

**Rapport Pour la Conférence des Présidents
des
Unions Régionales de Médecins
en Exercice Libéral**

LIVRE BLANC

**Organisation
De
La Permanence des Soins
En
Médecine Libérale**

Juillet 2001

Organisation De La Permanence des Soins En Médecine Libérale

Rapport Pour la Conférence des Présidents des Unions Régionales de Médecins en Exercice Libéral

1^{er} JUILLET 2001

COMITE DE PILOTAGE

Coordination générale :

Docteur Bernard Rougier, secrétaire général de l'URMEL Rhône-Alpes

Délégué de la commission de Médecine Générale de la Conférence des Présidents

Docteur Hervé Ozier, Président de l'URMEL Bretagne

Responsables des groupes de travail

Cadre Juridique et Déontologique : Docteur Pierre Schlegel URMEL Alsace
Organisation et Régulation : Docteur Bernard Rougier URMEL Rhône Alpes
Centres de Permanence des Soins : Docteur Charles-Henry Mercier URMEL Pays de Loire
Information et Education : Docteur Jean paul Mathis URMEL Bourgogne
Financement et Rémunération : Docteur Pierre Levy URMEL Ile de France

Membres des Unions Régionales ayant participé à la réalisation de ce livre Blanc :

Docteur Danielle ATTAYI Rhône-Alpes	Docteur Xavier LAGARDE Haute Normandie
Docteur Gerard BLANCHET Auvergne	Docteur Gerard LE MARINIER Basse Normandie
Docteur Alain-Yves BOUIX Guyane	Docteur Christian LERICHE Picardie
Docteur Jean Paul BRIAND Centre	Docteur Pierre LEVY Ile de France
Docteur Hervé CAEL Provence-Cote d'Azur	Docteur Jean Paul MATHIS Bourgogne
Docteur Jean Pierre CASTIONI Franche-Comté	Docteur Charles-Henry MERCIER Pays de Loire
Docteur Jacques CATON Rhône-Alpes	Docteur Sylvain NADAL Midi Pyrénées
Docteur Michel COMBIER Midi Pyrénées	Docteur René NIVELET Champagne Ardennes
Docteur Denis DE VALMONT Bourgogne	Docteur Emile OLAYA Rhône-Alpes
Docteur Raymond DORAIL Martinique	Docteur Hervé OZIER Bretagne
Docteur Gérard DOURIEZ Poitou-Charentes	Docteur Daniel PENCOLE Bretagne
Docteur Michel DURENQUE Aquitaine	Docteur Chantal PURET Basse Normandie
Docteur Jean EYRAUD Poitou-Charentes	Docteur Daniel ROLLIER Provence-Cote d'Azur
Docteur Alain FORCADE Aquitaine	Docteur Bernard ROUGIER Rhône-Alpes
Docteur Yves FOURE Poitou-Charentes	Docteur Pierre-Paul SCHLEGEL Alsace
Docteur Jean-Jacques GALOUYE Midi Pyrénées	Docteur Patick SEGAUD Poitou-Charentes
Docteur Jean-François GUERIN Martinique	Docteur Georges SIAVELLIS Ile de France
Docteur Valérie GUINOT Haute Normandie	Docteur Yvan TCHENG La Réunion
Docteur JEAN-CHARLES Martinique	Docteur Patrick VOGT Alsace
Docteur Fabienne JOURDAN Languedoc Roussillon	Docteur Charles ZUINGHEDAU Centre

SOMMAIRE

Préambule	p.7
Introduction	p.9
1 – Organisation de la Permanence des Soins et régulation de la demande en médecine libérale	p.11
1-A Les types d’Urgences rencontrées	p.12
1-B Urgence ou permanence des soins ?	p.12
1-C La régulation de la demande	p.14
1-D Rapports entre médecins généralistes et hospitaliers publics face à l’urgence	p.15
1-E Participation des médecins libéraux à la régulation dans les Centres 15	p.17
2 – Adaptation des réponses selon la géographie et le milieu socio-économique	p.21
2-A La carte et le territoire	p.22
2-B Le médecin généraliste dans son milieu	p.24
2-C Comment joindre un médecin de garde ?	p.27
2-D Des moyens pour intervenir	p.28
2-E La visite du médecin de famille à domicile	p.28
2-F Retrouver le chemin des cabinets médicaux	p.32
2-G Les cabinets médicaux de permanence des soins	p.34
Comme un Havre de paix	p.34
Centre d’accueil répartition libéral (CARL) à Rennes	p.36
Centre d’accueil et de permanence des soins (CAPS) à Nantes	p.40
Antenne de permanence de soins et d’accueil (APSA) en Loiret	p.42
Tableau comparatif	p.45
Pour tempérer l’enthousiasme et alimenter le débat	p.46
3 – Information, Communication, Education de la population	p.47
3-A Médecin Patient	p.48
3-B Education Information du patient	p.48
3-C Information du Médecin	p.49
4 – Financement et rémunération de la permanence des soins	p.51
Conclusions : La mission de service public des médecins libéraux	p.55
La structuration de la permanence des soins	p.56
La régulation médicale libérale	p.57
L’astreinte du médecin de garde	p.57
La nomenclature des actes médicaux	p.58
Les spécificités géographiques	p.58

.../...

ANNEXE :

Cadre juridique et déontologique

Réglementation – Prise en charge financière – responsabilité

p.59

Fiche I – Médecins Libéraux

I) Cadre réglementaire

p.60

II) Prise en charge financière

p.61

III) Responsabilité

p.61

Fiche II – Transporteurs sanitaires privés

I) La réglementation

p.63

II) Prise en charge financière

p.63

III) Responsabilité

p.64

Fiche III – Centre 15

I) La réglementation

p.65

II) Prise en charge financière

p.65

III) Responsabilité

p.65

Fiche IV – SAMU

p.67

I) La réglementation

p.67

II) La prise en charge financière

p.68

III) Responsabilité

p.68

Fiche V – Sapeurs pompiers

p.69

I) La réglementation

p.69

II) Prise en charge financière

p.69

III) Responsabilité

p.70

Fiche VI – Structures d'accueil des urgences

p.71

Service d'accueil des Urgences

p.71

Services et pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences

p.71

Unités de proximité d'accueil d'orientation et traitement des urgences p.71

Sources documentaires,

Références législatives et déontologiques , médecins libéraux , transports sanitaires,

p.75

Centre 15, Samu , sapeurs pompiers – lois – décrets.

P.76

BIBLIOGRAPHIE DES TRAVAUX DES URMEL

p.77

PREAMBULE

La médecine libérale joue un rôle primordial dans la prise en charge de l'urgence, en assurant en permanence une réponse adaptée à la population.

Les responsables du dossier « urgences et permanence des soins » des différentes Unions Professionnelles Régionales de Médecins en Exercice Libéral se sont réunis à Lyon le dimanche 11 mars 2001 et ont initié une réflexion commune.....

Cette réflexion a abouti à la confection de ce livre blanc destiné aux membres de la Conférence des Présidents des Unions.

Il appartiendra à la Conférence des Présidents des Unions Régionales d'en tirer les recommandations politiques à destination de nos mandants : Les syndicats médicaux dont le rôle est de négocier les conditions nécessaires pour une participation efficace des médecins libéraux à l'organisation de la permanence des soins dans notre pays.

La permanence des soins nécessite une coopération étroite entre médecins généralistes qui sont en première ligne pour répondre à la demande des patients et les médecins spécialistes.

Pourtant, nous nous sommes volontairement limités à l'étude de l'organisation de la permanence des soins en médecine générale.

En effet, la diversité des plateaux techniques nécessaires à l'exercice d'un bon nombre de spécialités (radiologues, anesthésistes réanimateurs, chirurgiens, cardiologues...) et la complexité des rapports avec les établissements de soins privés et les hôpitaux sont importantes. Des analyses ultérieures plus spécifiques sont nécessaires pour traiter de manière exhaustive les problèmes de l'ensemble des disciplines qui sont impliquées dans la permanence des soins.

En ce qui concerne les autres spécialités, on pourra toujours se référer utilement à des différentes études réalisées par certaines unions régionales de médecins libéraux : Franche-Comté, Poitou-Charentes, Languedoc Roussillon, Rhône Alpes....

Si la conférence des Présidents des Unions, le juge nécessaire, elle aura également le loisir de demander une extension de cette étude dans le cadre des disciplines spécialisées dont il est fait état plus haut.

Par contre le modèle de la médecine générale peut également s'adapter à un certain nombre de spécialités qui répondent à une demande de soins primaires essentiellement cliniques comme par exemple la pédiatrie.

*En France, les médecins généralistes libéraux sont les seuls professionnels de santé ayant, les compétences, la disponibilité et une répartition homogène sur le territoire pour assurer une permanence des soins efficace...
à condition qu'on leur en donne les moyens
et que le secteur hospitalier soit capable de suivre en aval les urgences « post ambulatoires »
Car un médecin généraliste isolé ne peut agir efficacement
et son activité doit être intégrée dans le contexte d'ensemble de l'organisation du système de soins.*

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Dans un premier temps, les responsables des différentes régions représentées ont colligé l'ensemble des travaux effectués sur ce sujet par les Unions Professionnelles.

A partir de cette montagne impressionnante d'études, ils ont dégagé 5 Grands axes de réflexion :

- Cadre juridique et déontologique de la permanence des soins et de la réponse aux urgences
- Mode d'organisation de la permanence des soins et régulation de la demande de la médecine libérale
- Diversités des réponses apportées selon la géographie et les milieux socio-économiques
- Information, communication et éducation de la population
- Financement de l'organisation de la permanence des soins.

Ce document est tout à la fois un panorama et une synthèse de la diversité des situations rencontrées et une proposition pour quelques solutions envisageables.

INTRODUCTION

La permanence des soins et les réponses aux urgences pose un problème d'organisation majeur pour toutes les formes d'exercice de la médecine dans l'ensemble des pays développés

La motivation essentielle des unions professionnelles pour bâtir un projet sur l'organisation la permanence des soins, au moment où se préparent des réformes décisives, est de permettre au médecin libéral, en particulier au médecin généraliste, de revendiquer cette place prépondérante dans la permanence des soins et de continuer à assurer à tous les patients, des soins de proximité adaptés et de qualité.

En dehors des simples obligations médico-légales, la reconnaissance la permanence des soins des médecins libéraux comme une « mission de service public » est le point de passage obligé de la revalorisation de notre activité dont l'efficacité pourrait être améliorée, si besoin était, par la mise en place de réseaux de proximité.

Même si l'intervention sur une urgence est déstructurant pour notre activité habituelle, stressante pour l'intervenant, c'est là d'abord que nous attendent les patients dont l'exigence est de plus en plus grande en raison de la médiatisation de la médecine, du vieillissement des populations etc... Nous serons jugés sur notre capacité à répondre à ces demandes, à nous organiser pour offrir un complément efficace au service public.

La médecine générale représente la trame la plus dense et la mieux répartie du système de soins de notre pays, le système de proximité le plus accessible, le mieux intégré au sein des populations.

La médecine a trois obligations médico-légales :

- . Obligation de continuité de soins, jour et nuit à tous les malades ;
- . Obligation de participer au tours de gardes ;
- . Obligation d'intervenir en priorité auprès en situation d'urgence.

Ces tâches sont difficilement compatibles avec un exercice efficace et une charge de travail raisonnable : ¹

- 1) Comment gérer les conséquences de l'évolution démographique décroissante de médecins ?
- 2) Que répondre à l'augmentation vertigineuse de la demande de soins dont seule une partie peut-être qualifiée d'urgence vraie ?
- 3) Comment faire face à la dangerosité croissante des gardes dans certains centres urbains ?
- 4) Comment remettre de l'ordre dans certains dysfonctionnements chroniques du système : Médecins libéraux débordés, hôpitaux embouteillés, difficultés engendrées par les contraintes sociales imposées au domaine de la santé ?
- 5) Quel en est le coût et quel financement la collectivité est-elle prête à mettre dans la médecine libérale pour une réponse de qualité ?

¹ Source : Dr Xavier Lagarde, Union Régionale des Médecins de Haute Normandie

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

La réponse libérale à ces questions ne peut être unique :

Quelles que soient les solutions retenues, elles doivent être acceptables et acceptées par les médecins, c'est-à-dire ne pas alimenter des querelles de personnes, des jalousies de proximité, ne pas être refusées par une grande partie des médecins d'un secteur géographique. Leur mise en place doit sécuriser les malades et les médecins du même secteur qui pourront travailler en toute tranquillité sous la protection de l'un d'entre eux pendant un temps donné.

Elles doivent être aussi acceptables pour les pouvoirs publics, c'est-à-dire représenter un intérêt pour la santé des populations et une charge financière supportable pour le budget de la santé.

Elles doivent pouvoir s'insérer dans un cadre juridique et déontologique² adapté aux réalités du siècle

² Voir annexe sur le cadre juridique et déontologique actuel

1

ORGANISATION DE LA
PERMANENCE DES SOINS
ET
REGULATION DE LA DEMANDE
EN MEDECINE LIBERALE

1-A LES TYPES D'URGENCES RENCONTREES ³

Du point de vue médical : trois significations font consensus par les professionnels ⁴

. Les urgences “ vraies ” ou “ objectives ” parmi lesquelles on distingue :

- Les situations où le pronostic vital est en jeu. Il existe une situation de détresse pour la vie ou un organe. Il faut l'intervention très rapide d'un médecin et/ou d'une équipe médicale avec des moyens lourds.
- Les situations où le pronostic n'est pas vital mais où il y a nécessité d'une intervention médicale avec des moyens diagnostiques et thérapeutiques.

. Les urgences “ ressenties ” situations vécues comme nécessitant une consultation médicale urgente par l'appelant ou ses proches.

. Les urgences “ déguisées ” : situation où l'appelant demande une consultation médicale à domicile par commodité. Ce nouveau concept est d'une certaine façon le reflet d'une évolution de la consommation médicale fortement influencée par des faits de société (population de plus en plus exigeante, appel au secours du médecin pour des situations conflictuelles professionnelles ou conjugales, situations sociales précaires, isolement etc...^o Pour autant, il ne faudrait pas réduire ce nouveau concept à sa seule connotation péjorative (du fait des dépenses injustifiées et des désorganisations pour les professionnels)

Cette conception médicale fait référence à la notion d'expertise médicale (de diagnostic) qui ne peut être protégée qu'à posteriori le plus souvent ou au mieux en temps réel (régulation médicale des appels urgents) Il nous appartiendra d'en définir plus précisément le contenu dans le but de retranscrire le plus finement possible l'approche spécifique qu'ont les médecins libéraux des urgences qu'ils prennent en charge et leur classification

1-B URGENCES OU PERMANENCE DES SOINS ? ⁵

Le débat entre **urgences vraies et ressenties** n'est pas nouveau.

Trop souvent dans la littérature ou dans les propos des professionnels, il y a une confusion entre les urgences avec leur contenu multiples et la permanence des soins.

Cette dernière notion relève plus d'une approche organisationnelle qui oblige les praticiens et les établissements de soins à offrir une capacité d'écoute et d'intervention à quiconque en manifeste le besoin quel qu'en soit l'objet, dès lors qu'il s'agit d'une souffrance pour lui.

La permanence des soins correspond donc à l'activité quotidienne des praticiens faite de consultations et de visites à domicile à laquelle il faut rajouter les dispositifs de garde mis en place pour répondre à la demande de soins en dehors des heures ouvrables (nuits et week-end). Il s'agit donc en réalité d'abord d'une permanence d'écoute avec une capacité d'intervention médicale adaptée..

On peut tenter d'aborder cette problématique sous deux aspects :

I Le vécu des praticiens et le devenir des patients :

L'étude de la classification des urgences rencontrées par les médecins montre que :

- **Les urgences vitales** sont estimées **fréquenter** ou **très fréquentes** pour 16% des praticiens et qualifiées de **rares** ou **très rares** pour 81% d'entre eux.

³ source : Rapport de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne – novembre 1997

⁴ Rapport de la commission des gardes et des urgences Conseil National de l'Ordre des Médecins, juin 1996.

⁵ source : Etude de la region Provence Cote d'Azur

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

- A contrario **38%** des Médecins déclarent être **fréquemment** ou **très fréquemment** confrontés à **des urgences qualifiées d'abusives**, ce chiffre atteignant **64%** pour les **urgences dites de confort**,
- Quant à l'urgence ressentie, une nette majorité des médecins (respectivement 66% et 88%) les estiment fréquentes ou très fréquentes.

Cette faiblesse relative de la **véritable urgence** est vérifiée par le **taux d'hospitalisation** des patients vus. Ainsi, une large majorité des médecins (62%) déclare hospitaliser moins de 10% des patients vus à domicile. Nous avons donc une écrasante majorité de circonstances vécues comme une **situation médicale aiguë** qui se règle au chevet du patient **sans mise en route d'autres moyens médicaux**.

II Du point de vue des pratiques professionnelles

Une autre façon d'aborder la problématique des urgences, en particulier pour les médecins libéraux, est de la définir par rapport aux incidences organisationnelles induites sur leur pratique habituelle.

Les urgences sont alors toutes les situations médicales ou médico-sociales perçues " comme urgentes par le patient et/ou par le médecin justifiant un examen rapide jusqu'à ce que le patient soit sécurisé ou en sécurité " ⁶.

On peut retenir la **définition** suivante :

" Tout ce qui est ressenti par le patient comme exigence de soins ne pouvant souffrir le retard. Cela inclut tous les phénomènes qui touchent à la santé et qui surviennent de façon brutale et inattendue et qui surprennent ou inquiètent à tort ou à raison l'intéressé ou son entourage " ⁷

Dans cette conception, les critères de gravité (urgence vraie, lourde ou ressentie) ne sont pas une source de discrimination à ce niveau. Il est ici fait plus implicitement référence à la permanence sinon des soins, en tous les cas d'écoute, à laquelle est astreint le médecin libéral..

Il s'agit d'offrir une capacité de régulation pour déterminer la réponse adaptée :

Conseils, déplacement sur les lieux et temporalité ou mobilisation de moyens lourds.

L'organisation des praticiens libéraux pour satisfaire à ce devoir sera l'objet central de l'enquête descriptive dont les résultats sont présentés en seconde partie du présent rapport.

⁶ Essai de définition de l'urgence générale. Emmanuel Branthomme. Revue Exercer, Sept-Oct 1993 N°23

⁷ Séminaire interprofessionnel " la place de la médecine ambulatoire dans la filière des urgences " ENSP, 1993

1-C LA REGULATION DE LA DEMANDE

Nécessité d'une régulation⁸

Toute demande non régulée est ingérable et inflationniste

Un des éléments de réponse au problème de la redistribution des flux concerne la régulation : aujourd'hui, celle-ci est entièrement assurée par le patient qui, possédant la clé de l'accès aux soins, va décider et de façon souvent très éclairée de l'endroit qui lui semble le plus adapté à sa situation d'urgence. De plus, il n'hésite pas souvent, plus l'offre augmentant, d'utiliser tous les chaînons de la chaîne d'urgence (exemple de la pédiatrie) Les patients, en situation d'urgence, cherchent rarement à joindre un professionnel de la santé et décident soit de se rendre directement dans les urgences hospitalières lorsqu'ils suspectent un problème nécessitant l'utilisation rapide d'un plateau technique, ou intiment l'ordre au médecin de garde de venir à son domicile, sous peine de poursuite ordinale. Les patients assurent donc la régulation du système de soins, en choisissant le lieu de prise en charge en fonction de leur perception de l'urgence et surtout des besoins, en examens complémentaires et en gestes techniques qu'ils jugent eux-mêmes nécessaires

Trois conditions sont indispensables pour une régulation efficace :

- Une concertation entre la médecine libérale et hospitalière sur la base d'un partenariat égalitaire est nécessaire : problème des centres 15 : faut-il deux numéros d'appels ?
- 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 soient motivées par la faiblesse extrême des personnes consultées ou 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

⁸ source : Enquête concernant les urgences prises en charge à La Rochelle, lors de la garde ambulatoire et dans les services d'urgences : URML Poitou-Charentes, juillet 2000

**1-D RAPPORTS ENTRE MEDECINS GENERALISTES
ET HOSPITALIERS PUBLICS
FACE à L'URGENCE⁹**

L'URGENCE REDUIT LA RELATION DE SOIN ET EXACERBE LES CONFLITS DE POUVOIR

« Dans sa toute puissance, l'hôpital ne réalise pas qu'il est de passage et que nous, nous serons encore là après.

