^o 487 ^o 488 ^o 489 ^o 490 ^o 491 ^o 492 ^o 493 ^o 494 ^o 495 ^o 496 ^o 497 ^o 498 ^o 499 ^o 500 ^o 501 ^o 502 ^o 503 ^o 504 ^o 505 ^o 506 ^o 507 ^o 508 ^o 509 ^o 510 ^o 511 ^o 512 ^o 513 ^o 514 ^o 515 ^o 516 ^o 517 ^o 518 ^o 519 ^o 520 ^o 521 ^o 522 ^o 523 ^o 524 ^o 525 ^o 526 ^o 527 ^o 528 ^o 529 ^o 530 ^o 531 ^o 532 ^o 533 ^o 534 ^o 535 ^o 536 ^o 537 ^o 538 ^o 539 ^o 540 ^o 541 ^o 542 ^o 543 ^o 544 ^o 545 ^o 546 ^o 547 ^o 548 ^o 549 ^o 550 ^o 551 ^o 552 ^o 553 ^o 554 ^o 555 ^o 556 ^o 557 ^o 558 ^o 559 ^o 560 ^o 561 ^o 562 ^o 563 ^o 564 ^o 565 ^o 566 ^o 567 ^o 568 ^o 569 ^o 570 ^o 571 ^o 572 ^o 573 ^o 574 ^o 575 ^o 576 ^o 577 ^o 578 ^o 579 ^o 580 ^o 581 ^o 582 ^o 583 ^o 584 ^o 585 ^o 586 ^o 587 ^o 588 ^o 589 ^o 590 ^o 591 ^o 592 ^o 593 ^o 594 ^o 595 ^o 596 ^o 597 ^o 598 ^o 599 ^o 600 ^o 601 ^o 602 ^o 603 ^o 604 ^o 605 ^o 606 ^o 607 ^o 608 ^o 609 ^o 610 ^o 611 ^o 612 ^o 613 ^o 614 ^o 615 ^o 616 ^o 617 ^o 618 ^o 619 ^o 620 ^o 621 ^o 622 ^o 623 ^o 624 ^o 625 ^o 626 ^o 627 ^o 628 ^o 629 ^o 630 ^o 631 ^o 632 ^o 633 ^o 634 ^o 635 ^o 636 ^o 637 ^o 638 ^o 639 ^o 640 ^o 641 ^o 642 ^o 643 ^o 644 ^o 645 ^o 646 ^o 647 ^o 648 ^o 649 ^o 650 ^o 651 ^o 652 ^o 653 ^o 654 ^o 655 ^o 656 ^o 657 ^o 658 ^o 659 ^o 660 ^o 661 ^o 662 ^o 663 ^o 664 ^o 665 ^o 666 ^o 667 ^o 668 ^o 669 ^o 670 ^o 671 ^o 672 ^o 673 ^o 674 ^o 675 ^o 676 ^o 677 ^o 678 ^o 679 ^o 680 ^o 681 ^o 682 ^o 683 ^o 684 ^o 685 ^o 686 ^o 687 ^o 688 ^o 689 ^o 690 ^o 691 ^o 692 ^o 693 ^o 694 ^o 695 ^o 696 ^o 697 ^o 698 ^o 699 ^o 700 ^o 701 ^o 702 ^o 703 ^o 704 ^o 705 ^o 706 ^o 707 ^o 708 ^o 709 ^o 710 ^o 711 ^o 712 ^o 713 ^o 714 ^o 715 ^o 716 ^o 717 ^o 718 ^o 719 ^o 720 ^o 721 ^o 722 ^o 723 ^o 724 ^o 725 ^o 726 ^o 727 ^o 728 ^o 729 ^o 730 ^o 731 ^o 732 ^o 733 ^o 734 ^o 735 ^o 736 ^o 737 ^o 738 ^o 739 ^o 740 ^o 741 ^o 742 ^o 743 ^o 744 ^o 745 ^o 746 ^o 747 ^o 748 ^o 749 ^o 750 ^o 751 ^o 752 ^o 753 ^o 754 ^o 755 ^o 756 ^o 757 ^o 758 ^o 759 ^o 760 ^o 761 ^o 762 ^o 763 ^o 764 ^o 765 ^o 766 ^o 767 ^o 768 ^o 769 ^o 770 ^o 771 ^o 772 ^o 773 ^o 774 ^o 775 ^o 776 ^o 777 ^o 778 ^o 779 ^o 780 ^o 781 ^o 782 ^o 783 ^o 784 ^o 785 ^o 786 ^o 787 ^o 788 ^o 789 ^o 790 ^o 791 ^o 792 ^o 793 ^o 794 ^o 795 ^o 796 ^o 797 ^o 798 ^o 799 ^o 800 ^o 801 ^o 802 ^o 803 ^o 804 ^o 805 ^o 806 ^o 807 ^o 808 ^o 809 ^o 810 ^o 811 ^o 812 ^o 813 ^o 814 ^o 815 ^o 816 ^o 817 ^o 818 ^o 819 ^o 820 ^o 821 ^o 822 ^o 823 ^o 824 ^o 825 ^o 826 ^o 827 ^o 828 ^o 829 ^o 830 ^o 831 ^o 832 ^o 833 ^o 834 ^o 835 ^o 836 ^o 837 ^o 838 ^o 839 ^o 840 ^o 841 ^o 842 ^o 843 ^o 844 ^o 845 ^o 846 ^o 847 ^o 848 ^o 849 ^o 850 ^o 851 ^o 852 ^o 853 ^o 854 ^o 855 ^o 856 ^o 857 ^o 858 ^o 859 ^o 860 ^o 861 ^o 862 ^o 863 ^o 864 ^o 865 ^o 866 ^o 867 ^o 868 ^o 869 ^o 870 ^o 871 ^o 872 ^o 873 ^o 874 ^o 875 ^o 876 ^o 877 ^o 878 ^o 879 ^o 880 ^o 881 ^o 882 ^o 883 ^o 884 ^o 885 ^o 886 ^o 887 ^o 888 ^o 889 ^o 890 ^o 891 ^o 892 ^o 893 ^o 894 ^o 895 ^o 896 ^o 897 ^o 898 ^o 899 ^o 900 ^o 901 ^o 902 ^o 903 ^o 904 ^o 905 ^o 906 ^o 907 ^o 908 ^o 909 ^o 910 ^o 911 ^o 912 ^o 913 ^o 914 ^o 915 ^o 916 ^o 917 ^o 918 ^o 919 ^o 920 ^o 921 ^o 922 ^o 923 ^o 924 ^o 925 ^o 926 ^o 927 ^o 928 ^o 929 ^o 930 ^o 931 ^o 932 ^o 933 ^o 934 ^o 935 ^o 936 ^o 937 ^o 938 ^o 939 ^o 940 ^o 941 ^o 942 ^o 943 ^o 944 ^o 945 ^o 946 ^o 947 ^o 948 ^o 949 ^o 950 ^o 951 ^o 952 ^o 953 ^o 954 ^o 955 ^o 956 ^o 957 ^o 958 ^o 959 ^o 960 ^o 961 ^o 962 ^o 963 ^o 964 ^o 965 ^o 966 ^o 967 ^o 968 ^o 969 ^o 970 ^o 971 ^o 972 ^o 973 ^o 974 ^o 975 ^o 976 ^o 977 ^o 978 ^o 979 ^o 980 ^o 981 ^o 982 ^o 983 ^o 984 ^o 985 ^o 986 ^o 987 ^o 988 ^o 989 ^o 990 ^o 991 ^o 992 ^o 993 ^o 994 ^o 995 ^o 996<
---	--



