

Conseil National des 4 et 5 décembre 93 : LES URGENCES

Les 4 et 5 Décembre 93 s'est réuni le Conseil National du SNJMG. Premier week-end de travail depuis l'Assemblée Générale de Juin, le menu principal de ce séminaire était "les urgences", sujet d'actualité "urgent", capital pour l'avenir de la médecine générale. Vous trouverez dans ce dossier le compte rendu de ces travaux. Ce séminaire nous a permis, par ailleurs, de rencontrer Mr Decroix, conseiller juridique au Sou Médical qui nous a ouvert les yeux sur les problèmes de responsabilité professionnelle et dont nous vous parlerons dans un prochain "Jeune MG".

Dossier des Urgences : il y a urgence !

Philippe Boisnault

L'organisation des soins d'urgence dans notre pays pose un réel problème : des urgences hospitalières encombrées de soins non-urgents, des structures et des hommes mal répartis, sous-utilisés ou trop utilisés, des tableaux de gardes ou d'astreintes des médecins hospitaliers surchargés, enfin des médecins généralistes qui ont parfois laissé tomber les soins d'urgences et les gardes... Tout cela a une double conséquence : une qualité et une sécurité des soins loin d'être assurées et un coût démesuré.

Les pouvoirs publics sont désireux de modifier cet état de choses. Plusieurs rapports ont été écrits (2 rapports du Pr. STEG, un rapport du Pr. BARRIER en cours). Des projets de réorganisation des urgences hospitalières sont en cours d'élaboration dans les DRASS non sans grincements de dents. Dans tous ces travaux, les médecins généralistes sont au mieux ignorés, au pire montrés du doigt pour avoir désinvesti les soins d'urgence, comme si les centaines de milliers de soins urgents effectués par les 50000 MG tous les jours ne comptaient pas.

Une réalité incontournable

Le SNJMG ne pouvait que donner sa position sur ce débat et ce pour deux raisons :

- Les jeunes médecins généralistes sont les premiers concernés par les urgences et les gardes dans les hôpitaux (résidents ou seniors) ou en ville (jeunes médecins ou remplaçants en garde).
- La médecine générale, médecine de premier recours, de synthèse et de continuité des soins est par définition (premiers recours) concernée par l'urgence.

Poser le problème

Le débat est difficile car de nombreuses questions se posent : Comment endiguer l'augmentation

Dans ce dossier, la définition de l'urgence est la plus large : urgence ressentie par le patient n'ayant bénéficié d'aucune intervention médicale ou para médicale. C'est-à-dire le patient ressentant le besoin de consulter rapidement un médecin, quelle qu'en soit la cause.

La réponse à l'urgence en médecine générale : une obligation déontologique ?

Quelle place pour la médecine générale dans l'urgence ?

Formation à l'urgence : médecine générale ou spécialité ?

Le remplacement systématique en garde est-il possible sans perte de crédibilité ?

Quels moyens pour une vraie solidarité géographique dans les soins urgents ?

Le Conseil National a travaillé autour de 2 thèmes : "La place du médecin généraliste dans la réponse à l'urgence" et "le remplacement en garde". Vous trouverez dans les deux articles ci-contre les comptes-rendus des travaux. Les réponses sont sans ambiguïté. Elles feront l'objet d'un document présenté par le Bureau National aux différents partenaires et à la presse courant mars.

De plus en plus de médecins généralistes installés ont abandonné ces 10 dernières années les gardes (en se faisant remplacer).

Mais les remplacements en garde sont en contradiction avec l'obligation déontologique d'assurer celles-ci (article 41 du code de déontologie médicale : " C'est un devoir pour tous les médecins, sauf exceptions accordées par le conseil départemental compte tenu de l'âge, de l'état de santé, et éventuellement de la spécialisation, de participer aux services de garde de jour et de nuit. ").

Les urgences sont des actes difficiles qui requièrent de l'expérience (notamment en garde) : la tendance actuelle dans les hôpitaux est d'augmenter le nombre de médecins thésés expérimentés pour l'accueil des urgences.

Les remplacements en garde sont pour les remplaçants une source de revenu importante, notamment pendant les périodes creuses hors vacances scolaires.

Mais force est de constater que le médecin le plus apte à répondre aux urgences est d'abord le médecin traitant (il connaît le patient) ou un médecin installé de la localité participant au tour de garde (connaissant ses confrères, il est à même d'assurer la continuité des soins).

Après longue discussion, il est donc proposé de demander l'application de l'obligation de participer au tour de garde comme le prévoit le code de déontologie.

Mais... Cette obligation ne peut s'appliquer que si les conditions dans lesquelles sont assurées les gardes et urgences sont modifiées en prenant les mesures présentées

dans les tableaux suivants : L'ensemble de ces propositions permettront aux médecins généralistes installés de faire (ou de refaire) leurs gardes dans le respect des conditions de travail, de la qualité de vie et de la rémunération, tout en apportant à la population un service de garde de qualité.