*On a une image difficile vis-à-vis de la famille lorsque l'on négocie un lit pour le malade, que l'on ne réussit pas à l'avoir, et que le SAMU obtient très vite et facilement »
(un médecin généraliste)*

- Le médecin est légitimé par la relation qu'il entretient avec le patient si elle s'inscrit dans la durée. Cette relation est très investie affectivement (" mon patient ")
L'instantanéité de l'urgence met en défaut la durabilité de la relation médecin/patient.
- L'urgence renforce le manque de pouvoir perçu par le généraliste dans ses rapports avec l'hôpital. Le généraliste a le sentiment d'être un pion dans une bataille qu'il ne maîtrise pas. Il a le sentiment d'être utilisé, le vocabulaire témoigne de figures archétypiques de victimes, martyrs ou de guerriers
- Le centre 15 donne au médecin généraliste une participation sans réel pouvoir
L'urgence concentre les rapports de pouvoir concernant tous les protagonistes de l'urgence, sans qu'il n'existe de vraie négociation sur les compétences et la définition du rôle de chacun.
- Le médecin généraliste est soucieux de sa compétence technique mais se sent toujours " en porte à faux " avec l'univers hospitalier.
- Le mode de rémunération (régulation et nomenclature) donne aux généralistes le sentiment d'être financièrement dévalorisés

L'URGENCE REACTIVE LA MEFIANCE GENERALISTES - REGULATION HOSPITALIERE

- La méfiance fonctionne dans les 2 sens.
Le régulateur se méfie du diagnostic du généraliste.
Le généraliste se méfie des conséquences de la décision du régulateur car la carte n'est pas le territoire.

LE SYSTEME ACTUEL ACCENTUE LA DISTANCE ENTRE MEDECINE LIBERALE ET HOPITAL PUBLIC

- La médecine libérale se vit au cœur d'une contradiction
- Elle se perçoit comme un pôle de liberté dans un univers de plus en plus réglementé : choix du médecin, du traitement...
- Mais elle tend à en investir de plus en plus les logiques dominantes (rationalisation-primat de l'économique...)
- Elle se vit comme la cellule de base de la santé publique mais elle définit son champ d'action avec des critères individualistes et peu pertinents pour cette dernière.
Le système d'urgence renforce cette contradiction

ainsi le médecin généraliste :

- revendique plus de reconnaissance de l'hôpital **mais** reproche à l'hôpital de trop lui en demander
- revendique une plus grande part dans la gestion de l'urgence **mais** ne veut pas être désorganisée dans son quotidien

⁹ Etude CRAES Rhône Alpes – 1993

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

- revendique une médecine au service de la population **mais** ne veut pas perdre de l'argent par l'urgence
- revendique une couverture des besoins de la population liée à la continuité des soins **mais** accepte mal les contraintes d'une organisation collective et est peu disposée à un regard évaluatif

devant cette ambivalence du médecin généraliste, l'hôpital est lui-même très ambivalent

- il forme généralistes et spécialistes **mais** il n'accorde de réelle reconnaissance et pouvoir qu'à ces derniers
- il affirme son besoin de la médecine générale **mais** il ne les considère pas comme des partenaires à part entière

Le système de référence de la Médecine Générale est en crise

Il perçoit la société, l'université, l'hôpital comme tenant peu compte de ses valeurs

- la réponse adaptée à la situation, au contexte, à l'individu,
- la pratique relationnelle,
- la prise en charge de l'individu de manière globale
- la vision humaniste (relativiste) des problèmes.

Perspectives

L'équilibre du système reste fonction de la qualité et de la continuité des échanges entre généralistes et hospitaliers et du maintien des relations de confiance entre leurs leaders

Les libéraux doivent continuer à se sentir capable de négocier leur participation au fonctionnement et au développement du système d'urgences médicales

Le milieu rural fait prévaloir les réseaux de connaissance, l'organisation en petits systèmes de garde où l'individu fonctionne en microcosme en fonction de ses besoins et de son organisation personnelle.

Les médecins du groupe de Privas résistent à l'évolution de la médecine tant au niveau de l'organisation qu'au niveau de l'évaluation.

Re Développer une vision collective du système de santé est une des priorités pour le développement du Centre 15, ça ne peut se faire qu'en tenant le plus grand compte des acquis et des formes d'organisation de la médecine rurale et en recherchant des leaders susceptibles de porter cette évolution.

IL EST NECESSAIRE DE TENIR COMPTE DU TERRITOIRE INDIVIDUEL DU PRATICIEN

. en valorisant le savoir-faire et les acquis de la médecine de proximité

Le tissu de soin, que créent les médecins généralistes, maille le territoire. L'organisation et la structuration des services d'urgence doivent tenir compte de l'existant et si possible passer par leur intermédiaire.

. en valorisant le rapport médecin/patient

Proximité, Continuité, Permanence et Qualité des soins sont au cœur des services rendus par la Médecine Générale à la population. Même si des évolutions internes à la profession son susceptibles de remettre en cause certains de ces éléments, ils sous-tendent l'attachement du public au médecin généraliste.

Le système d'urgence doit apparaître comme une amélioration, comme un accompagnement et non comme une rupture, voire comme une mise en cause

*RECONNAITRE LA PERMANENCE DES SOINS DES MEDECINS GENERALISTES
COMME MISSION DE SANTE PUBLIQUE*

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Compte tenu des éléments centrifuges qui écartent les médecins généralistes d'une telle approche, il revient aux pouvoirs publics de donner moins de prise aux arguments justifiant les réactions négatives des médecins généralistes.

1-E PARTICIPATION DES MEDECINS LIBERAUX A LA REGULATION DANS LES CENTRES 15

EXPERIENCE DU SITE EXPERIMENTAL DE L'ISERE ¹⁰

Depuis 1991, avec un financement spécifique de la caisse nationale d'assurance maladie une quarantaine de médecins libéraux, volontaires, formés, sélectionnés, qui avaient pris l'engagement de ne pas faire tourner leur cabinet pendant le temps où ils étaient assis à la régulation, sont venus aider leurs confrères hospitaliers en régulant les appels plus spécialement destinés à la médecine libérale.

C'est, avec celui de Limoge, un des rares sites expérimentaux survivants du grand projet de 1987 sur le financement par l'assurance maladie de la régulation libérale.

Il existe d'autres exemples de la collaboration public-privé comme dans les Bouches-du-Rhône mais le financement spécifique des médecins libéraux pour la régulation du centre 15 (en parallèle avec celle du SAMU) est assuré par le conseil général des Bouches-du-Rhône et pas par l'assurance maladie.

A Grenoble contrairement à Marseille, la régulation libérale n'est plus financée 24 h sur 24 mais « aux heures de pointe, la nuit et le week-end »

La rémunération des régulateurs se fait sur la base de 3 C/heure.

(dans les bouches du Rhône la rémunération est doublée le dimanche, ce n'est pas le cas à Grenoble)

Une association regroupe l'ensemble des structures libérales, hospitalières et le SAMU.

A Grenoble comme à Marseille on constate une augmentation importante d'une année sur l'autre du nombre des appels qui ont triplé en 10 ans (sur cinq appels, un seul se traduit par la visite d'un médecin généraliste)

LES POINTS POSITIFS

La garde est harmonisée et performante. Les problèmes de gardes sont repérés, discutés et trouvent des solutions après négociations entre les intéressés (ADAMU 38, Conseil de l'Ordre, responsable de secteurs)

La régulation est assurée par les médecins généralistes libéraux et, est rémunérée de façon satisfaisante du CRRA a répondu à 150 000 appels cette année dont 90 000 sont des conseils thérapeutiques ou médicaux.

Les médecins régulateurs rappellent aux appelants de consulter leur médecin de famille ou de s'en trouver un.

LES POINTS NEGATIFS

La discussion annuelle est toujours difficile et exténuante avec la CPAM pour augmenter les financements. En effet, le nombre toujours croissant d'appels (+ 20% chaque année) donc nécessitant plus de régulateurs, n'est pas automatiquement pris en compte dans le financement octroyé.

Par ailleurs, le maintien d'un numerus clausus ridiculement bas (les départs en retraite des médecins généralistes en Isère ne sont pas compensés par les installations de jeunes confrères), la féminisation massive de la profession voit les tableaux de garde, le pool de régulateurs baisser d'année en année.

Les rapports des médecins régulateurs libéraux du CRRA avec le chef de Service du Centre 15 ne sont pas clairement établis en terme décisionnel ni conventionnel (choix de l'informatique, utilisation des données, orientation " politique " de la réponse aux contentieux...)

LES POINTS D'AVENIR

¹⁰ source : Docteur Gensburger Vice-président de l'ADAMU-38 22/11/2000

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Une Fédération Nationale des ADAMU (à créer) serait un formidable moyen de pression politique pour faire aboutir nos légitimes revendications de parents pauvres et de bonnes à tout faire de la Médecine Générale Française.

L'EXPERIENCE DE LA SEINE- SAINT- DENIS¹¹

Une Association loi 1901 strictement libérale composée des représentants des syndicats du département des tours des gardes et des représentants des régulateurs libéraux des urgentistes des cliniques privées et de FOREUM (association pour la formation à la régulation médicale), et du conseil départemental de l'ordre des médecins prend en charge le fonctionnement de la partie libérale du Centre 15 sur le plan de la régulation des appels de la permanence des soins.

En Seine- Saint- Denis, les libéraux disposent pour leur fonctionnement grâce à une convention départementale d'un financement d'environ 4 530 000 francs en 2000

(Provenance du financement : Conseil général APHP, cdom93, CPAM, PS93, état, hôpitaux généraux et cliniques privées participent au financement de la structure libérale du CRRA.

Le SUR : la particularité du département est un cabinet des médecins urgentistes créé par le syndicat Union 93 il y a 25 ans pour venir en supplément aux médecins de garde.

Actuellement le SUR est composé de 18 médecins installés à l'intérieur de l'hôpital de Vincennes dans les mêmes locaux que le centre 15 et à la totale disposition de la permanence des soins. Le SUR ne perçoit directement aucun appel mais à l'obligation d'effectuer les appels que la permanence des soins lui donne.

Les médecins de secteur de garde effectuent également les appels médicaux qui leur sont confié par la régulation.

150 000 appels médicaux ont été régulés en 2000. 70% de l'activité est effectuée par les régulateurs libéraux :

- Un régulateur de jour (9h00-20h00)
- Deux régulateurs de nuit (20h00-9h00)

Equipe présente sur place tous les jours de la semaine et toute l'année.

Leur rémunération est de 1500 Frs le jour et de 2000 Frs la nuit par médecin régulateur.

La médecine libérale est dotée au centre de régulation d'un numéro de téléphone à dix chiffres relié au même standard que le 15, ce numéro n'est pas seulement à la disposition du médecin de garde ou du médecin urgentiste mais aussi à tous les médecins du département pouvant avoir une difficulté pendant la journée sur un appel urgent provenant d'un patient.

conclusion ¹²:

La transparence du fonctionnement du centre 15 doit être mieux assurée

une communication claire doit être réalisée sur les conditions de son fonctionnement, le choix des régulateurs, les conditions de régulation, l'activité, les rémunérations, les accords avec la profession...

Le consensus sur l'image du centre 15 à donner à la population doit être négocié par l'ensemble des partenaires professionnels.

La peur d'une accélération du " contournement " du médecin de famille par les autres systèmes (spécialistes, hôpital, urgentistes) est renforcé par le numéro d'appel unique, le 15 est perçu comme un instrument de plus d'auto prescription de soin par la population alors que le Généralistes peut de moins

¹¹ source : Dr Siavellis Union Régionale d'Ile de France

¹² Etude CRAES Rhône Alpes – 1993

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

en moins, concurrence oblige, résister au quotidien à cette auto prescription.

**Il est important de faciliter la structuration en réseau des médecins
et de promouvoir des partenaires collectifs du 15**

Il est important de promouvoir cette co-gestion et de lui donner plus de contenu

La législation la prévoit, mais on peut s'interroger sur les phénomènes de rétention de pouvoirs qui la mettent en cause sur le terrain.

Il est important de soutenir des médiateurs reconnus

Les leaders de terrains sont des partenaires essentiels sans lesquels les professionnels de la santé ne pourront se mobiliser et s'impliquer dans un projet collectif.

**Il est essentiel de définir un financement de la régulation de l'urgence
acceptable par la médecine libérale**

Le flou administratif sur les modes de rémunération (régulateurs et nomenclature des actes d'urgence) est la pierre angulaire sur laquelle tout le système des urgences achoppe

Il est important d'identifier et de soutenir les systèmes de garde existants

Si la couverture du territoire est loin d'être totale, des associations de garde fonctionnent, depuis de nombreuses années, dans des cantons ou quartiers, de façon efficace. L'harmonisation des services passe par la reconnaissance et l'acceptation des différences de compétences et de fonctions de chacun, des protagonistes de l'urgence.

LA Cogestion IMPLIQUE DE DEVELOPPER LES COMMUNICATIONS HOPITAL/SOCIETE MEDICALE

- en promouvant une dynamique de co-formation

Le médecin généraliste, qui doit, de plus en plus dispenser des soins, à la fois individuels et collectifs, avec discernement, en appliquant au mieux les progrès de la science médicale (coûts/bénéfices/risque/évaluation...) doit pouvoir actualiser ses connaissances techniques tout en amenant dans le débat son expérience relationnelle, sa pratique, ses analyses concrètes.....

- en évitant les discours et les comportements d'autorité

L'infantilisation du Généralistes par l'hôpital reste un risque permanent. Les communications " hyper spécialisées " sur l'urgence doivent en tenir le plus grand compte. Il faut remplacer la " communication sur " par une " communication avec "

Plusieurs conditions sont indispensables pour que les médecins libéraux puissent participer à la régulation des centres 15 :¹³

- Une convention départementale sur le fonctionnement et le financement de la partie libérale avec la participation des caisses d'assurance maladie, des pouvoirs publics et les collectivités territoriales.
- Autonomie totale de la gestion financière de la partie libérale (autonomie budgétaire)
- Les médecins régulateurs doivent rester des libéraux et non pas des attachés vacataires des hôpitaux. Leur rémunération sur la base de trois « C » de l'heure ne sont pas des salaires mais des honoraires qui tiennent compte des charges supplémentaire liées a l'exercice libéral.
- Mise à la disposition de la régulation libérale de la totalité des moyens du service public et la possibilité de les utiliser au même titre que les régulateurs du SAMU.
- La formation initiale et continue des médecins régulateurs dispensée par les structures libérales.
- Et enfin, la revalorisation des actes effectués par les médecins généralistes installés qui ont passé un protocole de coopération avec les permanences des soins et la régulation médicale

¹³ source : Dr Siavellis Union Régionale d'Ile de France

2

ADAPTATION DES REPONSES
SELON LA GEOGRAPHIE
ET LE MILIEU
SOCIO-ECONOMIQUE

2-A LA CARTE ET LE TERRITOIRE

Le Zonage en aires urbaines ¹⁴

Le découpage du territoire français en plus de 36 000 communes constitue un atout de taille pour l'éclatement de l'information sociodémographique à un niveau géographique.

A partir de ce maillage d'une extrême finesse ont été définies, il y a une quarantaine d'années, les unités urbaines.

Reposant sur la notion de continuité de l'habitat, cette définition sous-entendait une vision très tranchée et relativement peu nuancée de l'espace : d'un côté les communes urbaines représentant " la ville », de l'autre les communes rurales " la campagne ".

Mais très vite, cette vision s'est avérée caduque.

Avec les développements parallèles de l'automobile et de la maison individuelle, de nouveaux modes de vie sont apparus. Des citadins sont venus habiter des communes apparemment rurales, tout en conservant de fréquents contacts avec la ville. Cet entremêlement de l'habitat rural et du mode de vie urbain a rendu plus floues les limites de la ville.

Pour en tenir compte, l'INSEE a proposé dès les années soixante, une nouvelle définition en complément de celle des unités urbaines : les zones de peuplement industriel et urbain (ZPIU) L'intensité des déplacements domicile-travail, la proportion de ménages agricoles et le rythme de croissance de la population ont permis de caractériser certaines communes rurales en tant que communes " dortoir »

C'est ainsi que pendant une trentaine d'année, on a appréhendé le phénomène de péri urbanisation. Mais ces critères sont également aujourd'hui caduques. Leur maintien sans changement depuis leur création a entraîné un accroissement permanent du nombre de communes en ZPIU. A cette date, l'espace rural traditionnel hors ZPIU ne représente plus qu'un quart du territoire et 4% de la population totale.

Résultat qui, s'il a montré une évolution réelle des modes de vie des Français, conduit à surestimer l'aire d'influence des villes.

L'explosion des déplacements quotidiens domicile-travail est en partie, à l'origine de l'extension impressionnante des ZPIU, mais la très forte baisse du nombre d'actifs travaillant dans l'agriculture l'a certainement accentué et a conduit à exagérer le phénomène de péri urbanisation.

Depuis quelques années déjà, il manquait donc un découpage qui permette d'analyser sur l'ensemble du territoire les nouvelles résidentielles.

Le nouveau zonage en aires urbaines, qui sera redéfini après chaque recensement de la population, a l'ambition de fournir à la fois une description du territoire et un outil d'analyse des phénomènes qui le font évoluer "

¹⁴ Source : 'une nouvelle approche territoriale de la ville ' de Thomas Le Jeannic

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

L'INSEE a défini un découpage du territoire selon les modes de vie de ses habitants. L'institut a privilégié les déplacements entre le lieu de résidence et le lieu de travail pour rénover la notion de ville. Dans ce zonage, une unité urbaine est toujours traitée comme un ensemble indissociable. Elle est, dans son entier, rattachée à l'une ou l'autre des catégories suivantes :

- **Le pôle urbain** : unité urbaine offrant 5 000 emplois ou plus et n'appartenant pas à la couronne périurbaine d'un autre pôle urbain.
- **L'aire urbaine** : ensemble de communes, d'un seul tenant et sans enclave, constitué par un pôle urbain et par des communes rurales ou unités urbaines dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle urbain ou dans des communes attirées par celui-ci. De façon précise, une aire urbaine est constituée autour d'un pôle urbain à l'aide d'un processus itératif d'agrégation et de corrections finales.
A la première étape, sont sélectionnées les communes rurales et unités urbaines dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans le pôle urbain : à la deuxième étape sont ajoutées celles qui vérifient la condition par rapport à l'ensemble provisoire formé par le pôle urbain et les communes sélectionnées à la première étape etc.. Lorsque le processus itératif ne permet plus d'agréger de commune rurale ou d'unité urbaine supplémentaire, l'ensemble formé par le pôle urbain et les communes sélectionnées à toutes les étapes est corrigé à la marge par élimination des communes isolées géographiquement et inclusion des communes enclavées.
- **La couronne périurbaine** (d'un pôle urbain) : ensemble des communes de l'aire urbaine à l'exclusion de son pôle urbain ;
- **Les communes multipolarisées** : communes rurales et unités situées hors des aires urbaines, dont au moins 40% de la population résidente ayant un emploi travaille dans plusieurs aires urbaines sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant
- **L'espace à domicile rurale** : ensemble des communes rurales et unités urbaines n'appartenant pas à l'espace à dominante urbaine.

2-B LE MEDECIN GENERALISTE DANS SON MILIEU¹⁵

Le recoupement de différentes études réalisées dans plusieurs régions met en évidence les disparités qui existent entre les modes de vie de type citadin et de type rural l ou semi-rural.