Communiqué de l'Union concernant le séminaire des 10 et 11 mars 2001

“ Les représentants des médecins libéraux de la région Rhône-Alpes se sont réunis à LYON le samedi 10 mars 2001 pour examiner le problème des gardes et de la permanence des soins dans la région ;

Cette réunion qui s'est tenue conjointement avec les huit conseils départementaux de l'ordre des médecins a permis de constater les difficultés dans l'organisation de la permanence de soins et de la garde médicale avec leur cause.

Il ressort des travaux des deux instances la nécessité

- **de reconnaître la permanence des soins comme mission de service public,**
- **d'optimiser la régulation des appels** en médecine ambulatoire par un numéro unique ou par deux numéros dont un doit être réservé à la médecine libérale,
- **d'organiser la sécurité des médecins** par la mise en place notamment dans les zones urbaines de structures appropriées à l'accueil des patients avec mise à disposition de moyens sécurisés pour les visites ,
- **de revaloriser la rémunération des actes** dispensés dans le cadre de la permanence des soins dont la valeur actuelle est notoirement insuffisante en regard de la pénibilité et de la dangerosité, avec création d'un forfait d'astreinte et poursuite de la révision de la nomenclature tarifaire,
- **d'organiser une campagne d'informations** pour amener la population à utiliser au mieux les moyens mis à sa disposition pour une meilleure hiérarchisation dans la demande de soins en urgence,
- **de récupérer le lendemain d'un week end de garde** pour les médecins sur la base d'une journée de FMC,
- **d'améliorer la formation des médecins** à l'urgence pour tous,
- **de supprimer les reversements d'honoraires** et les lettres clefs flottantes lorsque les quotas sont dépassés ce qui devrait permettre aux médecins radiologues d'ouvrir éventuellement leur cabinet les week-ends.

”

Jacques CATON, président de l'Union Rhône-Alpes

Boris CHATIN, président de l'Ordre des Médecins du Rhône



LA SÉCURITÉ

AGRESSIONS FRÉQUENTES

par Danielle Atayi - "Commission Urgences"

Le médecin est de plus en plus souvent confronté à des situations d'insécurité. Même s'il est appelé pour soigner les malades, son rôle devient celui d'un acteur social dans une situation de crise aiguë.

LES ZONES À RISQUES

Les banlieues sensibles sont particulièrement exposées : la délinquance y est en accroissement et les pouvoirs publics expriment malheureusement leur impuissance. Les quartiers populaires des grandes villes sont également touchés (car le médecin est anonyme) ainsi que les endroits isolés où il arrive qu'un médecin soit appelé dans des intentions délictueuses.

LES AGRESSIONS

Les agressions sont devenues fréquentes : elles touchent les médecins hommes mais encore plus les médecins femmes ce qui rend les gardes de moins en moins attractives. Les agressions se font soit au domicile du patient, (il s'agit d'agressions gratuites ou de petits vols puisque les médecins par prudence ne gardent que peu d'argent sur eux), soit au cabinet lui-même.

LES MALADES AGITÉS OU DANGEREUX

Des agressions de médecins proviennent parfois sur leur lieu d'exercice et quelquefois en cabinet de groupe.

Les agresseurs peuvent aussi être des malades psychiatriques qui ont gardé une rancune envers un soignant et qui se rendent sur les lieux pour se venger. Le médecin se trouve seul face à un individu en état de crise, quelquefois armé.

D'autres fois, c'est la famille qui appelle pour effectuer un placement d'office pour un malade psychiatrique connu. En général, le malade est au sommet de l'agitation. La peur qu'il fait régner autour de lui majore encore son état d'agitation. Il est armé d'un pistolet, d'un fusil de chasse, ou de tout autre instrument dangereux. Tout le monde se protège alentour et c'est le médecin qu'on laisse "entrer dans l'arène". Il doit alors à mains nues, par des paroles rassurantes, essayer de calmer le forcené en attendant que les forces de l'ordre arrivent, et calment le malade.