Une politique de l'urgence ne peut pas être appliquée de façon identique et systématique sur la base d'une division administrative comme un département ou l'ensemble d'une région. Elle doit tenir compte des diversités géographiques (Cf. l'étude de l'union professionnelle Rhône-Alpes sur la médecine de montagne) mais aussi économiques et sociologiques.

On notera que les **horaires de disponibilité** des médecins généralistes des petites communes (inférieures à 10 000 habitants) avec un exercice de type rural, sont beaucoup plus étendus puisqu'une majorité d'entre eux répond la nuit.

Cette disponibilité nocturne décroît lorsque la taille de la commune s'agrandit, pour arriver à moins de 16% dans les grands centres urbains (supérieurs à 200 000 habitants), sous l'influence de la proximité des Centres 15, des associations de gardes plus structurées et aussi des cabinets " urgentistes " du type médecins

En ce qui concerne le **personnel disponible pour répondre au téléphone**, il n'est pas surprenant de voir que celui-ci est minoritairement présent chez le généraliste qui le plus souvent répond lui-même, aidé majoritairement par son conjoint dans les zones rurales de petite densité.

Par contre, dans les grands centres urbains, l'aide par le conjoint devient nettement minoritaire (22%) alors que le recours à une secrétaire ou à un secrétariat téléphonique augmente dans les proportions inverses.

A propos du **matériel de communication** dont dispose le médecin généraliste, nous constatons que dans les zones rurales, plus de la moitié des généralistes possède soit un radio-téléphone, soit un alphanpage, alors que dans les zones urbanisées, ce pourcentage est minoritaire (zone de déplacement du médecin moins étendue, plus grande facilité à avoir un téléphone proche) bien que les zones urbaines soient mieux couvertes par les réseaux.

Concernant le **matériel technique** dont dispose le médecin généraliste pour faire face aux situations d'urgences, là aussi on note une fréquence décroissante de l'équipement entre les zones rurales et les zones urbaines, puisque 90% des médecins des zones de moins de 10 000 habitants sont équipés d'un électrocardiographe, contre 60% pour les zones de plus de 50 000 habitants. Cette décroissance se vérifie pour le matériel nécessaire à l'oxygénation, la ventilation assistée, et la petite chirurgie. Le sous-équipement des médecins citadins par rapport aux médecins ruraux, se vérifie également à propos d'un certain nombre de médicaments d'urgence, comme l'adrénaline, (88% en zone rurale, 40% en zone urbaine) et également la morphine dont disposent 50 à 70% de médecins des zones à faible densité d'habitants, alors que ce pourcentage tombe à 30 ou à 25% dans les zones urbanisées. Cela tient à l'isolement en milieu rural où les délais d'hospitalisation sont plus grands, à la difficulté à trouver des pharmacies proches en dehors des heures ouvrables et peut être également à la crainte d'agressions par les toxicomanes dans les zones urbaines.

¹⁵ source : Etudes de l'Urmel Rhône-Alpes et de l'Urmel Provence-Côte d'Azur

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Lorsque le médecin généraliste doit faire **appel à un transport en urgence**, les médecins ruraux ou des petites villes se tournent de préférence vers le SMUR local alors que les médecins des zones urbanisées au-delà de 100 000 habitants font appel au Centre 15, qui se confond avec le SMUR local.

Le médecin rural ou semi-rural préfère avoir un contact direct avec le SMUR qui intervient directement plutôt que de passer par le centre de régulation départemental..

Il faut noter la faible fréquence du recours aux pompiers : 8% dans les zones de montagne, 1% dans les zones urbanisées.

Les ambulances sont également peu sollicitées lorsqu'il s'agit d'une urgence vraie.

La fréquence de l'appel au médecin généraliste par les structures publiques concernées par l'urgence telles que le Centre 15, le SMUR, est dans l'ensemble faible : inférieure à une fois par mois en moyenne pour l'ensemble de la région avec des extrêmes allant d'une fois par mois dans les zones rurales à 3 à 4 fois par an pour les zones urbanisées.

Par contre le recours au médecin est inverse en ce qui concerne les gendarmes :

Relativement peu fréquent dans les zones rurales, 2 ou 3 fois par an, il est supérieur ou égal à une fois par mois dans les zones urbaines ; (il faut bien entendu entendre globalement gendarmerie et services de police) Ce recours fréquent au médecin par la force publique en ville est probablement lié à des problèmes d'états d'agitation aiguë, de toxicomanies, et de coups et blessures.

En ce qui concerne l'appréciation des **conditions de travail**,

- Les problèmes de circulation et de fléchage restent minoritaires. Ils sont toutefois plus fréquemment cités dans les centres urbains de même que les problèmes de sécurité.
- Insuffisance de couverture de certains secteurs du territoire en ce qui concerne la radiotéléphonie
- Concentration des équipements sophistiqués en milieu urbain.
- Désir des médecins généralistes à se former aux techniques actuelles de prise en charge des urgences.

Si Actuellement, les secteurs urbains des centres-villes sont assez bien équipés en moyens mobiles d'urgence et en possibilités d'accueil hospitalières, les secteurs de grande banlieue, pour des raisons diverses, apparaissent le plus souvent moins bien pourvus que les précédents.

Dans les zones rurales, la concentration des moyens techniques dans les grands hôpitaux urbains peut engendrer des situations critiques uniquement par manque de matériel et de personnes formées.

A l'instar des médecins militaires en temps de guerre et à l'heure de la concentration des moyens techniques, pour optimiser les soins d'urgence, il serait préférable de maintenir ou de créer des " postes avancés " dans les milieux « difficiles » : banlieue, montagne, zone rurale à faible densité de population... avec du personnel formé afin de pouvoir donner une réponse correcte à l'urgence. Ces postes avancés pourraient être des lieux équipés de manière suffisante afin de conditionner un malade nécessitant des soins lourds en attendant les moyens de transports équipés : ambulances, pompiers, SMUR...

Les médecins généralistes de ces secteurs aspirent à la mise à disposition de matériel d'urgence réanimation, conjointement à des stages de formation SMUR indemnisés de façon à posséder les compétences pour faire face à une détresse vitale.

Il faut éviter d'arriver à une situation où il existerait des îlots de technicité, véritable oasis de savoir-faire, encerclés de zones " désertiques.

En matière de démographie médicale

Trois facteurs font évoluer la population médicale vers **des catégories moins investies dans les urgences médicales**

. **L'accroissement de l'âge moyen** des médecins

. **La féminisation** croissante,

. Les motifs pouvant ouvrir droit à **une exemption ordinale de garde**

En matière d'environnement citons parmi les éléments soulevés :

. l'accroissement de **l'insécurité**,

. Le rôle croissant des Centres 15 avec une **inquiétante multiplication de demandes d'interventions** alors que le nombre d'appels pour des urgences vraies semble stable

. **Le poids des structures d'Urgentistes** organisées dans les zones urbaines ;

. Le recours de plus en plus fréquents aux urgences hospitalières,

. L'augmentation toujours croissante de la demande

Dans le domaine de l'urgence, si rien ne pourra se faire sans les médecins libéraux, ces derniers ne pourront rien faire seuls,

L'efficacité commande que l'ensemble des acteurs de ce secteur témoigne d'une volonté réelle et non pas circonstancielle ou de façade, de travailler ensemble dans un véritable esprit de partenariat.

Pour faire face à ces problèmes, seule une politique volontariste, visant à répartir un peu mieux les équipements et à favoriser la formation des médecins généralistes, paraît nécessaire.

Cette politique volontariste d'organisation nécessite :

- L'adhésion de tous les généralistes à des associations départementales de permanence de soins chargées d'établir un maillage efficace du terrain. Coordination assurée par l'Union des professionnels libéraux en collaboration avec l'Ordre.
- l'obtention de moyens en rapport avec la législation pour organiser une régulation libérale permanente assurée par des Généralistes (rémunération sur la base de 3C de l'heure, financement assuré par l'assurance maladie, les collectivités locales et l'ARH)
- L'amélioration des conditions d'exercice des Généralistes assurant le service public de la permanence de soins

2-C COMMENT JOINDRE UN MEDECIN DE GARDE ?

Le Conjoint bénévole, une personne de la famille, l'employée de maison

Se voit encore ici et là, mais il s'agit d'une survivance du passé qui témoigne d'un amateurisme incompatible avec l'organisation sociale et sociologique de 2001

Les Secrétariats téléphoniques :

Celui-ci prend les appels et sait comment joindre le médecin de garde (bip, téléphone chez les patients visités, radiotéléphone...) mais ces services fonctionnent très rarement de nuit ou le week-end et avec un coût prohibitif dans ces périodes.

Les répondeurs téléphoniques, les Serveurs téléphoniques:

Dans ce cas chaque médecin du secteur de garde indique sur son répondeur le nom, la localité, le numéro de téléphone ou les moyens de joindre le médecin de garde en cas de besoin.

Le Transfert d'appel automatique :

Dans ce cas, par le biais d'une combinaison sur le clavier du téléphone, tous les appels sont automatiquement transférés sur le numéro de téléphone du médecin de garde.

Le numéro d'appel unique

Dans ce cas les médecins du tour de garde ont mis en fonctionnement un numéro de téléphone invariable pour lequel il y a en permanence une réponse médicale aux soins d'urgence.

Le Téléphone mobile avec détournement d'appel

A connu en quelques années un développement foudroyant et permet au médecin de garde d'être joint directement, mais il entraîne un surcoût des frais de téléphone et la fiabilité technique n'est pas parfaite (zone non couverte, zone d'ombre, période de surcharge)

Le développement de l'informatisation des cabinets médicaux

Devrait permettre une plus grande sophistication des moyens techniques de communication dans un avenir proche facilitant grandement l'établissement et la maintenance des tableaux de garde, la communication entre les réseaux (réseau hospitalier, réseau des médecins généralistes, réseau des pompiers)

Malgré la réticence de certains, la technologie peut briser le cloisonnement qui existe entre médecins sans que chacun perde son identité et son indépendance. La technique informatique peut, en outre, favoriser l'organisation d'un cabinet médical, la formation médicale continue et surtout renforcer les relations professionnelles au sens large du terme...

2-D DES MOYENS POUR INTERVENIR¹⁶

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 certaines zones sensibles où le médecin prend des risques dès qu'il se rend chez un patient, 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 :

- Il a des ordonnances sécurisées, des toxiques, 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 Matériel d'urgence

Les appels d'urgence nécessitent beaucoup de matériel. 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.

Pour les premiers soins de réanimation (perfusions, pratique d'électrocardiogramme, intubation), que certains médecins isolés doivent assurer avant l'arrivée du SAMU,

La somme moyenne de matériel qu'un médecin avance dans ce type d'intervention est souvent supérieure à 300 F, 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.

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 problèmes qui étaient tolérables lorsqu'ils étaient exceptionnels et que le médecin n'assurait que quelques appels, ne peuvent plus être pris en charge par le médecin à l'heure actuelle.

¹⁶ source : Dr Atayi Colloque régional sur la permanence des soins. Union Rhône-Alpes mars 2001

2-E LA VISITE DU MEDECIN DE FAMILLE A DOMICILE

« Spécificité française »

a t'elle vécue ? Ou garde t'elle encore sa place face au « scoop and run » des sapeurs pompiers, au déplacement systématique des SOS Médecin et aux services de réanimation sur quatre roues des SMUR ?

Le débat existe...¹⁷.

Pour l'AHMUF : Association Hospitalière des Médecins Urgentistes de France :
(syndicat hospitalier public) :

« ... Certaines pratiques, y compris médicales, tendent à répondre aux appels « urgents » ou ressentis comme tels, de manière stéréotypée et méritent réflexion. (Pratiques des effecteurs de prompts secours systématiques à l'appel du 18 avant la mise en place des procédures de régulation)

Ainsi la pratique des médecins non hospitaliers qui exercent une activité exclusive de visite (type SOS) motive plusieurs remarques:

- *Ce type d'exercice exclusif de la visite les différencie profondément de la pratique quotidienne du médecin traitant. Nous pensons que l'offre exclusive de visite à domicile, en rapport du coût qu'elle représente et de la désresponsabilisation qu'elle engendre dans l'esprit collectif, n'améliore pas sensiblement la qualité de santé de la population. En outre, elle n'améliore pas l'accès aux soins des plus démunis.*
- *Ces médecins (souvent titulaire de la CAMU, toujours confrontés au plus grand nombre d'urgence de ville) sont de par leur formation, leur équipement, les meilleurs effecteurs potentiels des Centres 15. Paradoxalement, le recours des Centres 15 à ces médecins pose d'énormes problèmes en terme de disponibilité.*

De plus, le recours systématique de la population à la visite à domicile rend les médecins « corvéables » pour ce type d'acte. La démotivation liée à cette notion d'asservissement face aux demandes des patients, l'absence de rémunération graduée en fonction de la spécificité de l'acte et par endroit de graves problèmes de sécurité limitent ainsi la dynamique des permanences de soins extra hospitaliers

Nous sommes donc favorables à toutes actions qui iront dans le sens d'une plus grande responsabilisation de nos concitoyens, d'une amélioration de l'exercice de la médecine, des soins primaires, "non hospitalière" que ce soit sur le plan financier, sur le plan de l'organisation et sur le plan de la sécurité. Les mesures pourraient aller de la suppression de la visite à domicile, dans un cadre réglementaire en accord avec le médecin traitant, jusqu'à la mise en place de permanences de soins d'urgences sous le contrôle de la régulation médicale des Centres 15 (intégrant les structures de type SOS sur le versant opérationnel en particulier)... »

Ces appréciations ont été faites récemment par l'AHMUF auprès de la Direction de la Santé et de l'Organisation des soins du ministère des Affaires sociales.

¹⁷ Source : documents AHMUF, SOS Médecin, Docteur J.M. Gendarme, Enquête de l'Urmel Rhône Alpes

Elles ont provoqué une vive réaction de **SOS Médecin France** dans les termes suivants :

- **« La visite à domicile est un des grands acquis sociaux de la France contemporaine, à portée de toutes les classes sociales. Vouloir la supprimer ou la limiter à quelques cas de grande urgence est une attitude qui instaurera une médecine à deux vitesses, certains pouvant malgré tout se payer à toute heure un déplacement de médecin à prix élevé, car ce que l'on rationne crée automatiquement une offre nouvelle à des tarifs forts. A cela s'ajoute, en terme d'équité sociale, que de nombreux patients ne se déplaceront pas, et retarderons ainsi leur prise en charge médicale.**
- **La visite à domicile est un moyen irremplaçable de soutien au diagnostic par les informations recueillies : modes et niveau de vie, aspects culturels et intellectuels, hygiène, consommation d'alcool, nature des cohabitants et rencontre avec les autres membres de la famille ; pharmacie familiale dans laquelle on peut puiser, que l'on peut actualiser ; présence d'animaux ; éléments psychologiques. La visite, c'est également la découverte par le médecin averti et équipé que les migraines et les nausées de tel patient suivi pourtant régulièrement en consultation, l'irritabilité et les angoisses récentes de tel autre ne sont en fait qu'une intoxication au CO et pas le stress mis en cause si souvent.**
- **La visite à domicile permet d'intervenir rapidement auprès de patients qui ne peuvent (ou ne doivent) pas bouger, sans déplacer des moyens lourds et coûteux dans un premier temps : douleurs thoraciques, coliques néphrétiques, malaise, détresse respiratoire, asthme, vertige invalidant, vomissements, diarrhées, personne à mobilité réduite, etc...**
- **La visite à domicile est un constituant essentiel du lien social.**
Elle offre la seule réponse possible à ceux pour qui se déplacer pose un problème majeur : parent seul avec enfant, absence de moyen de locomotion, par exemple. De plus, la visite à domicile permet de maintenir un minimum de contact avec les populations difficiles. Un médecin de SOS médecins consacre, en moyenne, 20 % de son activité médicale aux patients détenteurs de la couverture maladie universelle, contre à peu près 7 % pour un confrère installé en cabinet.
- **La visite à domicile est la garantie juridique de la qualification de l'urgence :**
La Cour de cassation en juin 1996 a dit que l'urgence est déterminée par le patient et que ce n'est qu'après avoir examiné ce dernier que l'urgence vraie existe ou non. Sans visite à domicile, la responsabilité des centres d'appels sera accrue.
- **La visite à domicile permet une régulation en aval de l'hôpital nettement moins onéreuse que les systèmes en projets (C-A-P-S, Maisons médicales)**
- **La visite à domicile permet, (au sens géographique) une plus large couverture des besoins médicaux qu'une centralisation des moyens sur un lieu fixe**
- **La visite à domicile permet, dans de nombreux cas le maintien du patient à domicile »**

De 1993 à 1998 : moins de visites réparties sur une plus faible proportion de patients ...¹⁸

Bien qu'encore un quart des actes pratiqués par les omnipraticiens libéraux soit des visites à domicile en 1998, la proportion de ce type d'actes n'a cessé de diminuer depuis 1993 (de plus de 4 points en six ans)

Parallèlement, la part annuelle des patients qui ont bénéficié d'une visite à domicile est passée de 38,4 % en 1993 à 33,3% en 1998.

...mais plus de visites avec majoration concentrées sur une part plus importante de la clientèle.

Durant cette période, les visites de nuit et les jours fériés se sont légèrement développées : En 1993 7,3% des visites ont été facturées avec une majoration alors que cette proportion atteint 8,1% en 1998.

De même sur l'ensemble des patients qui ont fait déplacer leur médecin généraliste, la part de ceux qui en ont bénéficié, passe respectivement de 20,5 % à 22,5% au cours de cette période.

Le recours aux visites est, en général plus fréquent durant les mois d'hiver, propices aux épidémies. Les visites de nuit et les jours fériés suivent logiquement ce calendrier, cependant le recours à ce type d'actes est aussi plus important au cours des mois de mai et d'août (graphique)

Dieu y reconnaît peut être les siens, mais certainement pas les médecins de famille qui assurent la permanence des soins, cumulent leurs horaires de consultations et de visites à domicile avec des gardes de nuit et de week-end.

Résultat : ils travaillent de 60 à 70 h par semaine,,

Obligés par la déontologie ordinale, la régulation hospitalière et la démagogie politique à faire des visites, qui peuvent rapidement être très difficiles (par les conditions de trajet et de temps), aléatoires (sur des appels mal faits qui obligent à chercher dans des conditions limites), importantes (de par les cas cliniques que l'on peut découvrir), dévoreuses de temps et de fatigues, et le faire repartir avec des feuilles de C.M.U de l'assurance maladie qui ne lui seront pas réglées tout de suite voire pas du tout puisqu'on ne sait plus si une feuille présentée valide l'est encore, si une feuille dépassée par la date l'est quand même encore, et si la feuille même correspond à la personne malade... tout en étant tout à fait conscient que tout le monde n'a pas les liquidités nécessaires pour régler les tarifs de visites actuels même dépassés, assortis de kilométrages importants venant majorer la note : Ils n'ont plus envie de faire des visites de jour loin de leurs cabinets pour 135 F, dans des quartiers parfois dangereux.

¹⁸ source : DREES / études et résultats N° 72 juillet 2000

2-F RETROUVER LE CHEMIN DES CABINETS MEDICAUX

A l'heure actuelle plus des trois quarts de l'activité des médecins généralistes se fait en cabinet médical et la visite à domicile représente à peine 25% de cette activité.

Pour autant lorsque l'on considère l'activité de permanence des soins, c'est-à-dire en dehors des heures considérées "ouvrables"¹⁹, c'est sûrement la visite à domicile qui reste en France la première modalité d'intervention.

Les causes des difficultés pour les médecins généralistes de faire venir les patients à leur cabinet en dehors des heures dites « ouvrables » méritent d'être approfondies :

- Certes il est plus difficile de trouver des **moyens de transports en commun la nuit** mais un grand nombre de personnes disposent de véhicule personnel et se rendent spontanément dans les services des hôpitaux.
- Pendant la **garde l'adresse du médecin de garde est souvent difficile à trouver** pour un patient ou sa famille qui ne le connaît pas, alors qu'il connaît bien l'adresse de son médecin habituel.
- **La signalisation des cabinets médicaux** de garde reste très discrète :

Autant les hôpitaux publics sont largement signalés sur le réseau routier et par des enseignes visibles de très loin, autant les pharmaciens de garde bénéficient d'une croix verte lumineuse qui attire également l'attention, autant les cabinets médicaux restent avec une signalisation très limitée conforme aux usages de la profession sur lesquelles veillent consciencieusement l'Ordre (plaque qui ne doit pas dépasser 50 centimètres sur 30 centimètres, fléchage très contrôlé)

- Dans un bon nombre de cas, **l'angoisse** de la nuit, la crainte plus ou moins justifiée, de déplacer un malade sans ambulance peut expliquer des demandes de visites à domicile non justifiées.

- **L'évolution sociologique de la profession médicale** joue également :

Il y a quelques décennies, et c'est encore le cas dans certaines zones rurales, le médecin avait son lieu de travail et son domicile à la même adresse.

Actuellement, plus particulièrement, dans les zones urbaines, le lieu d'habitation et le local professionnel sont séparés. Il est donc aléatoire de se présenter à un cabinet médical, dont on ne sait pas si oui ou non il est de garde sans appel téléphonique préalable

- Enfin **la nomenclature**, jusqu'à ces dernières semaines ne prenait pas en compte certains actes effectués en urgence lorsqu'ils étaient effectués au cabinet du médecin.

Paradoxalement, le samedi après-midi, une visite à domicile peut bénéficier d'une majoration d'urgence alors qu'une consultation au cabinet dans le cadre du système de garde ne le peut pas.

¹⁹ heures non ouvrables : définition de la Nomenclature des Actes Médicaux pour donner droit aux majorations de nuit :
Tout appel effectué après 19 heures et entraînant une réponse médicale après 20 heures. et tout appel effectué avant 7 heures du matin et entraînant une intervention médicale avant 8 heures du matin soit une amplitude de travail ouvrable de 12 heures

- Dans certaines zones l'installation ou le maintien d'un cabinet médical commencent à poser de sérieux problèmes :

1°- dans des zones rurales en voie de désertification où pour une très faible densité de population les cabinets médicaux doivent assurer une permanence des soins sur un grand territoire et bénéficient en contre partie de peu de services, et des difficultés sociales liées à l'isolement.

2°- A contrario, dans les grands centres villes, en particulier à Paris, les locaux professionnels ont des loyers qui sont rédhitoires et qui freinent l'installation des médecins généralistes conventionnés, compte tenu de la modicité des honoraires actuels.

Il n'y a pas eu en l'an 2000 de nouvelle installation de médecins généralistes dans Paris.

3°- Enfin les banlieues "à problème" où l'insécurité et la difficulté d'exercice dans des conditions sociales difficiles avec une population défavorisée, freine l'enthousiasme de beaucoup qui n'ont pas plus vocation au martyr que les services de sécurités qui hésitent à s'y rendre.

Il paraît important de redonner au patient le mode d'emploi du chemin du cabinet médical : c'est en effet, le moyen le mieux adapté pour examiner un patient de bénéficier du minimum du plateau technique qui n'est pas toujours facilement transportable et qui en plus fait gagner certainement du temps au médecin qui évite des déplacements parfois longs et tout aussi aventureux.

Mais la notion de cabinet médical est peut être appeler à évoluer et dans certains cas des solutions nouvelles sont possibles pour résoudre une partie des problèmes soulevés comme nous allons le voir dans le chapitre suivant.

2-G LES CABINETS MEDICAUX DE PERMANENCE DES SOINS : A L'OUEST DU NOUVEAU :

CAPS ou CARL, quel que soit le nom qu'on leur donne ne doivent pas se substituer au cabinet médical ni réinventer les dispensaires ou chercher à se donner des faux-airs « d'hôpital de campagne » mais peuvent permettre de mutualiser certains moyens et être dans certains cas une réponse au problème de pénibilité et de fatigabilité et de sécurité dans les zones urbaines à risque

Le Havre, Rennes, Nantes, La Rochelle... ont vu en quelques temps fleurir des projets alternatifs à la visite systématique à domicile ou au recours injustifié aux services d'urgences des hôpitaux

Dans ce domaine **Le Havre** possède une certaine antériorité :

COMME UN HAVRE DE PAIX²⁰

Un chauffeur accompagnant le médecin de nuit avec le véhicule de l'association spécialement équipé ! Une maison médicale achetée ensemble par les confrères où s'installe la consultation de garde dès le Samedi après-midi ! Des accords spécifiques négociés avec la CPAM :

(1/3 payant garanti en garde et la majoration de week-end : CD dès le Samedi après-midi) !

Oui tout cela existe déjà, ça marche très bien depuis 5 ans et c'est au Havre.

C'est au sein de l'AMUH qu'est née, il y a un peu plus de 5 ans, la réflexion sur le principal problème que constituaient les urgences de médecine générale.

Des problèmes

- la DANGEROUSITE des GARDES (crainte d'intervenir seul, de nuit dans un grand ensemble peu familial, difficultés de gérer seul un patient violent ou irascible) est très largement liée à l'isolement du PRATICIEN.
- la DERIVE des "URGENCES MEDICALES" où le système de garde vient gérer le consumérisme médical et les absences non remplacées des confrères Ainsi se mêlent aux urgences 50-75 % de cas non urgents relevant de la PERMANENCE DE SOINS. Ce n'est pas la demande du patient qui détermine l'urgence mais l'avis du médecin lors de la REGULATION, il importe de trier les urgences et la permanence de soins.
- la PENURIE CROISSANTE de MEDECINS (augmentation de la moyenne d'âge, pénurie de remplaçants, changement de comportement des jeunes confrères d'avantage soucieux de vie familiale ou extra-professionnelle et la féminisation croissante de la profession en jeunes mamans)

Des solutions

- La maison médicale : DOMUS MEDICA

Il s'agit d'une société civile immobilière où chacun a le droit d'acheter une ou plusieurs parts pourvu qu'il soit professionnel de santé et havrais.

Une centaine de membre ont donc ensemble acheter une première puis une seconde maison (500 m²) Elle constitue le port et le phare de L'AMUH qui est naturellement son principal locataire mais non le seul (tous les syndicats, le journal, et toutes les associations) elle loue ses salles pour les réunions de FMC (on compte plus de 200 réunions diverses par an)

²⁰ source : Dr Xavier Lagarde Union Régionale de Haute Normandie

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

C'est ici que s'installe la CONSULTATION DE GARDE véritable relais de nos cabinets libéraux, du SAMEDI APRES-MIDI au DIMANCHE et JOURS FERIES

(les pics d'activité vont jusqu'à 150 actes en 24 h, habituellement réalisés par un médecin si moins de 10 patients en attente mais jusqu'à 3 confrères ensemble si période d'épidémie)

Cette Domus Medica est également le siège de notre association et de son équipe : Un directeur administratif, 4 secrétaires et 4 CHAUFFEURS-ACCOMPAGNANTS DU MEDECIN DE NUIT. avec leurs 2 VOITURES DE GARDE.

En semaine, le médecin de garde est épaulé par LE MEDECIN DE SECTEUR

Qui assure la PERMANENCE DE SOINS, c'est à dire qu'il accueille en CONSULTATION DE QUARTIER DANS LA DEMI-JOURNEE, tous les patients qui ont besoin de soins peu urgents et n'ont pas de réponse chez leur médecin habituel (absent, débordé,...)

Pour éviter une surcharge du Médecin de garde qui doit rester disponible pour les Urgences Vraies. Après expérience ce travail de quartier nous apparaît très utile et doublement pédagogique pour les patients qui ont aussi une réponse "pas de visite inutile si vous pouvez bouger" et pour les Confrères.

Dernièrement, le groupe hospitalier du Havre a mis à notre disposition le second véhicule de garde. Cette coopération montre que nos services sont faits pour se compléter.

- Un réel soutien du Conseil de l'Ordre.

La garde est une obligation déontologique et non un choix des confrères, le Conseil de l'Ordre l'a clairement rappelé, a joué son rôle d'arbitrage et a permis de remplir les trous du tableau avec le nom des confrères qui ne remplissaient pas leurs obligations.

(prendre une garde choisie avec un chauffeur ou une garde imposée seule sont les alternatives)

Il nous a largement aidé à acheter notre premier véhicule de garde et a pris des parts dans la Domus Medica, signalant clairement son engagement à nos côtés.

- Des rapports étroits avec l'UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX

Celle-ci travaille en collaboration avec notre équipe, soutien ses projets et les appuie au plan de la région. La commission urgences des unions nous a aidés financièrement.

- Une politique de Concertation avec La CPAM et la MAIRIE

La CPAM a autorisé le Tiers-payant EN GARDE (en cas d'impayé, elle accepte ainsi de rembourser les 2/3 de l'acte) Dernièrement, elle a également mis en oeuvre la majoration pour consultation de Week-end dès le SAMEDI APRES-MIDI.

Ces mesures inédites en France ont été courageusement préconisées par la directrice de la CPAM.

La caisse s'engage à verser une subvention annuelle pour financer l'achat des médicaments et oxygène nécessaire pour nos trousseaux d'urgences.

La Mairie du Havre participe financièrement à notre association au titre de la sécurité qui lui incombe lors des visites de nuit reconnaissant de fait notre MISSION DE SERVICE PUBLIC.

CONCLUSION :

L'association AMUH a pleinement su réaliser et analyser sa mission en professionnalisant et en finançant les moyens humains et matériels, puis pour mettre en place une politique libérale des urgences comme elle le fait au sein de la Domus Médica.

Cette attitude concertée entre Médecins libéraux, Cliniques, Hôpital, CPAM, URML et Mairie permet de mettre en place une politique globale et cohérente où la Médecine Libérale occupe mieux qu'un strapontin car c'est elle qui l'a impulsée en se montrant responsable et innovante.

CENTRE D'ACCUEIL REPARTITION LIBERAL (CARL) A RENNES ²¹

Une fois la période expérimentale terminée, nous souhaitons valider une organisation type que nous proposerons dans les différentes villes de Bretagne. Celles qui la retiendraient seraient ainsi labellisées par l'union régionale. Cette organisation n'est pas exclusive d'autres solutions.

Le cahier des charges de CARL :

sa mission

Organiser la réponse libérale aux demandes de soins non programmés, en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux.

Participer à la rationalisation des trajectoires de patients par une meilleure adéquation de l'offre et de la nature de la demande. Cette rationalisation est assise sur deux axes : la communication vers la population cible, la coordination des prises en charge avec les établissements et tout particulièrement le CHU dont 80% du flux d'accueil pourrait être vu ailleurs ou en différé.

le cadre réglementaire et les objectifs

répondre à notre obligation de permanence de soins (P.D.S.)

CARL assure la p.d.s. de ses effecteurs

Les médecins renvoient les demandes de soins de nuit et de week-end vers le numéro et l'adresse de CARL.

Ce mode de p.d.s., exclusivement en consultation, est reconnu par l'ordre : Les effecteurs du centre ne font pas d'autre garde, sauf s'ils le souhaitent.

Bénéfice de nos patients : pas de rupture dans l'ouverture des cabinets ; cabinet + centre = 24/24 h

Que fait-on de la visite ?

Nous avons négocié avec SOS, très présent sur la ville, un principe de renvoi vers les effecteurs de visites. SOS donc, mais aussi tout médecin qui se signalera à CARL comme disponible pour ce travail. Si cette organisation ne fonctionne pas, nous avons décidé de transmettre au centre 15 (tenu uniquement par les hospitaliers à ce jour) toute demande de soins que CARL n'aura pu satisfaire avec son offre de consultation.

Perspectives

Le lien avec le Centre 15 doit être revu, évalué et construit. Une régulation libérale est souhaitable mais nous ne voulons pas « doubler » à la sauvée une régulation prévue par la loi et qui n'a pu être mise en œuvre en Bretagne pour des raisons budgétaires. L'idéal pour nous serait une régulation de tous les appels de Rennes par le 15 avec participation des libéraux, voire des appels du département.

répondre à la nécessité d'un service public

Nous avons demandé des précisions sur la « commande publique » Qu'attend-t-on de nous ? Beaucoup de choses dont certaines sont inadmissibles. On peut avancer quelques pistes.

Un service permanent

Pas de rupture dans le service : nuit et week-end, vacances... Chaque jour CARL ouvrira à 20 heures et jusqu'à 7 h du matin. Ainsi que les week-end et fériés.

Un service complet

Cela suppose que nous puissions nous coordonner avec des médecins qui se déplacent pour tout ce qui ne pourra venir à nous. D'autre part nous avons engagé une réflexion pour avoir quelques cabinets ouverts le week-end en journée pour assurer des consultations dans les quartiers.

Les accords de coordinations avec les UPATOU et le CHU nous assurent une continuité des soins :

« Entrer à CARL c'est initier une prise en charge globale en entrant par la bonne porte »

Un service coordonné : s'inscrire dans les recommandations des SROSS

- Logique géographique : commune(s), bassin de population
- Coordination avec les établissements (SAU, UPATOU)

²¹ Docteur Daniel Pencolé, Union Régionale de Bretagne

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Sont deux principes acceptables. Par contre le caractère de médecins libéraux supplétifs des établissements ou des Samu ne l'est pas. A renégocier pour la Bretagne et pour nous tous probablement. Nous souhaitons à l'occasion de la mise en œuvre de CARL nous donner la possibilité de faire réécrire une partie du SROSS concernant les libéraux.

A travers cette dimension « *service public* », la participation obligatoire de tous les médecins sera plus aisée à obtenir. En Bretagne, nous la souhaitons afin de répondre au principe d'équité des charges de travail.

le cadre juridique

Nous avons fait le choix de faire gérer CARL par l'union régionale des médecins libéraux de Bretagne pendant la phase expérimentale d'installation (2 hivers) Ensuite Carl sera confié aux médecins Rennais. Une étude sera menée pour connaître le meilleur support juridique dans cette seconde phase.

Les services rendus par un CARL

Le conseil

La majorité d'entre nous est très réservée sur la dimension conseil qui, comme la régulation, nous semble une porte ouverte aux problèmes de responsabilité.

A partir du moment où la réponse (renseignement, conseil simple, offre de consultation) proposée par CARL ne satisfait pas la demande, nous nous proposons de la transférer vers un autre effecteur jugé nécessaire par le patient :

- médecin de garde s'il s'agit d'une demande de visite, et ce médecin décide, comme en journée, de la meilleure réponse à apporter ;
- centre 15 si une régulation paraît nécessaire.

C'est aussi une position prudente en terme de responsabilité, mais aussi politique car nous ne souhaitons pas doubler un C 15 qui n'a jamais trouvé les moyens pour accueillir les libéraux d'Ille et vilaine.

L'offre de soins

Généralistes

Présents sur place. De 20 h à 7 h du matin. Jamais seul. Etudiant en médecine gère le standard et l'accueil. Deux médecins jusqu'à minuit. Un seul ensuite. Deux médecins les samedi et dimanche. Le choix a été fait de ne pas se doter de radio ou biologie. « Faire la nuit ce que nous faisons le jour quand cela ne peut attendre le lendemain » Pas plus. Au-delà nous passons le relais.

Spécialistes

Des accords avec les spécialistes de ville rendent possible un avis spécialisé au sein de CARL ou ailleurs après transfert pour plusieurs spécialité à ce jour : pédiatrie, cardiologie, psychiatrie, pneumologie, angiologie, etc..

l'orientation

« Vous feriez mieux d'aller directement à... »

Soins puis retour au domicile... ou hospitalisation : CH, UPATOU, Autres établissements

la coordination

Transferts

Message fort : CARL est une porte d'entrée dans le système de soins. Vous en ressortirez avec votre problème solutionné, sur place ou ailleurs mais solutionné.

D'où l'importance des conventions de partenariat avec les établissements de la ville :

Accès privilégié aux plateaux techniques

Les patients adressés par CARL connaissent une file d'attente propre qui leur évite les trop longues attentes à l'accueil.

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Prise en charge des patients « réorientés » par l'hôpital

Une infirmière coordinatrice est aujourd'hui à l'entrée du service porte avec mission de « conseiller » une prise en charge alternative au service, si elle le juge possible. CARL sera l'une de ces alternatives. Nous le mesurerons pour notre évaluation.

Coopération ou accueil du pharmacien de garde

A minima, nous voulons disposer du nom des pharmaciens de garde, comme la police afin de l'indiquer aux patients vus en consultation. Au-delà, nous rencontrons lundi l'ordre des pharmaciens pour voir avec eux s'il est possible de rapprocher physiquement CARL et l'officine de garde : offre globale de nuit. Gros atout si nous réussissons.

Les outils mis en œuvre par le CARL

l'Accueil

Lieu physique repéré

Une adresse connue, facile à trouver avec un parking de surface accessible. Signalétique possible en façade.

Horaires connus et constants

Publication quotidienne des lieux, horaires, conditions de réception dans la presse locale : ouest France.

Equipement et personnel adaptés

Equipement standard d'un cabinet médical avec petite salle technique pour ceux qui savent et veulent répondre « à la petite traumatologie »

Toujours au moins un généraliste présent, parfois deux, et nous monterons en nombre si l'affluence le nécessite. Au téléphone et à l'accueil, un étudiant salarié formé à ce travail (équipe de 7 ou 8 étudiants faisant chacun un équivalent mi-temps)

la régulation / répartition

Nous avons fait le choix de ne pas réguler les appels au standard de CARL. Par contre l'usage imposeront le renseignement, le conseil, la répartition entre les effecteurs. Autant de situations limites avec lesquelles il nous faudra jouer. Cette position devra évoluer.

la localisation en ville

Lieu

Nous avons fait le choix d'installer CARL en dehors de tout établissement. Ni CHU (qui nous l'avait proposé) ni clinique (qui avait fait de même) Nous pensons que le message serait trop ambigu, voire en contradiction avec l'objectif de régulation des flux. « les libéraux assurent les soins de nuit... à l'hôpital ! »

Nature des intervenants : libéraux

Seuls les médecins libéraux rennais sont invités à travailler à Carl. Leurs remplaçants au sens ordinal du terme aussi (vacances) mais pas de remplacement « juste pour la garde » Les stagiaires en médecine générale sont les bienvenus et nous verrons pour faire de CARL est lieu de validation de stage dans quelques mois.

Le cadre financier

Recettes

Pour le lancement, nous ne demandons aucune cotisation aux médecins. Leur participation est cependant réelle. En effet, chaque acte leur sera payé amputé de la majoration de nuit ou week-end, cette dernière revenant à la structure CARL. A coté de ces actes, je vous rappelle que le médecin reçoit un versement égal à 2,5 C de l'heure d'astreinte. Ce mode de rémunération est plus avantageux pour le médecin jusqu'à 23 actes par nuit. Au-delà le paiement à l'acte redevient plus intéressant. C'est donc bien un mode de financement de lancement.

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Subventions

Nous avons demandé et obtenu une subvention FAQSV Bretagne pour couvrir l'ensemble des frais de démarrage (investissement et fonctionnement) et en particulier le versement des 2,5 C d'astreinte.

Budget : 3 millions de francs par an.

Dotation de l'assurance maladie (1 Euro par habitant)

A terme, ce financement de l'astreinte ne pourra perdurer sans financement de l'assurance maladie.

Nous estimons à 1 million de francs/an le surcoût pour l'assurance maladie en période de croisière.

C'est de ce chiffre que nous avons tiré notre slogan : Un Euro par personne et par an pour financer la garde libérale.

Un mélange de tout cela ?

A la fin de notre expérience, il faudra obtenir un financement mixte très probablement. Sans doute pas très éloigné de ce que connaît le Havre, avec je l'espère une meilleure reconnaissance encore de la dimension service public.