LES RELATIONS AVEC LES FORCES DE SÉCURITÉ

Elles sont nécessaires et quelquefois complexes. Dans les cas d'accident sur la voie publique, les relations sont simples, bonnes et complémentaires. Les forces de l'ordre assurent la sécurité des secours et régularisent la circulation, ce qui est loin d'être négligeable.

Par contre, dans le cas d'appels pour agressions ou pour des malades agités, la situation est plus délicate et souvent le médecin est le premier appelé. Il est non armé, il arrive dans un milieu souvent complètement déstabilisé. Il faut rassurer la famille, calmer le forcené et ceci uniquement avec de bonnes paroles.

Il faut alors que les forces de l'ordre travaillent en collaboration étroite avec le médecin... Si la police ou les pompiers arrivent avec le gyrophare, toutes sirènes hurlantes, le forcené se retourne vers le

TÉMOIGNAGE

J'avais été appelée par une famille bien connue dans mon secteur, pour le mari - un éthylique psychiatrique qui commençait une nouvelle crise de démence, faute d'avoir pris son traitement. Cette crise était une crise supplémentaire chez un malade qui était régulièrement envoyé aux urgences psychiatriques et qui ressortait rapidement dès une éphémère amélioration. J'arrivais sur les lieux non sans appréhension. Dès l'entrée, j'ai été frappée par l'extrême désordre : vitres, mobilier léger et bibelots n'étaient plus que des débris dans cette maison. J'étais face à un homme de 40 cm plus grand que moi, une hache à la main me disant : "C'est vous qui m'avez envoyé à l'hôpital la dernière fois, je vais vous revaloir ça !". Je commençais par quelques paroles calmantes. Heureusement j'avais pris soin de prendre dans ma poche une seringue de calmants et j'avais demandé aux pompiers et à la gendarmerie d'être là en même temps que moi, sans gyrophare, sans sirène d'alarme. En quelques minutes, la maison était encerclée, les issues bloquées et le piège s'était refermé sur le forcené qui une fois de plus vociférait contre ce "sale toubib à qui il ferait la peau dès sa sortie, qu'elle ne se fasse pas de souci !"

médecin et le jugeant responsable de ce déplacement de force, risque de se venger sur lui...

Dans toutes ces situations très aiguës ou plus courantes, des structures d'aide sont nécessaires si



nous ne voulons pas avoir autant de victimes que les convoyeurs de fonds : le médecin a une formation médicale, quelque peu sociale par son expérience, mais certainement pas de sécurité civile...

Il est donc nécessaire que :

- Les secteurs des grandes villes soient organisés par CAPS (Centres Avancés pour les Premiers Soins). Ces CAPS doivent être situés près d'un centre de police ou de gendarmerie. Dans ces locaux de la ville, une structure médicale permet aux malades de venir se faire soigner.
- Pour les visites à domicile des malades intransportables, une voiture soit mise à disposition du médecin par la ville permettant de transporter le médecin pour qu'il ne se rende pas seul et sans défense dans les lieux à risque.
- Enfin l'ensemble doit être relié à une ligne téléphonique où les appels sont enregistrés, tant pour repérer les appels des malades que pour vérifier la communication entre le médecin, le standard et le malade, en cas de conflit médico-légal ♦

suite de la page 4 "l'exemple Grenoblois"

... En effet, si la régulation décharge le médecin de 1^{re} urgence de visites, il n'est cependant payé que sur le nombre de visites effectuées. Un réel problème dont les autorités ordinales et gouvernementales semblent enfin se préoccuper et qui sera au centre du séminaire du 10 Mars 2001.

Les 35 régulateurs libéraux restant sur les 50 ayant débuté la régulation en 1991, continuent de penser qu'ils sont à leur place et qu'ils sont la pierre angulaire de la permanence des soins. Le C.H.U., aux quelques menaces de grève des régulateurs libéraux,

a toujours désamorcé le mouvement tant la place des médecins libéraux lui paraît indispensable. Les conventions de 1991 les liant au C.H.U. sont en train d'être revues afin d'obtenir : l'intégralité des 3C/H (c'est à dire sans rétroversion); une véritable cogestion du C.R.R.A. CENTRE 15.