Dépenses

Investissements :

CARL nécessite l'aménagement d'un local loué : 250 000 Francs. Son équipement pour environ 100 000 Francs.

Fonctionnement :

- Les charges du local, des services : 7000 F loyer/ mois 2000 F de services divers
- Le personnel salarié : un directeur administratif, 7 étudiants en médecine standardistes (97 h/sem = 3 temps plein) : 40 000 F par mois.
- La rémunération des médecins
Objet : astreinte, service public, travail de nuit...
Nature : mixte : actes plus forfait
Hauteur : entre 3200 et 4000 francs la nuit : 2, 8 millions par an.
Imposition : intégré aux honoraires du médecin.

Conclusion

Ouverture entre le 15 et le 20 mai 2001. Alea jacta est.

CENTRE D'ACCUEIL ET DE PERMANENCE DES SOINS (CAPS) A NANTES²²

- 4 sites sur Nantes, 1 au sud, 1 à l'est, 1 à l'ouest, et 1 dans Nantes intra muros.

Le principe étant de ceinturer le CHU afin de drainer la population qui d'ordinaire se rend à l'urgence vers ces nouvelles structures de permanence des soins.

-La garde serait prise par 2 médecins simultanément de 20h à 24h en semaine, et de 14h à 24 h le samedi et de 8h à 24 h le dimanche et les jours fériés.

Les actes demandés après 24 H seront transmis soit à SOS médecins, soit à Nantes permanence médicale, en relation avec le centre 15.

La réponse à l'urgence devrait ainsi être assurée de façon sécurisante et satisfaisante et la sécurité des médecins être renforcée

-Les secteurs de garde de Nantes seront refondus en 3 secteurs, puisque le CAPS au sud concerne le Sud-Loire, ainsi le nombre de médecins pouvant prendre la garde dans les CAPS se trouve être de facto important.

Il ne s'agira pas de volontariat mais d'obligation déontologique, conformément à l'article 77 du code de déontologie.

Les mêmes règles précédemment édictées par le conseil concernant les possibilités de remplacement ou de substitution perdurent, à l'exception du remplacement par SOS médecins qui eux effectueront les visites à domicile.

-L'organisation au sein de cette permanence sera laissée à la discrétion des responsables de secteur, à savoir découpage ou non de la garde entre 2,4 ou 6 médecins.

On peut concevoir que le Week-end la permanence du samedi soit assurée par 2 médecins, celle du dimanche matin de 8 h à 14 h par 2 autres, et qu'à nouveau encore 2 autres médecins assurent la permanence de 14h à 24h le dimanche.

- Les lieux d'implantation restent à trouver.

Il faut des lieux facilement identifiables, mise à disposition gratuitement, dont les frais de téléphone, chauffage et électricité seront pris en charge par l'ARH par le biais d'une dotation spécifique faite à l'AMUEL qui réglera ensuite.

Il n'y aura donc pas besoin de constituer des associations type loi de 1901, pas de cotisation pour les médecins, pas de tracas de frais.

Ils n'auront qu'à prendre la garde avec leur sacoche, leur trousse d'urgence, leurs imprimés réglementaires.

Actuellement le premier CAPS va ouvrir prochainement à la clinique BRETECHE. Les derniers détails techniques restent à mettre en place

-Le matériel de ces CAPS (divan, bureau, chaises, oxygène et ECG) devrait être financé par l'Ordre.

il s'agit d'un message fort de l'institution qui aura su adapter l'obligation de garde à une situation dans les grandes agglomérations qui a évolué, plus vite que les textes et une réponse à l'évolution des mentalités avec laquelle la déontologie doit composer.

-Le paiement des actes effectués devra être assuré,

et la création d'une lettre -clé spécifique à la permanence des soins dès le samedi après-midi instaurée. Actuellement le médecin de garde est en droit de coter VD dès le samedi midi mais ne peut majorer son acte de consultation au cabinet que la nuit, le dimanche et les jours fériés.

Il est important, surtout compte tenu de l'actuelle évolution de la démographie médicale de faire évoluer la mentalité des patients qui considèrent que le médecin de garde n'est de permanence que pour se déplacer.

²² Dr CH.H.Mercier Union Régionale des Pays de Loire

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

La qualité de l'acte médical est très supérieure au cabinet du médecin ou dans une structure équipée, et il s'agit d'une meilleure utilisation des soins.

Il est également indispensable de reconnaître le travail et l'investissement du médecin qui, prenant sa garde, certes, accomplit son obligation déontologique, mais est aussi au service de la Santé publique.

- **Sur la Loire -Atlantique**, ce dossier sera géré par L'ordre, l'AMUEL et l'ARH, les unions et la CPAM

Il s'agit d'un véritable dossier de partenariat, dans lequel chaque acteur détient une clé du problème. Un verrouillage intempestif à n'importe quel niveau risque d'obérer la mise en place de ce qui sera vraisemblablement l'une des réponses au problème de la permanence des soins qui est le vrai défi de santé publique de demain.

ANTENNE DE PERMANENCE DE SOINS ET D'ACCUEIL (APSA) DANS LE LOIRET²⁴

1-Constats :

Première nécessité :

il faut réguler et centraliser les appels

toute demande de soins doit avoir une réponse

toute demande n'est pas forcément médicale ou du domaine de l'urgence

la qualification ne peut être que médicale

la meilleure régulation est faite sur des critères médicaux reconnus et validés

la régulation par un guichet unique est la plus sûre

le centre 15 a vocation à être ce lieu de régulation médicale unique

Deuxième nécessité :

il faut inventer d'autres lieux :

pour les soins non programmés

hors centre hospitalier

y faire travailler les libéraux

et y faire venir les patients

2-Les réponses aux demandes de soins non programmés :

intervention immédiate lourde :

SAMU - Pompiers - Service d'urgence hospitalier

intervention immédiate sans moyen lourd :

visite programmée par le centre de permanence de soins en coordination avec l'hôpital

intervention semi urgente :

visite ou consultation par l'antenne de permanence de soins et d'accueil (A.P.S.A.)

3-APSA et GAPSA :

Sur un même département, les A.P.S.A. sont gérées par une association les regroupant : le

Groupement des Antennes de Permanence de soins et d'Accueil :

le G.A.P.S.A.

L'association départementale responsable est une association d'usagers :

Exemple : le G.A.P.S.A. du Loiret

Les créations d'antennes sont soumises à autorisation des tutelles en fonction des besoins et selon un cahier des charges

Financeurs et professionnels de santé y sont représentés

La structure fait payer ses actes selon la nomenclature professionnelle en vigueur

Afin d'éviter la course au volume ses intervenants médicaux sont salariés

Les médecins libéraux y travaillant sont considérés comme remplissant leur obligation déontologique de participation à la garde

²³ source : Dr C.H.Mercier URMEL Pays de Loire

²⁴ source : Dr C.H.Mercier URMEL Pays de Loire

En Conclusion

Si l'on veut arrêter la crise sans fin des « urgences » il faut :

Réguler et coordonner le flux des appels et des patients

Aider les libéraux à réinvestir la garde

Créer des antennes de permanence de soins et d'accueil : les A.P.S.A.

4-Fonctionnement :

Le G.A.P.S.A.L. (*le Groupement des Antennes de Permanence de Soins et d'Accueil du Loiret*) est une association d'usagers - type loi 1901 - dont les acteurs sont salariés

Un projet pour le système de soins français à Orléans, ou ailleurs sur le département, la région, ou le territoire national

réalisable, cohérent et structurant

qui répond aux obligations de la garde et à la permanence des soins

dans le respect de la déontologie médicale

basé sur le volontariat, dans la complémentarité avec les services de porte hospitaliers

sans créer de concurrence déloyale avec les autres intervenants sanitaires.

Organisation du G.A.P.S.A.

Le Conseil d'Administration – C.A.

Décide, par ses délibérations, des affaires de l'Association, élit son Président, nomme le Médecin Directeur, vote le règlement intérieur.

Composition :

membres délibérateurs :

les représentants élus par l'Assemblée Générale des adhérents de l'Association et les membres fondateurs.

membres consultatifs :

le Médecin Directeur, le Gestionnaire ainsi que des représentants des médecins salariés de l'Association.

Le Comité Directeur – C.D.

Sous le contrôle du CA, il propose les orientations générales du GAPSA, règle son organisation et le représente.

Composition :

Le Président - Le Médecin Directeur - Le Gestionnaire

Le Comité Technique – C.T.

Assiste la Direction pour les choix techniques et dans l'élaboration des plans d'action de l'Association.

Composition :

Le Médecin Directeur - Le Gestionnaire

Des représentants des médecins du G.A.P.S.A.

Des représentants des salariés non médecins

Le Pharmacien

Le Conseil de Vigilance – V.T.

La Direction

Prépare les plans d'action, contrôle leur exécution, gère les affaires du G.A.P.S.A. et dirige le personnel.

Elle est assurée par :

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Le Médecin Directeur - Le Gestionnaire

Le Personnel

Personnel Administratif

Le Médecin Directeur

Le Gestionnaire

Salariés à temps partiel

Personnel de service

Chauffeur(s)

Un véhicule avec chauffeur pour les visites ou pour aller chercher les patients

Personnel d'accueil et de surveillance

Personnel d'entretien

Service de 6 heures

Le Personnel

Intervenants de santé

Médecins Généralistes

Exemptés de garde ordinale

Service de 6 heures

Infirmiers et/ou intervenants sociaux

Service de 6 heures

Pharmacien(s)

Délivrance de démarrage et de dépannage ou

délivrance complète après accord avec l'Ordre des pharmaciens

Les Horaires d'une A.P.S.A.

Permanence de soirée :

de 20 heures à 2 heures du matin

soit 6 heures de permanence en soirée

Après 2 heures du matin les patients ne veulent plus se déplacer, la demande est nettement diminuée et les appels qui nécessitent une réponse rapide sont souvent des problèmes graves avec obligation de recourir à une structure spécialisée ou à un véhicule médicalisé. A partir de 2 heures du matin seul le service de visite continue à fonctionner.

Permanence jours fériés et dimanche :

de 9 heures 30 à 15 heures 30 :

soit 6 heures de permanence les jours ouvrés

Les dimanches et jours fériés une baisse des demandes se produit après 15 heures pour reprendre en début de soirée .

Au total : 365 jours + 52 dimanches + 11 jours fériés

soit 428 permanences sur l'année

Une permanence 24H/24H entre en concurrence avec les Généralistes du secteur de l'APSA qui risquent de refuser de participer au travail de l'antenne.

Pharmacie et A.P.S.A.

Une possibilité de délivrer les médicaments est nécessaire afin de dépanner les patients qui font l'effort de se déplacer

Il peut s'agir d'une délivrance de démarrage du traitement

Une délivrance complète du traitement ne peut exister qu'avec l'accord de l'Ordre des Pharmaciens

Un accord avec le pharmacien de garde peut être envisagé

**TABLEAU COMPARATIF DE 4 TYPES D'ORGANISATIONS
au 1 er JUIN 2001**

	CARL (Rennes) Centre d'accueil et de répartition libérale	CAPS (Nantes) Centre d'accueil et de permanence de soins	CMU (Le Havre) Centre médical d'urgence	APSA (Loiret) Antenne de permanence des soins et d'accueil
Structure juridique	A définir	A définir	1901	1901
Secrétariat téléphonique	OUI	NON	NON	OUI
Régulation Médicale	NON	NON	OUI	NON
Local sécurisé	OUI	OUI	OUI	OUI
Véhicule visites	SANS OBJET	SANS OBJET	OUI	OUI
Chauffeur	SANS OBJET	SANS OBJET	OUI	OUI
Appui infirmier	OUI	NON	NON	OUI
Remplacement possible du médecin pendant les vacances	OUI	OUI	OUI	?
Horaires d'ouverture				
Nuit	20 h - 7 h	20 h - 24 h	NON	20 h - 2 h
Samedi après-midi	13 h - 24 h	14 h - 24 h	13 h - 20h	NON
Dimanche ou férié	0 h - 7 h	8 h - 24 h	8 h - 20 h	9 h 30 - 15 h 30
Consultations	OUI	OUI	OUI	OUI
Visites	NON	NON	OUI	NON
Etablissement du roulement des médecins	Conseil de l'Ordre	AMUEL	AMUH	APSA
Rémunération des médecins	Honoraires	Honoraires	Honoraires	Salaires
Acte (selon nomenclature)	C	C + majorations	C + majorations	SANS OBJET
Astreinte	2,5 C / heure	NON	NON	SANS OBJET
Tiers payant garanti	NON	Négociation en cours	OUI	SANS OBJET
CD dès le samedi 12 H	NON	N	OUI	NON
Gestion	URML	AMUEL	AMUH (Conseil d'administration, Comité Directeur, Comité é Technique)	APSA (Conseil d'administration, Comité directeur, Comité technique)
Financement	rétrocession des majorations FAQSV : 3MF pour le démarrage	ARH sur dotation ORDRE (matériel)	Cotisation (3000 F/an) Subvention CPAM Mairie + Hopital	Collectivités locales FAQSV CPAM ARH

Les quatres exemples cités ne son pas exhaustifs et d'autres expériences existent :

- Celles du Val de Marne et de la Seine Saint Denis en **Ile de France**, où l'organisation est pyramidale avec tous les appels transitants par le 15 assuré par les Libéraux et répercutés si nécessaire vers un SAMI (Service d'aide Médicale Initiale)"
- **En Alsace**, L'AMGPS assure des consultations le soir jusqu'à 24h dans un local sécurisé de l'association grace à un budget de démarrage du FAQSV. L'ASSUM de Strasbourg ne fait que des visites assurées par des médecins libéraux qui par ailleurs consultent dans leur cabinet, partenaire du centre 15 experimental.

Pour tempérer l'enthousiasme et alimenter le débat :

REPONSE NORMANDE ²⁵

Ces projets ne sont-ils pas trop axée sur les centres de consultations, qui sont certes des éléments importants pour la pratique de ville mais doivent être considérés comme de simple moyen et ne doivent surtout pas éluder la réflexion indispensable sur le but qui se doit d'être commun avec nos confrères des villes et de la campagne.

Qu'en est-il de l'organisation des flux ? Par exemple comment le patient décide t'il d'appeler un médecin en visite, d'aller à la consultation de garde ou dans un établissement de soins ? Et que dire des conséquences médico-légales si un patient avec douleur thoracique se voit diriger vers la consultation de garde avec comme proposition c'est ça ou rien.

Quel avenir pour le système de garde à l'heure de la pénurie, si on ne règle pas le problème de ce grand nombre de confrères qui n'assurent plus la permanence de soins et de conseils de l'ordre impuissants ou complaisants ?

Si d'autres préfèrent opter pour la solution la moins coûteuse en hommes et en frais, il faudra comme bien souvent accepter d'aliéner sa liberté. Créer une maison médicale financée par la CPAM, la mairie ou l'hôpital c'est non seulement dire que nous n'en sommes pas capables mais aussi céder sa direction à d'autre au bon vouloir de son financeur.

Qu'est-ce que gérer de tel lieu si les financements sont annuels ?

Une nouvelle expérimentation qui s'achèvera dans quelques années ?

Il n'y a pas d'autres solutions à moyen terme que d'essayer de résoudre ces difficultés, les solutions de replâtrage chronique discrédite la médecine libérale.

Notre choix résolument libéral au Havre, pourra vous paraître lointain car il repose sur un travail préparatoire de 15-20 ans de syndicat. Mais comme à Rennes, il est d'abord parti de l'existant, quelles sont les forces dynamiques en présence, quel compromis le plus libéral possible est-il possible ? (Si SOS médecins vous semble le meilleur partenaire pourquoi pas ?)

A l'origine, il y a 6 ans la sécurité sociale à attaquer notre consultation

de garde en prétextant qu'il s'agissait d'horaires de complaisances, il y a eu bras de fer et victoire car nous n'avons pas cédé.

Aujourd'hui, tout les institutionnels peuvent devenir nos partenaires s'ils respectent nos objectifs (paiement à l'acte, autonomie de gestion,...),

En un mot : quels sont nos intérêts communs ? Quelles sont nos synergies possibles ?

Créer à coût raisonnable est possible. Nous ne sommes pas candides :

acheter une petite maison ensemble comme nous aurions pu louer un local

plus modeste c'était clairement nous afficher comme acteur et promoteur de notre avenir.

Une des vraies questions est de rémunérer correctement chaque acte de garde et hors enveloppe globale puisque c'est un équivalent de mission de service publique.

²⁵ Dr Xavier Lagarde, Union Régionale des Médecins de Haute Normandie

3

INFORMATION,
COMMUNICATION
EDUCATION DE LA POPULATION²⁶

²⁶ source : Dr JP Mathis Union Régionale de Bourgogne

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

3 thèmes :

- 1) médecin patient
- 2) éducation et information du patient
- 3) information du médecin

3-A MEDECIN - PATIENT

- information sur les ordonnances pour joindre le médecin de garde pour la continuité des soins

IL s'agit d'une contrainte réglementaire déontologique

Ne pas oublier de l'expliquer oralement à chacun des patients (éducation)

- cette information doit être complète
facile à comprendre
doit hiérarchiser l'appel d'urgence

- dans le cabinet médical affichette hiérarchisée (éditée et distribuée par les Unions?)

- sur le répondeur information claire et précise
pas de téléphone "dans le vide"

- le tableau de garde doit être transmis au Centre de Régulation de s
appels Urgent 15

3-B EDUCATION INFORMATION DU PATIENT

- article dans la presse locale

EDUCATION pouvoirs Publics

- Education Nationale explication du système de soins
intégrer dans les Programmes scolaires
école collège lycée

ASSURANCE MALADIE URCAM

information dans les relevés des Caisses de la bonne utilisation
affichettes d'information dans les Centres de Paiement (les Unions étant
conseils pour la réalisation)

UNIONS

information courte sur radios locales
dans les journaux locaux
communication avec le Comité National pour l'Education de la Santé
expert en communication

ETABLISSEMENTS DE SOINS PUBLICS / PRIVES

affichettes d'information (Unions)

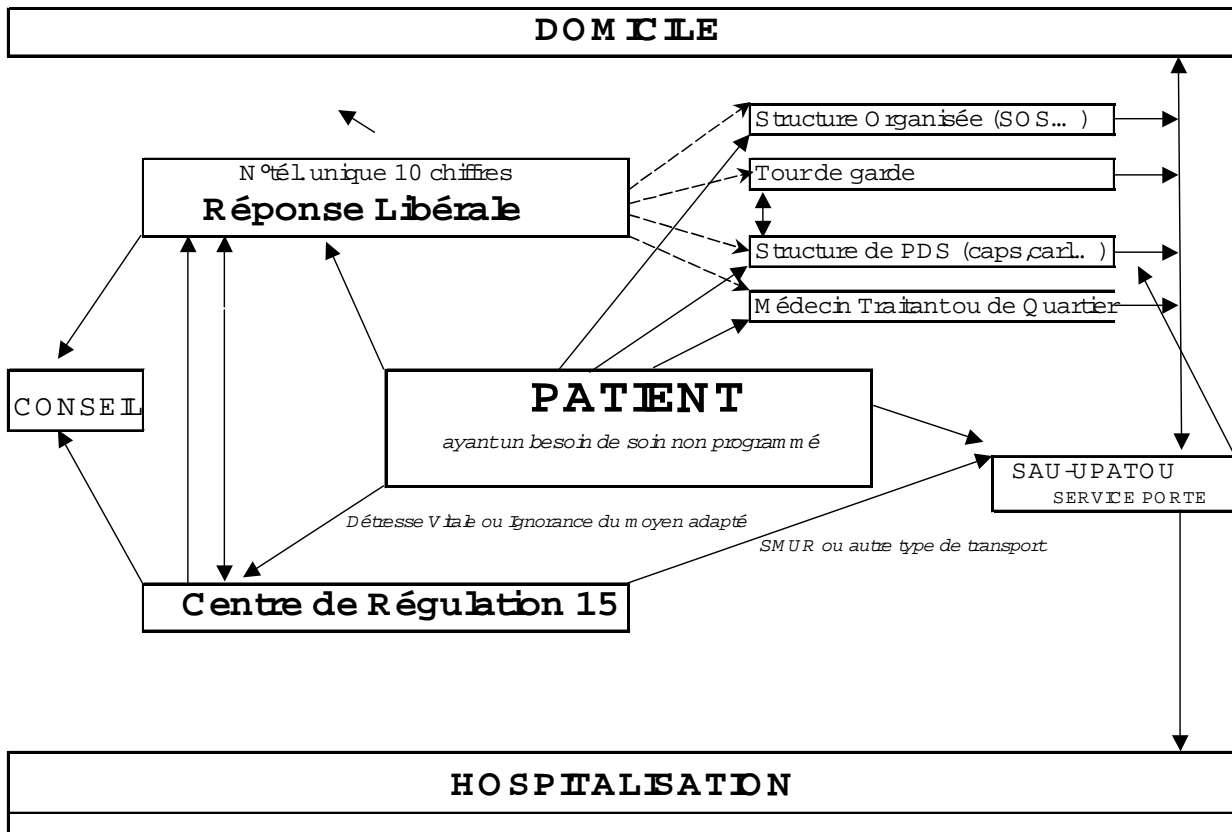
3-C INFORMATION DU MEDECIN

- rappel déontologique
- contraintes article 77
- responsable de sa garde
- informer le 15 (appel gratuit) du changement de garde

concerne tous les médecins quelle que soit leur spécialité

- information et rencontre avec les 15
- en particulier avec les libéraux qui régulent au 15
- également avec les hospitaliers
- établir un véritable partenariat de confiance

"le 15 a besoin du médecin et le médecin a besoin du 15"



4

FINANCEMENT
ET REMUNERATION
DE LA PERMANENCE DES SOINS.²⁷

²⁷ source : Dr Pierre Lévy, Union Régionale Ile de France

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Le réinvestissement des médecins libéraux dans la permanence des soins, comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, nécessite bien sur une responsabilisation des patients, des conditions de travail techniquement correctes et sécurisées, mais surtout une revalorisation de la rémunération des actes rencontrés et des conditions de pénibilité d'exercice qui vont croissants et qui expliquent la démission des médecins libéraux dans cette fonction.

Les propositions qui vont suivre ne constituent qu'une remise à niveau de ce que qu'aurait toujours dû être la permanence des soins.

Financement de la régulation

Celle ci étant centralisée au CRRA le problème est celui du financement du Centre de régulation lui-même, pour que système soit fiable il faut que ce financement soit pérenne

2 types de financement peuvent être imaginés, chacun cumulant : avantages et inconvénients

Un financement public, les différents institutionnels (ARH, AP-HP, Hôpitaux privés, CPAM, Conseil Général) versant une somme prédéterminée, basée sur une évaluation du coût de fonctionnement du système (loyers, moyens de communication, permanencières de régulation et bien sur régulateur libéral)

Les régulateurs ayant, comme c'est le cas dans certains CRRA, le statut d'attaché de régulation et sont rémunérés par l'hôpital, dans ce cas doit être prévu un repos compensateur rémunéré, proportionnel à la durée de la vacation de régulation.

Avantages :

1. La rémunération doit alors être du même niveau que celle des régulateurs hospitaliers (Médecins anesthésistes réanimateurs) et proportionnelle au temps de régulation, ceci pouvant permettre une modulation en fonction du nombre de régulateurs volontaires et permettant également de résoudre le problème de la pénibilité.
2. Ce mode de statut permet également de résoudre les problèmes de responsabilité médico-légaux attachés à la fonction
3. Enfin c'est à priori une garantie de la pérennisation du système, en effet, même si le chef de service reste le décideur, il faudrait qu'il y ait pléthore de volontaires régulateurs pour qu'il puisse se permettre de démettre, selon son bon vouloir, les régulateurs qui ne lui conviennent pas, les problèmes disciplinaires attachés à la fonction sont aisément prévisibles dans la convention signée entre l'organisation de régulation libérale et le CRRA
4. Ce système est également une justification à la création d'un repos compensateur rémunéré (il pourrait l'être sur la base d'une journée de Formation Médicale Continue conventionnelle soit 15 C par jour), ce qui ne peut pas être le cas si le régulateur garde son statut de libéral.

Inconvénients :

5. Le régulateur perd son statut de Libéral
6. Peut rester, si cela n'a pas été prévu dans la convention régissant les rapports entre le CRRA et la régulation libérale, à la merci du chef de service

Un financement privé :

Les médecins régulateurs regroupés au sein d'une association loi de 1901, recherchent leur financement auprès d'institutionnels visés plus haut, l'heure de régulation étant rémunérée 3C, les régulateurs reversant une cote part proportionnelle à la portion non financée par les institutionnels.

Avantages :

7. Les régulateurs restent des libéraux, exerçant sous leur propre responsabilité

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Inconvénients :

8. Le financement risque de ne pas être pérenne par les institutionnels qui ne considèrent alors plus ce service comme un service public, et peuvent à tout moment cesser leur participation, de nombreuses expériences de Centre 15 ont échoué de cette manière

9. Le financement des institutionnels n'étant pas pérenne la participation reversée par les médecins régulateurs sera d'autant plus importante.

10. Les libéraux exerçant sous leur propre responsabilité sont soumis aux aléas de la responsabilité pénale, civile et déontologique

Financement des CAPS

Ces structures étant amenées à se développer et à être, en partie, alimentée par la régulation centrale, le financement doit en être minutieusement prévu

Le local, le secrétariat et la sécurisation :

sont du ressort des municipalités ou d'un ensemble de municipalités pour les petites communes (dans le cadre de l'intercommunalité), ceci comprend également l'équipement qui devra être calqué sur celui d'un cabinet de médecine générale normalement et suffisamment équipé mais sans plateau technique.

Ce montage permettrait également aux municipalités, soit d'exonérer locaux de taxe professionnelle, soit de la prendre à leur charge

Le matériel informatique et de télétransmission :

Seraient imputés à la CPAM, qui devra également accorder la délégation de paiement aux actes faits dans le cadre du CAPS et pour les patients non solvables et ne bénéficiant pas du 1/3 payant ou incapables de produire les pièces administratives permettant au médecin de se faire rémunérer.

Comme il a été évoqué dans les chapitres précédents, ceci ne peut se concevoir de la part des caisses qu'avec une adaptation de la nomenclature et notamment l'application de la majoration de dimanche le samedi après midi pour les actes de consultation effectués dans les CAPS et de la majoration de nuit pour tout acte pratiqué dans ces structures après 19 h

L'astreinte :

Compte tenu des aléas et des variations de flux de patients, en plus de la rémunération à l'acte, une astreinte sur une base à déterminer mais qui ne saurait être inférieure à l'astreinte à domicile dont bénéficient les médecins hospitaliers publics, augmentés des charges propres à l'exercice libéral (cotisations sociales, investissement matériel, secrétariat)

Le financement par les caisses pouvant être complété par d'autres institutionnels (Conseils Généraux, collectivités territoriale...) dans le cadre de la reconnaissance de mission de service public assuré par ces médecins.

Financement des effecteurs

Les effecteurs ne sont que des libéraux, leur rémunération se fait à l'acte, mais avec une nomenclature adaptée tenant compte de la pénibilité, de la longueur de l'acte, du geste technique effectué, du risque notamment dans certaines agglomérations difficiles, ceci pouvant s'insérer dans la hiérarchisation des actes actuellement en réflexion

Pour ce qui est du temps passé au chevet de l'urgence, il serait licite d'envisager, uniquement pour ce paramètre : Intervention de moins de 30 mn = K 25, de 30 mn à 1 heure = K 40, au-delà de 1 heure = K 60
Du fait de la pérennisation de ces structures, les médecins effecteurs n'auraient pas à faire de reversement.

Problème spécifique de la médecine rurale ou semi-rurale :

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Les conditions géographiques et démographiques rendant impossible la création de CAPS tel que décrits plus haut, il paraît raisonnable d'imaginer un regroupement des effecteurs en services de garde dans des associations (SEL ou autres) permettant, outre la rémunération à l'acte comme en zone urbaine, de répartir les dotations concédées par les municipalités, Conseils généraux et CPAM, entre tous les médecins participants effectivement à la permanence des soins, comme si chaque cabinet impliqué se comportait comme un CAPS.

La régulation pouvant être centralisée au chef lieu du département, sur le même principe qu'en zone urbaine, en prévoyant toutefois une indemnisation spécifique de déplacement pour les médecins régulateurs faisant le déplacement de leur commune rurale au point de régulation, souvent éloigné d'une centaine de kilomètres.

En conclusion :

La démographie médicale déficitaire prévue de longue date et qui s'amorce, risque de rendre le problème de la permanence des soins, particulièrement ardu. Celle-ci étant un service public auquel le législateur doit veiller, ne pourra être améliorée que par une revalorisation financière du statut du médecin libéral répondant à cette astreinte.

Cette revalorisation doit avoir lieu à tous les étages de l'organisation :

Au niveau de la régulation des appels

De l'organisation et du financement de nouvelles structures de permanence des soins appelées CAPS ou CARL ou SAMI selon les initiatives et les régions.

Et surtout au niveau de l'effectif des appels

CONCLUSIONS :

CADRE

DE

LA MISSION DE SERVICE PUBLIC

DE PERMANENCE DES SOINS

DES MEDECINS LIBERAUX

STRUCTURATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

*La création dans chaque département une
Associations Départementale Permanence des soins (ADPS)
paraît un cadre d'organisation appropriée ²⁸.*

Sa gestion serait assurée par les syndicats médicaux représentatifs dans le département, l'ordre départemental et les représentants de chaque secteur de garde du département. Cette structure pourrait être reconnue d'utilité publique. Cette organisation vise à faire mieux travailler ensemble les médecins libéraux et à leur permettre d'exercer leur mission de service public en mutualisant un certain nombre de moyens et en leur proposant de gérer pour eux un certain nombre de services (sans exclusive) :

- Organisation et diffusion des tableaux de gardes des différents secteurs suivant un découpage géographique et un planning horaire adapté et accepté par les médecins de ces secteurs : Utilisation de l'informatique et de la télématique, diffusion auprès des hôpitaux des SAMU et des pompiers, diffusion grand public.
- Service de recherche de remplacement pour les gardes en cas d'indisponibilité imprévue.
- Mise à disposition de moyens de télécommunications modernes (téléphone mobile, Internet)
- Organisation et gestion des moyens de régulation des appels :
 - o Soit un numéro d'appel libéral unique départemental qui communique les coordonnées du médecin de garde du secteur par secrétariat ou serveur vocal
 - o Soit un numéro d'appel libéral unique par secteur de garde
 - o Soit un centre de régulation médicalisé qui répercute après filtrage les appels sur le secteur concerné, en collaboration avec le Centre 15 ou indépendant du Centre 15. Le numéro d'appel libéral doit être différent de celui du Centre 15.
- Gestion des locaux des CAPS , CARL... là où ils existent et s'avèrent nécessaires : entretien, personnel de secrétariat, assurances, matériel...
- Dans ce contexte les CAPS ou CARL seraient considérés comme des prolongements techniques d'activité du médecin lors de sa garde.
- Dans les zones à risques véhicule sécurisé avec chauffeur
- Gestion financière des rémunérations des médecins régulateurs et des médecins d'astreintes
- Aide à la formation continue aux situations d'urgence en liaison avec les associations de formation continue.
- Evaluation et suivi de l'activité et des besoins en liaison avec les Unions Régionales de Médecins en Exercice Libéral.

²⁸ source : Union Régionale des Médecins exerçant à titre libéral de Corse novembre 1998

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

- Interlocuteur privilégié avec les institutions, l'hôpital public, les cliniques privés, les Pompiers, les autres professions de santé du département avec lesquels elle pourra passer des conventions de fonctionnement de services communs éventuels (par exemple les centres de régulation) du fait de la présence de l'ensemble de syndicats médicaux représentatifs comme membres de droit.

Dans le cadre de la mission de service public de permanence des soins le financement du fonctionnement des ADPS doit être prévu dans un texte législatif.

Ce financement obligatoire devra être assuré par les caisses d'assurance maladie, les mutuelles, les collectivités territoriales et l'Etat dans le cadre de conventions types prévue par la loi.

LA REGULATION MEDICALE LIBERALE

Les médecins régulateurs doivent garder un statut libéral (honoraires) indépendant de l'hôpital public

- Un contrat type soumis à l'ordre doit être établi entre les médecins régulateurs et l'ADPS gestionnaire
- L'ADPS ayant éventuellement une convention de fonctionnement avec un établissement qui héberge le centre de régulation.
- Les heures de fonctionnement de cette régulation et le nombre de médecins nécessaires présents à la régulation à certaines périodes sont déterminés selon l'activité et la charge de travail constatées.
- Les honoraires versés aux médecins régulateurs ne sauraient être inférieur à la base de trois C de l'heure minimum

L'ASTREINTE DU MEDECIN DE GARDE

- La période pendant laquelle un médecin est de garde sur son secteur être honorée sur la base de l'astreinte à domicile dont bénéficient les médecins hospitaliers publics, augmentés des charges propres à l'exercice libéral (cotisations sociales, investissement matériel, secrétariat)
- Pendant cette période, ce médecin d'astreinte supplée à l'absence du médecin traitant habituel.
- Il lui est fait obligation d'être à l'écoute téléphonique permanente de son secteur. Le médecin d'astreinte est en relation directe avec les malades de son secteur, avec les services d'urgences (médecins régulateurs, Samu) qui peuvent l'appeler ou être appelés par lui.
- La population aura le choix de faire appel au médecin d'astreinte par les numéros d'appel communiqués par les centres de régulations, les gendarmeries, les commissariats, les pompiers ou le médecin traitant habituel (répondeurs ou serveurs vocaux)
- Il est seul responsable des modalités de ses interventions (conseil téléphonique, visite à domicile, consultation au cabinet ou de déclencher l'intervention de moyens appropriés (pompiers ou SMUR) en liaison avec les centres de régulations existants.

La généralisation d'une indemnisation de l'astreinte motivera des médecins, en particulier les jeunes, à s'investir dans des zones rurales en voie de désertification au service d'une population déjà mal lotie par ailleurs (fermeture des écoles, des transports collectifs, des commerces, des bureaux de poste, des cinémas...) ou dans des zones urbaines socialement difficiles ou au contraire aux loyers élevés (Paris).

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Elle doit se cumuler avec les rémunérations à l'acte prévues à la nomenclature comme il existe une rémunération en sus du forfait d'astreinte à domicile pour les médecins hospitaliers. En effet une compensation pour récupération liée à la fatigue doit être prise en compte.

AMELIORATION DE LA NOMENCLATURE DES ACTES MEDICAUX

- L'application du supplément de dimanche doit être étendue à l'ensemble des consultations et des visites effectuées par un médecin d'astreinte le week-end.
- Le médecin doit pouvoir avoir le choix du tiers payant en cas de patient insolvable au moment de l'intervention. Dans ce cas là les caisses doivent rembourser au médecin le montant intégral de l'acte. La récupération éventuelle du ticket modérateur auprès du patient ou de sa mutuelle étant l'affaire des caisses.
- Au cours des interventions sur la voie publique, à la demande des gendarmes, des pompiers ou des SMUR, les médecins libéraux doivent être rémunérés directement par les caisses d'assurance maladie sur simple mémoire envoyé par le médecin car il est le plus souvent impossible de demander dans l'urgence à un blessé son identité, son numéro de sécurité sociale ou son adresse.

PRISE EN COMPTE DES SPECIFICITES GEOGRAPHIQUES

- Dans les zones rurales isolées, le médecin doit pouvoir bénéficier de possibilités de cotation complémentaire liée aux contraintes matérielles. En effet, ces médecins sont souvent obligés de répondre à des situations d'urgence vitale pour pallier l'éloignement des services d'urgences ou des SMUR.
- Dans les pathologies traumatiques le cumul avec les actes de radiologie doit être à nouveau autorisé (nomenclature), en particulier dans les zones de montagnes.
- Diminution de la taxe professionnelle dans les zones où les loyers sont élevés (Paris) pour y assurer la pérennité des cabinets médicaux.

L'ensemble de ces propositions :

- Permettent d'assurer un accès à des soins de proximité adaptés
- Préservent la médecine de proximité et favorisent l'efficacité du système. (Un médecin à l'écoute toujours et partout)
- Valorisent la médecine libérale en général et la médecine générale en particulier
- Permettront la réalisation d'économies par l'appel moins fréquent aux moyens lourds et par la diminution des hospitalisations, ce qui financera probablement le coût de l'Astreinte.

ANNEXE :
CADRE JURIDIQUE
ET
DEONTOLOGIQUE²⁹

*Réglementation
Prise en charge financière
Responsabilité*

²⁹ source : groupe de travail des URMEL : Dr Castioni (Franche-Comté) ; Dr Olaya (Franche-Comté) ; Dr Schlegel (Alsace) ; Dr Zuinghedau (Centre) ; Dr Henrotin (Centre)

I) Cadre Réglementaire:

Il n'existe pas pour le médecin libéral de texte législatif ou réglementaire proprement dit, précisant le mode d'organisation de la permanence des soins et des urgences en médecine ambulatoire et a fortiori d'une définition de l'urgence [1] Le comportement du médecin dans ce cas est réglé par les exigences du code de déontologie (cd) [2] et par le code pénal (CP). Dans le cadre d'une saisine d'un magistrat en pénal, celui se prononce en toute souveraineté sous réserve des voies de recours [2].

On peut rappeler que les trois principales contraintes déontologiques et pénales en la matière :

1 - **Porter assistance à toute personne en danger** (L 223-6 cp / art 9 cd). C'est l'application d'un texte de portée générale, concernant tout citoyen témoin d'une détresse.

- concerne particulièrement les "appels d'urgences"
- le médecin est mis en cause lorsque 4 conditions sont réunies [2]:

a - que le patient soit réellement en péril

-*"péril tout ce qui met la vie en danger"* (Cass. crim 26 avril 88) mais c'est un constat a posteriori des tribunaux [3,5,4];

? bascule pour le médecin de la notion de péril prouvé vers la notion de péril présumé (informé qu'un malade...) [4] ; l'information et la capacité du médecin d'en déduire une conduite adaptée définissent de façon stricte l'obligation pour le médecin (arrêt cass crim 26 mars 1997) [4]

- l'obligation de secours cesse quand le danger lui-même disparaît (cas de la personne déjà décédée) [4];

? en revanche l'assistance reste obligatoire même si la personne en péril se trouve dans le coma par exemple et qu'il s'avère que toute atteinte médicale eut été inutile (arrêt de la chambre criminel du 23/3/53) [4] ;

- un simple détresse non susceptible d'entraîner de graves conséquences pour la personne ne peut faire condamner un refus d'assistance (TGI Rouen 1976) [3] ;

- si l'analyse des informations permet d'apprécier que le degré de gravité ne justifie pas son déplacement immédiat, le médecin peut donner au patient des conseils sur la conduite à tenir en attendant son intervention ultérieure (Cass. crim 26 mars 1997) [3];

b - que le médecin en ait été clairement averti (notion de péril imminent)

- il suffit pour le médecin d'être informé (arrêt chambre crim de 72) [4]

- le médecin, qui ne se déplace pas au chevet d'une femme qui accouche, alors que rien ne permettrait de penser que l'accouchement ne se déroulerait pas normalement, n'est pas coupable du délit de l'art. 223-6 cp car n'est pas informé d'un péril imminent [4].

c - que le médecin se soit abstenu volontairement (refus intentionnel)

- l'infraction suppose l'intention délibérée de laisser s'accomplir le danger [4] une simple erreur ne peut caractériser le danger [4].