Tous espèrent par cette nouvelle donne attirer d'autres régulateurs afin que la répartition de cette tâche puisse être effective et bien comprise de tous. C'est un travail d'information important où les jeunes médecins installés devraient trouver des outils de l'organisation des gardes de demain ♦

LES LIEUX D'EXERCICE

Les travers du système français

par Danielle Atayi, Jean Stagnara et Jean-Marie Gagneur

Vitales, ressenties, ou pour confort personnel, dans notre pays, le terme "Urgences" regroupe le tout venant des appels des malades, et la plupart de ces appels ne sont en fait pas des urgences au sens propre.

Il faut distinguer les **urgences vitales** qui nécessitent un déplacement immédiat des professionnels de santé (médecins généralistes, pompiers) et demandent souvent le recours au SAMU ; les **urgences ressenties** : dans ces cas, le patient a peur d'une pathologie grave (par exemple l'hyperthermie sur un épisode grip-pal ou l'angine) ; et l'**appel pour confort personnel** (le patient qui n'a pas envie de sortir de son domicile exige que le médecin se déplace tout de suite).

Ce système est typiquement français et dans beaucoup de pays, ces visites n'existent pratiquement plus.

Il est donc nécessaire que l'on se penche sur ce problème et que l'on puisse dès l'appel orienter la personne vers la bonne structure. Dans les autres cas, il faut pouvoir rassurer les patients et les inciter à venir au cabinet médical pour les pathologies moyennes.

Ces appels pour urgences ressenties, ou pour visite de confort se multiplient. Ils grèvent le budget de la santé, et ne donnent qu'une qualité médiocre. Il est donc nécessaire que l'on se penche sur ce problème et que l'on puisse dès l'appel orienter la personne vers la bonne structure. Dans les autres cas, il faut pouvoir rassurer les patients et les inciter à venir au cabinet médical pour les pathologies moyennes.



Les arguments en faveur de cette démarche sont les suivants :

- **Les visites au domicile prolongent l'attente du patient puisque le temps du médecin passé sur les trajets augmente le délai des soins.**
- **Les consultations effectuées au domicile sont forcément de moins bonne qualité car l'équipement est nul et l'installation du malade très sommaire.**

Cette pratique – même si elle semble logique – nécessite une certaine diplomatie et fermeté mais aussi une expérience professionnelle. Il faut redire que dans le doute, il vaut mieux effectuer une visite plutôt que risquer l'irréversible.

LE DOMICILE DU PATIENT

Il faudrait réserver les visites au domicile dans 2 cas seulement :

- malade alité grabataire intransportable
- malade sans moyen de transport, éloigné de plus de 10 minutes du cabinet.

Pour "éduquer" la population, nous pensons qu'une rémunération suivant le type d'appel serait motivante :

- **Cas 1** : prise en charge totale, et rémunération conséquente des médecins pour les urgences vitales,
- **Cas 2** : étendre le système de VMD (Supplément pour Visite de Maintien à Domicile) pour les malades intransportables. Actuellement ce système est limité aux malades en ALD de plus de 75 ans.



- **Cas 3** : tarif particulier et non pris en charge totalement par la sécurité sociale lorsqu'il s'agit d'appels de confort, ou d'exigences particulières.

On pourrait imaginer une campagne d'éducation des malades du type de celle qui a été lancée par les Caisses ("ne demandez pas le 100 % pour tous vos médicaments" ou "ne faites pas déplacer votre médecin quand vous pouvez le consulter").

LA VOIE PUBLIQUE

Il s'agit la plupart du temps d'appel par un tiers pour des urgences graves : accident de la voie publique, malaise, agression.

Dans ces cas, il faut que le médecin soit sur place tout de suite, ce qui est souvent difficile, notamment en cours de journée, pendant les heures de consultations programmées, ou lorsqu'il est déjà en visite ♦

FORMATION

par Danielle Atayi

"pouvoir assurer les urgences"

"Il va de soi que les week-ends de garde d'urgence ne peuvent pas être assurés par des médecins ayant abandonné toute habitude des urgences depuis de longues années et ayant pris d'autres orientations, de médecine dite "douce" en particulier. Il n'en reste pas moins que tout médecin qui a suivi des études de médecine est sensé être capable de répondre aux urgences. Afin que les urgences puissent être assurées dans un climat de sécurité, il est nécessaire de proposer à tous ceux qui le souhaitent des formations régulières, prises en charge par les collectivités, puisque la demande est du ressort du service public. Il n'est pas pensable que les médecins financent leur formation sur leurs propres deniers et sur leur temps de travail." ♦

TÉMOIGNAGES

LES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS PRIVÉS ET PUBLICS

Jean Stagnara, pédiatre lyonnais, illustre par l'exemple local, le type de dysfonctionnements notés sur le plan national dans son secteur : *"L'accueil des urgences pédiatriques représente, sur le plan national, 30 % de la totalité des urgences : près de 2 millions d'enfants consultent aux urgences des hôpitaux (CHU et CHR) chaque année. Le nombre d'enfants consultants augmente de 5 à 10 % par an, relativement plus vite que chez l'adulte. On considère que seulement 10 à 28 % seulement sont des urgences réelles ! Un état des lieux sur la communauté urbaine de Lyon montre un engorgement des pôles pédiatriques hospitaliers et des permanences de soins libérales organisées. Cet engorgement est lié au parasitage des urgences vécues par rapport aux urgences réelles. Par ailleurs, on assiste à un désengagement de l'ensemble du personnel médical et paramédical par rapport aux gardes. Les conditions d'exercice sont difficiles (fatigabilité, insécurité), la rémunération insuffisante, les structures de coordination manquent et chacun redoute les risques médico-légaux."*

DÉMOGRAPHIE / FÉMINISATION

par Bernard Rougier

Numéros clausus et évolution de la société

Les études le prouvent : la pénurie de médecins est déjà là. Les médecins de milieu rural ne trouvent plus de successeur, et la courbe des départs en retraite non compensés

Le monde de la santé alerte régulièrement les pouvoirs publics : il y aura 35.000 médecins de moins en 2020.

sera exponentielle à partir de 2005. La désertification des campagnes et l'accroissement des inégalités régionales se profilent.

Le monde de la santé alerte régulièrement les pouvoirs publics :

MILIEU URBAIN, MILIEU RURAL, SPÉCIFICITÉ GÉOGRAPHIQUE

Jean-Marie Gagneur, généraliste à Lescheraines (Savoie), pratique la médecine d'urgence depuis 23 ans en montagne. Passionné, il se dit aujourd'hui déçu par un mépris du public et des institutions face au travail réalisé :