- tient compte aussi des circonstances; la loi proposant deux modes d'intervention: l'action personnelle ou la provocation des secours; *"il faut employer celui que les circonstances commandent et même éventuellement les deux"* (cass crim 26 juil 1954)[4]; attention il n'y a pas totale liberté de choix ou droit arbitraire de se décharger sur un 1/3 de son assistance en se

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

contentant de provoquer des secours [4] d'une façon générale les tribunaux marquent clairement leur préférence pour l'intervention personnelle présumée être la plus adaptée et souvent cela implique le déplacement (rappel : jugement a posteriori des magistrats)[4]

- un médecin ne peut pas non plus se justifier en expliquant que le péril apparent ne s'est pas réalisé et que la personne en danger n'a subi aucun dommage [4] on sanctionne un état d'esprit ...

- attention la nécessaire intervention du médecin doit être immédiate (arrêt de 49) [4] toujours en vigueur par la jurisprudence

d - que le médecin ne puisse évoquer une excuse majeure

- l'intervention doit être sans risque (pas d'héroïsme) [4]

- l'obligation tient compte des moyens de chacun; la profession peut faire présumer de l'aptitude à porter secours (ex : médecin) [4] ;

- le moyen de se prémunir contre une erreur de jugement est de visiter la personne ("*...l'abstention délictueuse est réalisée lorsque le médecin a refusé son concours sans être préalablement assuré, comme il pouvait le faire, que ce péril ne requerrait pas son intervention immédiate... Cass. crim 21 janv 54*") [4]

-s'il ne peut se déplacer, il doit s'assurer qu'un confrère se déplace

2 - D'assurer la permanence des soins : tout médecin doit participer au service de garde de jour et de nuit (art 77 cd)

-les médecins doivent s'organiser pour que de jour ou de nuit une permanence soit assurée pour les soins et les urgences, quel que soit la spécialité et l'âge.

-l'affichage dans les cabinets et sur les ordonnances des informations sur l'organisation des urgences (arrêté du 25 juillet 1996)

-en service de garde, le médecin doit prendre toute disposition pour être joint au plus vite (art 78 cd); participe à l'obligation de moyens.

-ne peut refuser des soins aux patients sauf si (art 47 cd):

-il n'y a plus ou pas d'urgence

-il doit en informer le patient

-Existence des dispositions pour assurer la continuité des soins (transmission à un autre médecin)

-lors de véritables urgences (pronostic vital est en jeu) et dans le cadre d'une garde, le principe du libre choix du patient de son médecin" ne s'applique pas (art 6 cd; art L 1111.1 csp; L 162-5 css.)

3 - D'assurer la continuité des soins:

-Le médecin doit transmettre les informations aux confrères des patients vus dans le cadre de l'urgence (art 59 cd).

II) Prise en charge financière:

Les frais occasionnés par les appels en urgence au médecin de garde ou non en médecine de ville sont à la charge de l'assurance maladie, à la hauteur des tarifs conventionnellement définis.

III) Responsabilité:

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Dans le cadre des gardes en ville le médecin exerce son activité rémunérée dans le cadre libéral sous sa propre responsabilité.

Item pour les médecins qui interviennent sur demande du centre 15. Cette demande n'est pas une réquisition, elle n'est pas issue non plus d'une relation administrative avec le service public, ce qui explique que le médecin exerce dans l'état actuel du droit sous sa responsabilité propre [7].

On peut citer le cas des médecins passagers appelés lors d'un vol par les commandements de bord pour porter assistance à d'autres passagers [6]. En France, ces médecins sont généralement couverts par les compagnies sur le plan de la responsabilité civile mais ceci semble être plus du registre de la tradition que le fait d'une véritable jurisprudence. C'est seulement en cas de faute gravissime avérée que la responsabilité pénale du praticien peut être mise en cause. Cependant, un conseiller juridique de l'ordre précise que si le médecin réclame des honoraires il devient l'obligé de son client et dans ce cas il n'y a plus de raison qu'il soit couvert par sa compagnie.

L'extrême prudence est soulignée par des rapporteurs juridiques dans les situations d'appel d'urgence [8,9]. Telle cette histoire rapportée par le sou médical [9], d'un médecin qui s'était contenté de conseiller d'appeler le SAMU, au mari d'une de ses patientes, mari qui lui avait demandé de se déplacer de toute urgence. Celui-ci venait de retrouver sa femme dans un bain de sang une balle dans la tête. Le mari avait été débouté en pénal car le rapport d'expertise avait démontré que la patiente était décédée une heure avant l'appel au médecin. Cependant, le conseil de l'ordre régional des médecins avait reproché au médecin qu'en fonction des éléments en sa possession il aurait dû aviser lui-même les secours et s'assurer personnellement que cela avait été fait.

Fiche 2

Transporteurs sanitaires privés

I) La réglementation:

- Arrêté du 1^{er} mars 1997*** portant approbation de la convention nationale des transporteurs sanitaires privés et de son annexe tarifaire pour l'année 1997 (entérine une convention (pour 5 ans) ayant pour objet d'organiser les rapports entre les transporteurs sanitaires privés et les organismes d'assurances maladies : régulations et remboursements des dépenses)
- Loi n°86-11 du 6 janvier 1986** (impose le principe d'agrément des transporteurs et la nécessité de participer au tour de gardes)
- Décret 87-965 du 30 novembre 1987**** relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres (fixe les modalités pratique des principes évoqués dans la loi du 6 janvier 1986)
- Décret n°96-176 du 4 mars 1996 modifiant le décret n°87-965 du 30 novembre 1987** modifié relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres
- Décret n°87-964 du 30 novembre 1987** relatif au comité départemental de l'aide médical urgente et des transports sanitaires (fixe l'organisation des comités et sous comités examinant les problèmes d'organisation et décidant des retraits éventuels d'agrément)

Les grands principes de fonctionnement du transport sanitaire privé:

- l'adhésion à la convention des transporteurs est facultative (art. 2*)
- le transport sanitaire supporte une définition (loi du 6 janv - art 1bis) dont les éléments importants sont qu'il faut une prescription médicale ou qu'il faut en urgences une prescription de transport régulée médicalement
- n'intervient donc que sur prescription médicale
- il faut un agrément (art 1**) avec des conditions précises (compétences, diplômes...)
- tour de gardes obligatoires sous la surveillance des DDASS et des préfectures pour les tours de garde, en relation avec le centre 15 (art 13 et 14 **)
- les assurés ont:
 - le libre choix de leur transporteur (art 3*)
 - possibilité d'avance de frais dans limite de la participation des caisses (art 4*) et de certaines conditions (justification des droits, prescription médicale, accord préalable) (art 4*)
- en cas d'urgence (art 5bis*):
 - prise en charge attestée à posteriori par un médecin; pas d'entente préalable nécessaire (art 5bis¹)
 - Le VSL ne peut assurer un service d'urgence; seul les ambulances interviennent (art 2*)
- des accords locaux existent pour supprimer la formalité de l'accord préalable (art 5bis*)
- Existence de commissions locales de concertation et des commissions nationales (réunion des syndicats et des caisses) (art 15 à 27*): organe de discussion, de sanctions
- tarifs:
 - fixation des tarifs et modalités de remboursement par convention (art 6*)
 - remboursement sur la base de la distance séparant le point de prise en charge du malade de la structure de soins appropriée la plus proche (art 6*)
 - existence d'un objectif prévisionnel national des dépenses (art 29*)

II) Prise en charge financière:

Un transport médicalisé (SMUR) est à la charge de l'établissement du SMUR (budget de l'établissement) effectuant le transport de patient [10];

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Un transport non médicalisé est à la charge de l'assurance maladie (R 322-10-1 css et annexe 4 de l' Arrêté du 1 mars 97) [10];

III) Responsabilité:

Pour les ambulanciers, vu dans la convention type de la circulaire du 29 juillet 1998, l'établissement hospitalier couvre par une assurance le personnel SMUR assuré par un transporteur privé quand ceux-ci effectue un transport SMUR. Il demande une attestation de l'assurance souscrite par le transporteur sanitaire pour la couverture de sinistres, corporels ou/matériels, dont la responsabilité pourrait lui être imputée.

I) La réglementation:

Circulaire du 6 février 1979 officialise la création des centres 15 (structures chargées de recevoir, à un numéro d'appel unique, l'ensemble des appels d'urgence médicale).

Loi du 6 janvier 1986 => les SAMU comportent un centre de réception et de régulation des appels (art 4); consacre le fonctionnement avec des praticiens représentés par les instances départementales des organisations représentatives nationales ... avec convention ; le financement par Assurance maladie, Etat, Collectivité territoriale (art 5)

Décret du 16 décembre 1987 => affirme le n°15 (art 8); impose collaboration et information mutuelle entre le 15 et le 18 (art 8) ; participation des libéraux par convention (art 11) approuvé par le préfet.

Au total: Les centres 15 sont chargés de recueillir les appels de détresse et de leur donner la réponse la mieux adaptée, l'objectif étant surtout de mieux traiter les urgences vraies. Les appels au 15 sont gratuits. La régulation a pour objectif d'éviter les sorties inutiles ou injustifiées de véhicules d'urgence. Cette structure rassemble en principe les différents partenaires publics et privés et notamment les médecins libéraux.

II) Prise en charge financière:

S'il est prévu un financement réparti sur 3 partenaires, en fait peu de financement extérieur existe. Il semblerait que ce soit l'assurance maladie (budget hôpital) qui supporte l'ensemble des frais [10]. Compte tenu des urgences sociales importantes qui pèsent sur les centres 15, on peut signaler le désengagement des collectivités territoriales (département, mairie) sur ces financements [10].

III) Responsabilité:

La responsabilité de l'hôpital est engagée dès la prise de l'appel téléphonique par le biais du permanencier. La responsabilité civile administrative de l'hôpital est engagée dès lors qu'il existe un défaut d'organisation (faute du permanencier). [10]

La responsabilité du médecin régulateur est engagée dès que celui-ci prend l'appel et jusqu'à ce qu'il déclenche des secours. Il doit en suivre le déroulement et s'assurer de la bonne fin.

↳ Si le médecin régulateur est un collaborateur régulier du service public (praticien hospitalier, médecin contractuel, vacataire ou médecin garde) avec une relation administrative (c'est le cas des médecins qui participe à titre individuel à la régulation du centre 15) , c'est la responsabilité de l'administration qui est en cause [10]. Sa responsabilité est engagée du fait de son préposé. L'établissement public de santé peut se retourner contre son préposé si celui-ci a commis une « faute détachable de service ».

↳ Si le médecin régulateur appartient à une association ayant signé une convention de participation avec l'hôpital, la situation est différente [10]. Il peut y avoir ainsi mise en cause des personnes morales de l'association et des personnes physiques auteurs et complices des mêmes faits (art 121-2 code pénal).

Les médecins libéraux appelés par le centre 15 effectuent leur mission en ville dans le cadre de leur exercice libéral (tour de garde) sous leurs propres responsabilités [7].

On constate que la différence des statuts des intervenants (public-privé) implique lors d'une plainte des saisines auprès de juridictions différentes (civiles-administratives). Un juriste du sou médical

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

[8] précise que devant la multiplicité des intervenants et la chaîne confuse des événements, où la responsabilité de chaque acteur pourra être impliquée, il est important de pouvoir être en mesure d'établir avec certitude la chronologie des événements par des moyens de preuve (écrits, témoignages, enregistrements des conversations téléphoniques ...). La défense d'un praticien poursuivie sera d'autant plus efficace que celui-ci sera en mesure de prouver que les soins ont été conformes aux bonnes pratiques professionnelles. Il est donc important que le généraliste tiennent des cahiers d'appels [8] (heure, date, identification de l'appelant, lien avec le patient, motif de l'appel et les réponses apportées) et remplissent des fiches patients à la suite des visites [8] (description des symptômes, diagnostic, solution ...) et remise d'une lettre pour le médecin traitant et l'éventuel refus du patient (qui impliquera la signature d'un document).

I) La réglementation:

Loi du 6 janvier 1986 => définit clairement l'existence des SAMU: l'aide médicale urgente a pour objet (art 2), en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation de secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état.

Décret du 16 décembre 1987 => détermine les missions des SAMU

Ils répondent par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence (art 1). Ils se joignent dans cet objectif et quand cela est nécessaire aux moyens du SDIS (art 2) .

Le SAMU:

- 1 - assure une écoute médicale permanente (art 3)
- 2 - déclenche dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée
- 3 - organise le transport du patient
- 4 - prépare l'accueil hospitalier du patient

Décret n°97-619 du 30 mai 1997 => consacre le fonctionnement des SMUR et précise (art 1) leurs missions :

- 1 - d'assurer tous les jours, 24 h sur 24,... l'intervention d'une équipe hospitalière médicalisée en vue, ...de la prise en charge de tous les patients ... du fait d'une détresse vitale patente... le cas échéant de leur transport
- 2 - d'assurer le transfert, accompagné par une équipe hospitalière médicalisée ...
- 3 - les interventions sont déclenchées et coordonnées par le centre 15
- 4 - participe aux plans divers (ORSEC, plan rouge ...) lors de leur déclenchement
- 5- participe à couverture médicale préventive des grands rassemblements de population.

Décret n°87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médical urgente et des transports sanitaires (consacre des instances de concertation, les comités et les sous comités examinant les problèmes d'organisation et décidant des retraits éventuels d'agrément). Dans ces comités et notamment le CODAMU dont la circulaire du 2 février 1996 précise qu'il est souhaitable qu'ils se réunissent une fois par an, seront traités les problèmes liés à l'organisation de secours d'urgences.

Circulaire du 18 septembre 1992 fixe clairement que la régulation médicale relève des centres 15 au SAMU dans un service hospitalier assurant la continuité des soins. Elle définit le rôle du SDIS et des SAMU lors des interventions autour de 3 idées fortes:

- 1 - mise en place d'interconnexion effective, téléphonique (assure à l'appelant un dialogue téléphonique sans rupture lorsque son appel bascule vers un autre service) et radio.
- 2 -définition du prompt secours qui doit motiver les secours adaptés
- 3 -signature de convention pour formaliser les relations entre les différents acteurs

Circulaire du 2 février 1992 relative aux relations entre le service départemental d'incendie et de secours et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

Cette circulaire ne remet pas en cause celle du 18 septembre 92 bien au contraire elle souhaite re dynamiser son contenu. Peu de conventions étaient signées entre les différents acteurs. Sous l'égide de l'état, elle conseille une plus forte implication de tous, de soulever et résoudre les difficultés à l'origine de la non-signature des conventions. La mise en place des conventions doit être l'occasion de structurer la réponse que peut apporter le secteur privé et libéral (ambulancier, médecins libéraux ...). La circulaire précise le souhait d'une véritable organisation départementale du secours d'urgence à

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

personnes. L'idée centrale étant de permettre au permanencier de pouvoir dépêcher les secours les plus adaptés en sachant pouvoir tenir compte de leur disponibilité et compétence. Il est évoqué l'intérêt de réseaux favorisant la complémentarité et le refus de concurrences inutiles. Ces conventions doivent éviter des conflits par la mise en place de procédures concertées entre les différents acteurs (médecins libéraux, ambulanciers, sapeurs-pompiers, hospitalier ...).

Circulaire du DGS/SQ n°98-483 du 29 juillet relative à la participation des transporteurs sanitaires privés à l'aide médical urgente. Cette circulaire a pour objet de mettre en place des conventions définissant les relations des C15 et les transporteurs privés. Il est souhaitable que la coordination des transporteurs sanitaires s'effectue au sein d'une association de réponse à l'urgence constituée dans chaque département. Dans le contenu d'une convention type, il est prévu que l'organisation de la collaboration des entreprises de transport avec les SAMU ne se substitue pas au tour de garde préfectoral. Simplement, il sera utilisé en priorité les ambulances de garde. L'objet de la convention devra permettre au centre 15 de trouver dans des délais rapides des ambulanciers, de connaître les disponibilités à chaque moment pour effectuer un transport sanitaire et d'avoir des délais moyens d'intervention.

Au total:

Une doctrine: assurer la médicalisation précoce des urgences sur le lieu de détresse

Une organisation: une écoute permanente et des interventions en tout point de territoire

Un objectif: une réponse graduée à l'urgence

II) Prise en charge financière

Un transport médicalisé (SMUR) est à la charge de l'établissement du SMUR (budget de l'établissement) effectuant le transport de patient [10];

Un transport non médicalisé est à la charge de l'assurance maladie (R 322-10-1 css et annexe 4 de l'arrêté du 1 mars 97) [10];

II) Responsabilité

Pour les ambulanciers, vu dans la convention type de la circulaire du 29 juillet 1998, l'établissement hospitalier couvre par une assurance le personnel SMUR assuré par un transporteur privé quand ceux-ci effectue un transport SMUR. Il demande une attestation de l'assurance souscrite par le transporteur sanitaire pour la couverture de sinistres, corporels ou/matériels, dont la responsabilité pourrait lui être imputée.

(Voir chapitre III de la fiche 3 Centre 15.)

I) réglementation:

-Loi n°87-565 du 22 juillet 1987 (dite " loi sécurité civile") *relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs* précise que **les services d'incendie et de secours sont chargés** avec les autres services concentrés, des secours aux personnes victimes d'accidents sur la voie publique ou consécutifs à un sinistre ou présentant un risque particulier et de leur évacuation d'urgence.

-La circulaire du 18 septembre 1992 définit le prompt secours (prendre sans délai des détresses vitales ou pratiquer des gestes d'urgences). A partir de cette définition, il est cerné le cadre d'intervention des pompiers qui n'effectuent pas en principe de transports sanitaires mais des évacuations d'urgences, et qui de plus, n'interviendrait que sur la voie publique au sens large.

Remarque: Leur domaine de compétence relève des urgences accidentelles, le plus souvent sur la voie publique. Les interventions pour malades à domicile, urgences traumatologiques et médicales ne sont pas de leur ressort sauf si:

- 1 -il y a détresse vitale (prompt secours)
- 2 -intervention demandée par le SAMU
- 3 -si l'intervention est effectuée au titre du SAMU par convention

-La loi n°96-369 du 3 mai 1996 porte la création des SDIS. Ceci entérine une organisation départementale des sapeurs-pompiers, avec unification de la gestion et du commandement (CODIS). Le support est donc le département en collaboration avec les communes.

L'article 2 définit les missions du SDIS:

- 1 -prévention, de la protection et de la lutte contre les incendies
- 2 -prévention, évaluation des risques technologiques majeurs, naturels , touchant à la sécurité civile
- 3 -secours d'urgence aux victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes et leur évacuation
- 4 -organisation des moyens de secours
- 5 -protection des personnes, des biens et de l'environnement

L'article 1 précise notamment l'existence de service de santé et de secours médical.

Art 42 le SDIS n'est tenu de procéder qu'aux seules interventions ne se rattachant directement de ses missions (art 2). Dans le cas contraire, il peut demander aux personnes une participation au frais.

Art 44: le SDIS dispose d'un centre opérationnel (coordination) par département chargé de la coordination, de centre de traitement de l'alerte (doté d'un numéro d'appel le 18). Les dispositifs de traitements des appels sont interconnectés avec le SAMU.

-la loi n°96-370 du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat dans les corps de sapeur-pompiers traite du statut, des modalités de collaborations notamment avec les employeurs des volontaires, des avantages de pompiers volontaires. Les médecins libéraux intervenant dans le cadre des pompiers sont considérés comme des pompiers volontaires.

-le Décret n°97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours précise notamment que le service de santé et de secours, au-delà des missions de surveillance et de détermination des aptitudes au métier de pompiers, il intervient aux missions de secours d'urgence et dans le soutien sanitaire des interventions du SDIS (art 24). Il comprend notamment des médecins qui ont la qualité de sapeurs pompiers volontaires (art 25).