"Dans notre canton, nous ne sommes que trois à nous relayer une nuit sur trois et un week-end sur deux en hiver. La traumatologie du ski devient alors très fréquente. Nous assurons en même temps l'urgence "normale", le secours en montagne, les interventions pour les blessés en canyoning ou en spéléologie, avec les pompiers. Je fais partie de l'association "Spéleo Secours de France" depuis des années, et je suis aussi régulateur pour le centre 15. Sauver la vie en faisant du rappel ou dans des conditions d'accès difficile demande une certaine force physique, qu'il est difficile de préserver à plus de cinquante ans. Sans compter que nos entourages familiaux se fragilisent. Ma conjointe, comme l'époux de ma collègue, ont des problèmes de santé grave. Nous supportons d'autant moins la contrainte des gardes aujourd'hui, que la Sécurité Sociale n'a aucune reconnaissance pour nos efforts. Je n'ai, par exemple, pas été remboursé pour un aller-retour à l'hôpital d'Annecy où j'accompagnais un patient que j'avais pris en charge après une chute en forêt. Mes protestations ont tout bonnement provoqué une suppression de la majoration d'urgence. Je suis donc sommé de la rembourser par le Directeur de la caisse d'Annecy ! Une mesquinerie qui me fait perdre une après-midi au Tribunal pour un contentieux ridicule, dont le principe même est aberrant. Sans compter le nombre de patients qui ne paie pas nos interventions, puisqu'ils font l'amalgame entre nous et le SAMU, qui est gratuit. Notre fatigue multiplie les risques de poursuite que nous encourons, les politiques et la sécu nous dénigrent... et si on nous respectait un peu ?"

il y aura 35.000 médecins de moins en 2020, puisque les années 90 ont été celles du resserrement du numerus clausus. Autre mouvement remarquable : l'évolution de la mentalité et la féminisation du corps médical.

En 1998, les femmes représentaient 36,4 % des médecins actifs. Or elles optent plus facilement pour le temps partiel et ne sont pas prêtes, les hommes non plus d'ailleurs, à sacrifier leur vie de famille pour leur métier ♦



LE DOSSIER URGENCES EST
DISPONIBLE SUR LE SITE DE L'UNION :
WWW.UMLRA.ORG

suite de l'édito page 1
"Urgences aux urgences"

Il est nécessaire d'avoir une vision globale du système. C'est la raison d'être de ce séminaire. Il doit, après une discussion avec tous les acteurs, permettre de dégager des solutions, qui seront proposées aux tutelles et aux responsables de l'organisation des gardes.

Des solutions sont possibles en zone rurale et en zone urbaine où l'on peut, par exemple, envisager la création de maisons de l'urgence tenues par les médecins libéraux en amont des services d'urgence hospitaliers, pouvant réaliser un véritable maillage à l'intérieur de la cité ; qu'on les appelle "maison d'urgence" "maison de garde" ou "centre d'accueil de répartition libérale". Il serait également nécessaire que l'assurance maladie apporte une réponse financière à ce problème. En effet,

on ne peut pas toujours demander plus aux médecins libéraux et ne jamais leur donner les moyens financiers pour cela.

Il en va de notre honneur d'organiser la prise en charge des malades 24 heures/24 mais il est du devoir des tutelles de faire en sorte que cette prise en charge soit satisfaisante en terme d'organisation, de qualité de vie, de rémunération mais aussi d'éducation des patients, car il n'est pas toujours possible d'avoir tout, tout de suite.

Les médecins libéraux ne laisseront pas se dégrader encore plus le système, mais que chacun prenne ses responsabilités ♦

Jacque Caton, président de l'UPML Rhône-Alpes

Le budget des urgences : parlons d'argent

par Bernard Rougier

LE FINANCEMENT DE LA PERMANENCE DES SOINS

EN VILLE

Les associations de médecins pour la permanence des soins sont financées avec des "fortunes" diverses. Soit par cotisation des médecins, soit par une aide des Conseils départementaux de l'Ordre (lui-même financé par les cotisations des médecins !), soit par des subventions des collectivités territoriales (mairies, conseils généraux), sauf exceptions notables (exemple des sites expérimentaux de l'Isère : cf. page 3/\$2c). L'assurance maladie n'a en effet jamais investi dans l'organisation de la permanence des soins de médecine libérale.

EN CAMPAGNE

Les médecins des zones à faible densité de population où les médecins débutants hésitent à s'installer du fait de la rareté des autres services (écoles, lycées, cinémas, centres commerciaux...) justifieraient d'une rémunération forfaitaire. Dans la mesure également où leur astreinte sur place pour de très hypothétiques appels est une contrainte supplémentaire sans contrepartie.

LES RÉMUNÉRATIONS ET LA NOMENCLATURE

La nomenclature des actes professionnels est trop mal adaptée pour permettre un investissement sérieux dans le domaine des urgences, malgré des aménagements

récents (majorations d'urgence, de nuit, de dimanche).

Les médecins sont payés à l'acte, alors que le paiement à l'acte n'est rémunérateur que si le médecin travaille beaucoup la nuit et le week end, au prix d'une fatigue difficilement récupérable, qui explique d'ailleurs le succès de SOS Médecins.

Une bonne réponse aux appels dans les zones sociales difficiles ne peut se faire qu'en organisant le tiers payant de façon simple. Le médecin sera correctement payé quand le tiers payant sera généralisé, or les problèmes de mise en place de la CMU ont retardé la résolution de ce problème.

Une autre réalité doit être prise en compte : l'activité de permanence des soins dans une activité de médecine générale ne représente que 5 % de chiffre d'affaires. Difficile, dans ces conditions, d'investir dans un secrétariat médical opérationnel la nuit et le dimanche : le coût en est rédhibitoire. En 2001, on se demande par ailleurs s'il est encore possible d'imposer au conjoint (on n'ose plus dire à l'épouse), de jouer bénévolement le rôle de permanencier.

QUELQUES PROPOSITIONS

La nomenclature du médecin généraliste doit donc être totalement revue. La M.U., dont l'usage est trop restrictif, doit être transformée en V.U. (visite d'urgence) en étendant son application (sur appel en garde, en dehors des heures ouvrables du cabinet par exemple). Les plages horaires permettant la majoration des actes de nuit doivent être



modifiées. Une visite à 20h30 ne se compare pas avec une autre effectuée à 3 h du matin. Trois tranches horaires pourraient être créées avec une cotation de 1 à 3 (20h-24h, 24h-6h et 6h-8h). La Majoration Dimanche doit être étendue à tous les actes pratiqués le samedi (consultations et visites) lorsque le médecin est de garde. La valeur des gardes doit être également majorée certains jour de l'année, comme le jour de Noël.

UNE TABLE RONDE POUR EN PARLER

Au vu de tous ces dysfonctionnements non encore résolus, il nous semble que le débat sur une rémunération spécifique de l'organisation de la permanence des soins doit avoir lieu avec les financeurs, qui ne sont d'ailleurs pas d'accord sur leurs rôles respectifs. C'est pourquoi nous avons jugé intéressant de réunir les représentants de la sécurité sociale, des mutuelles, de l'État et des collectivités territoriales pour entendre leurs propositions ♦

chantiers de l'union

les bulletins de l'Union

CHANTIERS DE L'UNION Parution semestrielle de L'UNION PROFESSIONNELLE DES MÉDECINS Libéraux Rhône-Alpes

UPML RHÔNE-ALPES : 20, rue Barrier 69006 Lyon / TÉL 04 72 74 02 75 / FAX 04 72 74 00 23 / SITE WEB : <http://www.upmlra.org> / E-MAIL : UPML.RhoneAlpes@wanadoo.fr

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION Jacques CATON / RÉDACTEUR EN CHEF Bernard Muller / RÉDACTEURS EN CHEF ADJOINTS Jean-Pierre TELMON, Danielle ATAYI / RÉDACTRICE Sylvie Finand

ASSISTANTE DE RÉDACTION Mme Anne-Marie LOUVET / ILLUSTRATION Magda Sallei / ÉDITEUR DÉLÉGUÉ TRANSIT Communications, Fabien PINAROLI 18, place Tolozan 69001 Lyon - transit@mci-group.com

CRÉDITS PHOTOGRAPHIQUES © 2001 Fabien PINAROLI avec l'aimable autorisation de PLAYMOBILE FRANCE

Conception Graphique : © TRANSIT Communications 2001
Impression : IDMM l'imprimerie des Monts d'Or - Gardilly

ISSN en cours