II) Prise en charge financière:

Le transport sanitaire dans le cadre du secours opéré par les pompiers est entièrement gratuit pour l'utilisateur. Cependant un coût moyen par sortie de secours sapeurs-pompiers est évalué à 3500 à 3800FF (1992 Rapport Barrier). En principe, la loi prévoit que si l'intervention n'est pas dans les missions des pompiers que ceux-ci peuvent en demander le règlement à l'utilisateur.

III) Responsabilité :

Les médecins libéraux qui participent aux sorties des sapeurs pompiers peuvent être engagés au grade de médecin capitaine de sapeurs-pompiers volontaires, membre du service de santé et de secours médical (art 58 décret 99-1039). L'existence d'un lien administratif avec l'établissement public SDIS qui comprend un service de santé et de secours médical laisse supposer (**donnée à vérifier**) qu'en cas de mise en cause du médecin, celui-ci puisse bénéficier de la responsabilité civile de l'établissement public SDIS (art 8, loi n°96-369).

Fiche 6 : structures d'accueil des urgences :

Ces règles sont fixées pour l'essentiel par les décrets 95-647 et 95-648 créant les 3 niveaux d'accueil et de traitement des urgences : SAU, POSU, ANACOR, le décret 97-615 transformant les ANACOR en UPATOU (tous ces décrets sont parus en mai ! – 95 et 97)

S.A.U. : Service d'Accueil des Urgences. (Art R.712-64 à 65 du Code de la Santé Publique)

*Autorisation est donnée par l'ARH et avant la réforme JUPPÉ par le préfet, via le CROSS.

- Missions : accueil et traitement de toutes les urgences y compris psychiatriques 24 h / 24 ; prise en charge thérapeutique de tous les patients.
- Caractéristiques : il s'agit d'un établissement MCO qui doit comporter au moins un service de réanimation, un service de médecine interne, de cardio, de pédiatrie, d'anesthésie réa, d'orthopédie, de chirurgie viscérales et de gynéco ; une demande de SMUR doit-être concomitante ; il assure 24h/24 : imagerie, scanner et exploration vasculaire ainsi que biologie.

P.O.S.U. : Services et pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (Art R.712-66 du Code de la Santé Publique)

- décret de 95 prévoyait : autorisation par le ministre via le CNOSS et depuis décret de 97 : ARH via le CROSS
- missions : accueil de toutes les urgences 24h/24 concernant une seule spécialité ; orientation des patients ne relevant pas de cette spécialité

(Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 art. 2 Journal Officiel du 1er juin 1997) A titre exceptionnel, un établissement de santé prenant en charge sur un site unique soit principalement les enfants malades ou blessés, soit, de façon prépondérante et hautement spécialisée, des affections touchant un même organe ou altérant une même fonction, peut être autorisé par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, à faire fonctionner un service spécialisé d'accueil et de traitement des urgences appelé pôle spécialisé.

L'autorisation peut être subordonnée à la condition que l'établissement passe avec un établissement de santé où fonctionne un service défini à l'article R. 712-64 une convention fixant les modalités selon lesquelles sont orientés et pris en charge les patients qui ne relèvent pas exclusivement de ce pôle spécialisé.

U.P.A.T.O.U. : Unités de Proximité d'Accueil , d'Orientation et de Traitement des Urgences :

Article R712-67

(Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 art. 1 Journal Officiel du 10 mai 1995) = ANACOR

(Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 art. 1 Journal Officiel du 1er juin 1997) =ANACOR=>UPATOU

(Décret n° 98-63 du 2 février 1998 art. 11 IV 3° Journal Officiel du 5 février 1998)

Un établissement de santé ne peut recevoir l'autorisation de faire fonctionner une unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences que s'il dispense les soins mentionnés au a du 1° de l'article L. 711-2 et comporte au moins un service ou une unité de médecine pratiquant l'hospitalisation complète.

Dans le cas où l'établissement ne dispose pas de lits de médecine, il peut présenter conjointement à sa demande d'autorisation une demande de conversion de lits d'autres disciplines.

- Autorisation : ARH via le CROSS ;
- Missions : accueil 24h/24 de toutes les urgences y compris psychiatriques, donc de médecine générale et de petite chirurgie avec anesthésie locale

Article R712-68 : (Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 art. 1 Journal Officiel du 10 mai 1995) (Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 art. 1, art. 3 Journal Officiel du 1er juin 1997)

L'unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences fonctionne selon les modalités suivantes :

1° Elle accueille sans sélection tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, toute personne se présentant en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et procède à son examen clinique ;

2° Elle traite dans ses locaux et avec ses moyens tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les patients dont l'état nécessite des soins courants de médecine générale ou de psychiatrie ou des actes chirurgicaux simples correspondant à une cotation inférieure ou égale à KC 30 par acte au sens de la Nomenclature générale des actes professionnels, qui ne nécessitent pas une anesthésie générale ou une anesthésie loco-régionale du rachis, des blocs proximaux ou par voie périurale. Elle traite également, si l'établissement dispose d'un chirurgien, les patients dont l'état nécessite, pour lutter contre la douleur, des actes

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

chirurgicaux correspondant à une cotation supérieure à KC 30 ; dans ces derniers cas, les actes sont réalisés, dans un local approprié, avec le concours d'un anesthésiste-réanimateur de l'établissement, ou d'un autre établissement de santé, dont les conditions d'intervention ont été préalablement définies ;

3° Elle oriente les patients dont l'état nécessite des soins qu'elle ne peut dispenser elle-même :

a) Soit vers d'autres services ou unités de l'établissement prêts à les assurer, dans des conditions préalablement définies entre l'unité de proximité et ces services ou unités ;

b) Soit vers tout autre établissement de santé, exerçant ou non l'activité d'accueil et de traitement des urgences, avec lequel a été conclu un contrat de relais défini à l'article R. 712-69 ;

c) Soit, en liaison avec le centre "15" de réception et de régulation des appels du service d'aide médicale urgente appelé SAMU, vers un établissement siège d'un service d'accueil et de traitement des urgences ou vers un autre établissement de santé en mesure de dispenser sans délai aux patients les soins nécessaires.

Le décret 95-648 précise : la formation du médecin responsable de ces structures, le contenu de l'équipe médicale, le contenu de l'équipe para-médicale, les locaux nécessaires, les moyens (radiologies, biologie...)

Ces décrets ne concernent pas les services de psychiatrie et les maternités qui reçoivent des patients en urgence de façon habituelle, ni les consultations des différents établissements d'hospitalisation, ni les patients adressés nominativement même en urgence par leur médecin traitant vers un praticien prévenu de l'établissement receveur.

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

ORGANISATION DEPARTEMENTALE DES SECOURS D'URGENCE (11)

COMPETENCE	ORGANISATION	MISSIONS	MOYENS	CADRE NORMATIF DU CONCOURS
<p style="text-align: center;">CONCOURT A L'AIDE MEDICALE URGENTE</p> <p>Art. 3 – Loi 86.11 du 06.01.1986 relative à l'A.M.U. et aux transports sanitaires complétant le code de santé publique</p> <p><i>De plus, le service public hospitalier : « concourt conjointement avec les professionnels de santé et les autres personnes et services concernés à l'aide médicale urgente ».</i></p>	<p style="text-align: center;">S.A.M.U.</p> <p>Art. 4 – Loi 86.11 du 06.01.1986</p> <p><i>Les centres hospitaliers comportent : éventuellement des unités participant au service de l'A.M.U. appelé S.A.M.U</i></p>	<p style="text-align: center;">REPONSE MEDICALE AUX SITUATIONS D'URGENCE</p> <p>Art. 2 – Décret 87.1005 du 16.12.1987</p> <p>EXERCICE DE :</p> <p>Écoute médicale permanente Réponse adaptée aux appels Organisation transport dans un établissement Gestion hospitalisation du patient</p> <p>Art. 3 – Décret 87.1005 du 16.12.1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U.</p>	<p style="text-align: center;">LES UNITES COMPORTENT</p> <p>C.R.R.A. (15) Art. 4 Loi 86.11</p> <p><i>Dotation d'un numéro d'appel téléphonique 15</i></p> <p>Art. 8 - Décret 87.1005 du 16.12.1987</p> <p>POUR L'EXERCICE DE LEURS MISSIONS LES S.A.M.U. DISPOSENT DE :</p> <p>Moyens matériels et en personnel médical et non médical chargés de la réception et de la régulation des appels adaptés aux besoins de la population qu'ils desservent</p> <p>Art. 10 – Décret 87.1005 du 16.12.1987</p> <p>Participation des médecins libéraux au CRRA</p> <p>Art. 11 – Décret 87.1105 du 16.12.1987</p>	<p style="text-align: center;">CODE DE LA SANTE PUBLIQUE</p> <p>Loi 86.11 du 06.01.1986 relative à l'aide médicale urgente – art. 3</p> <p><i>Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage. Les S.A.M.U. joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours en application de l'article 16 de la loi du 22 juillet 1987 susvisée</i></p> <p>Décret 87.1005 du 16. 12.1987 – Art 2</p>
	<p style="text-align: center;">S.M.U.R.</p> <p>Décret 97.619 du 30.05.97 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de santé publique</p>	<p style="text-align: center;">PRISE EN CHARGE MEDICALISEE TOUS PATIENTS</p> <p>Nécessitant de façon urgente des soins médicaux et de réanimation par intervention équipe hospitalière</p> <p>TRANSPORT LE CAS ECHEANT vers un établissement de santé</p> <p>TRANSFERT MEDICALISE</p> <p><u>Art. R.712-71-1</u></p> <p>Décret 97.619 du 30.05.97</p>	<p style="text-align: center;">MOYENS HUMAINS</p> <p>Équipe médicale 2 pers ; (voire 3)</p> <p>Autres personnels (conducteurs, pilote, ambulanciers...)</p> <p style="text-align: center;">MOYENS MATERIELS</p> <p>Véhicule transport équipé médicalement</p> <p>Transport patients</p> <p>Salle de permanence</p> <p>Local pour entreposer des médicaments</p> <p>Décret 97.620 du 30.05.97</p>	<p><i>« Les véhicules et les personnes mentionnés à l'alinéa précédent peuvent être mis à la disposition de l'établissement considéré, dans le cadre des conventions conclues avec des organismes publics ou privés. Ces conventions entrant en application qu'après l'approbation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation »</i></p> <p>Décret 97.620 du 30.05.1997 – Art. 712.72</p>
<p style="text-align: center;">CONCOURT AUX SECOURS D'URGENCE</p> <p>Art. 2 – loi 96.369 du 03.05.1996 relative aux S.I.S.</p> <p>« Ils concourent avec les autres services et professionnels concernés à... ainsi qu'aux secours d'urgence ».</p>	<p>S.D.I.S.</p> <p>« Il est créé dans chaque département un établissement dénommé service départemental d'incendie et de secours ».</p> <p>Art. 1 – Loi 96.369 du 03.05.1996 relative aux S.I.S.</p> <p style="text-align: center;">S.I.S.</p> <p>(communaux – intercommunaux)</p> <p>Loi 96.369 – Art. 1^{er} 2^e alinéa</p>	<p style="text-align: center;">COORDINATION</p> <p>Activité op. des S.I.S.</p> <p>Réception et traitement des alertes</p> <p><u>Art. 44 L 96.369 du 03.05.1996</u></p> <p style="text-align: center;">SECOURS D'URGENCE</p> <p>aux victimes d'accidents, sinistres, catastrophes</p> <p>Art. 2 Loi 96.369 du 03.05.1996 relative au S.I.S.</p> <p style="text-align: center;">EVACUATIONS</p> <p>Art. 2.4 – loi 96.369 du 03.05.1996 relative au S.I.S.</p>	<p style="text-align: center;">CODIS – CTA (18)</p> <p><i>« Le service départemental d'incendie et de secours doit disposer dans un délai de cinq ans à compter de la promulgation de la loi d'un centre opérationnel départemental d'incendie et de secours chargé de la coordination de l'activité opérationnelle des services d'incendie et de secours au niveau du département »</i></p> <p>Art. 44 loi 96.369 du 03.05.1996 relative à l'organisation des S.I.S.</p> <p>Art. 44 et 45 – Décret 97.1225 du 16.12.1997 relatif à l'organisation des S.I.S.</p> <p>SSSM</p> <p>« En outre le SSSM participe aux missions de secours d'urgence définies par l'article L1424.2 du C.G.C.T. et par l'article 2 de la loi du 6 janvier 1986 »</p> <p>Art. 24 – Décret 97.1225 du 26.12.1997 relatif à l'organisation des S.I.S.</p>	<p style="text-align: center;">LOI SERVICES INCENDIES SECOURS</p> <p>Art 2 – Loi du 3.05.1996 relatif à l'organisation des S.I.S</p> <p><i>Lorsque dans les conditions prévues à l'article L 1424 – 2 du C.G.C.T. la situation exige la mise en œuvre de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les services d'incendies et de secours interviennent sous l'autorité du préfet et selon ses directives, avec leurs propres moyens, en liaison avec ceux mis en oeuvre par les S.A.M.U</i></p> <p>Art. 46 – Décret 97.1225 du 26.12.1997 relatif à l'organisation des S.I.S.</p>

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Sources documentaires :

- [1] Avis de Mme le Professeur CAILLE de la faculté de droit de Tours et Melle CRISTOL, maître de conférence à la faculté de Droit de Poitiers.
- [2] nouveau code de déontologie médicale du 6 septembre 1995 (version commentée du CNO)
- [3] Pr BARRET santé.ujf-grenoble.fr mis à jour le 3 avril 2000
- [4] commentaire sur l'article 223-6 du code pénal Pr Chiappini (Tours) : source Région alsace
- [5] FORUM NATIONAL SUR LES URGENCES (7 mars 1998) sous le haut patronage de B. Kouchner (rapport et synthèse)
- [6] « quotidien du médecin » n°6499 du 19 mai 1999 (responsabilité civile lors d'une intervention bénévole d'un médecin en vol)
- [7] réponse du CHU Rouen service juridique à une question posée par Dr Gendarme (URML Haute-Normandie) au sujet de l'existence ou non du droit à une indemnisation au titre responsabilité civile pour un médecin généraliste libéral appelé et mandaté par le 15 et qui se tue dans un accident durant le trajet.
- [8] G. DECROIX juriste sou médical 130, rue du Faubourg Saint Denis 75466 Paris, dans urgence-pratique.com
- [9] Gerson C. Direction médicale, du sou médicale, site lesoumédical.fr
- [10] Rapport Barrier, rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences, septembre 1994
- [11] projet de convention sur l'organisation des urgences pré-hospitalières : relation SAMU-SDIS-Ambulanciers-médecins-libéraux (source : SAMU de Dreux)
- [12] Les appels d'urgences au centre 15 en 1997, Etudes et résultats DREES, Mars 2000 n°55
- [13] Les passages aux urgences de 1990 à 1998 une demande croissante de soins non programmés, Etudes et résultats, n°72 juillet 2000, DRESS
- [14] Les services d'aide médicale urgente (SAMU) un doublement des appels en 6 ans, SESI informations rapides N°101 septembre 98

Références législatives et déontologiques :

Médecins libéraux :

-articles du code de déontologie concernés : art 6 (choisir librement son médecin/ libre choix et urgences) ; art 7 (le médecin doit écouter, conseiller ou soigner .../ la pratique médicale égale en toutes circonstances) ; art 9 (principe général de secourir une personne) ; art 32 (sauf appel d'urgence le médecin n'est pas obligé de prendre en charge un malade) ; art 47 (continuité des soins et refus de soin) ; art 59 (continuité des soins); art 77 (permanence de soins est un devoir); art 78 (disposition pour être joint au plus vite)

Transports sanitaires :

- Arrêté du 1^{er} mars 1997** portant approbation de la convention nationale des transporteurs sanitaires privés et de son annexe tarifaire pour l'année 1997
- Loi n°86-11 du 6 janvier 1986** relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires
- Décret 87-965 du 30 novembre 1987** relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres
- Décret n°96-176 du 4 mars 1996** modifiant le décret n°87-965 du 30 novembre 1987 modifié relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres
- Décret n°87-964 du 30 novembre 1987** relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires

Centre 15 :

- Circulaire du 6 février 1979** officialise la création des centres 15
- Loi n°86-11 du 6 janvier 1986** relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires
- Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987** relatif aux missions et organisation des SAMU

SAMU :

- Loi n°86-11 du 6 janvier 1986** relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires
- Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987** relatif aux missions et organisation des SAMU

Unions Régionales des Médecins en Exercice Libéral

Décret n°97-619 du 30 mai 1997 relatif à l'autorisation des SMUR

Décret n°87-964 du 30 novembre 1987 relatif au CODAMU et des transports sanitaires

Circulaire du 18 septembre 1992 définit le rôle du SDIS et du SAMU

Circulaire du 2 février 1992 relative aux relations entre SDIS et hôpitaux dans la gestion des secours

Circulaire du DGS/SQ n°98-483 du 29 juillet 1998 relative à la participation des transporteurs sanitaires privés à l'aide médical urgente

Sapeurs-pompiers

-Loi n°87-565 du 22 juillet 1987 (dite " loi sécurité civile") *relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre l'incendie et à la prévention des risques majeurs*

-La circulaire du 18 septembre 1992

-La loi n°96-369 du 3 mai 1996

-la loi n°96-370 du 3 mai 1996 relative au développement du volontariat dans les corps de sapeur-pompiers

-le Décret n°97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services d'incendie et de secours

-Circulaire du 24 juillet 1991 fonctionnement des centres SDIS et des CAT

-Décret n°99-1039 du 10 décembre 1999 relatif aux sapeurs pompiers volontaires (concerne aussi médecins pompiers volontaires)

TRAVAUX DES UNIONS REGIONALES

ALSACE

Les Médecins libéraux répondent à l'Urgence
– 1996 –

AUVERGNE ;

Organisation des Permanences de soins et
services de garde en médecine générale en
Auvergne
– 1998 –

BOURGOGNE :

Le Généraliste et les Urgences en Bourgogne
– Octobre 1995 –

BRETAGNE

Les secteurs de garde existant en médecine
libérale pour la prise en charge des urgences
et la permanence des soins
–1997 –

CHAMPAGNE ARDENNE

Etat des lieux de la prise en charge des
urgences par les médecins libéraux en
Champagne Ardenne
– juin 1997 –

CORSE

Projet de mise en place expérimentale de
Réseaux locaux pour la prise en charge des
urgences médicales en Corse
– Novembre 1998 –

FRANCHE-COMTE

Organisation des Urgences par les médecins
généralistes pour la Franche-Comté : 4
cahiers – octobre 1999 –

ILE DE FRANCE

Les Urgences en Ile de France
– Juin 1997 –

LANGUEDOC ROUSSILLON

Les appels d'urgence sur le 15 des Pyrénées
Orientales
– Septembre 1997 –

MIDI PYRENEES

La prise en charge des urgences en Midi-
Pyrénées – A propos du Schéma Régional
d'Organisatin Sanitaire et Sociale – Critiques
et Contre propositions

– Juillet 1995 –

Généralistes et Urgences en Midi Pyrénées
– 1997 –

PAYS DE LOIRE

L'urgence Médicale dans la région de
Fontenay le Comte
– 1998 –

POITOU CHARENTES

Cartographie de l'organisation des urgences
par les médecins généralistes de Poitou
Charentes

Etat des lieux des urgences dans les
établissements du secteur privé
– 1998 –

PROVENCE ALPES COTE D'AZUR :

Urgences et gardes des médecins libéraux
– 1998 –

Consultation des Médecins libéraux
généralistes et spécialistes en région PACA
– 1998 –

Prise en Charge des Urgences et des soins non
programmés
– Janvier 2001 –

REUNION

Urgence et Permanence des soins auprès des
généralistes libéraux de la Réunion

RHONE ALPES

Rapport préliminaire sur la médecine de
montagne

– Juin 1996 –

Enquête Prise en charge de Urgences par la
médecine libérale en Région Rhône-Alpes
– 1998 –

Colloque sur la permanence des soins en
Rhône Alpes

– Mars 2001 –