Si ces mesures n'entraient pas en application, laissant perdurer et s'aggraver la situation actuelle, les médecins installés se dégageraient du service de garde (légitimement ?). La conséquence serait un recours accru aux services hospitaliers avec pour corollaire une baisse de la qualité des soins et une augmentation des coûts.

MG : prends garde !

Philippe Boisnault

Organisation

- Les tableaux de gardes doivent se faire sur des territoires limités notamment en ville, avec une organisation locale des MG (association) permettant à la fois une meilleure coordination, une meilleure définition des besoins locaux et une représentation locale de la profession.
- La régulation des appels doit être faite par le médecin de garde ou par le renvoi sur le centre 15 avec une relation étroite entre celui-ci et la médecine ambulatoire.

Pour les remplacements

- Autoriser les remplacements réguliers 1 à 2 jours par semaine voire par demi-journée (encadrés par des règles bien précises évitant les dérapages type assistantat déguisé) afin que les MG puissent préserver leur équilibre entre vies privée et professionnelle.
- Autoriser les remplacements en garde uniquement pour les remplacements de longue durée (> 8 jours).

La Rémunération

- Créer un VU (visite urgente) mieux payé, mieux remboursé et réservé aux médecins installés participant au service de garde.
- Les VN et VD moins remboursés sanctionnant les patients qui utilisent le médecin de garde comme médecin traitant (appel abusif).
- Revalorisation des actes de petite chirurgie, tenant compte du coût du matériel et du temps passé.
- Indemnité forfaitaire de participation au service public de garde en compensation de l'obligation d'être équipé (trousse d'urgence, etc.) et des frais de personnel (secrétariat).

La Formation

- Formation médicale initiale : formation à l'acte d'urgence en ville (faite par des médecins généralistes).
- Formation à la prévention et à l'éducation des patients afin de faire baisser le nombre d'actes d'urgence.
- Formation médicale continue à l'urgence afin de remettre à niveau les MG ayant abandonné cette activité.

Sécurité

- Les collectivités locales doivent assurer la sécurité des médecins généralistes de garde par les moyens appropriés (jusqu'à l'accompagnement par un tiers si besoin).

- Education de la population à la bonne utilisation du système de garde

Nous ne pouvons éluder la question des remplacements en garde, qui révèle pour nous plusieurs contradictions.

Médecin généraliste et soins d'urgence : quelle place ?

Jean-Paul Dabas

On est forcé de constater par l'état des lieux actuels, une diminution du rôle du MG dans les soins d'urgence, notamment en ville, à la faveur d'un rôle accru de l'hôpital, et ce pour de multiples raisons.

Le constat

Les urgences hospitalières sont la vitrine de l'hôpital, donc sans cesse améliorées pour en augmenter l'attrait, avec des investissements colossaux, pas toujours en fonction de la demande locale et médicale, mais pour créer véritablement un nouveau marché. D'autre part, l'hôpital a capté "dans l'opinion" le monopole du savoir technique et de la compétence avec un plateau technique immédiatement disponible, une pléthore de spécialistes, et l'image de "la blouse blanche".

Les médecins généralistes ont parfois délaissé leur rôle dans l'urgence. Plusieurs raisons à cela : ils ne souhaitent plus faire de garde, trouvent la nomenclature inadaptée, le matériel coûteux et n'ont pas de formation... D'autant plus qu'ils se sentent dévalorisés par rapport à l'hôpital et aux spécialistes.

De nombreux patients n'ont pas de médecin traitant. L'éducation des patients à l'utilisation des services de soins d'urgence est inexistante : ils ressentent le besoin d'être servis immédiatement, sans rendez-vous. Le paiement des urgences hospitalières semble facile avec l'impression de ne pas payer ou simplement une part minimale comme le ticket modérateur. Enfin, il existe un manque de coordination entre les différentes structures d'urgence : pas de lien entre l'hôpital et la ville, voire une concurrence.

Retrouver une légitimité

Le médecin généraliste a, à l'évidence, sa place au sein du service d'urgence, de par sa mission de premier recours et de continuité des soins.

L'hôpital n'a pas à faire de la médecine générale mais doit être présent en tant que plateau technique et de second recours. La réalité est qu'il fait de la médecine générale au sein des urgences, mais pour un coût plus élevé par rapport à une même pathologie et sans suivi médical, pourtant garant d'une meilleure qualité. Il faut donc que les médecins généralistes investissent les urgences hospitalières à condition qu'une formation initiale aux soins d'urgence et une formation médicale continue adaptée (et conventionnelle) leur soient données, à tous.

La spécialisation d'une partie non négligeable du pool des MG à l'urgence, via un D.I.U n'est pas souhaitable car elle impliquerait une non-formation des autres MG à l'urgence, ce qui est inacceptable. Les urgences sont d'abord une activité des médecins généralistes. Seuls les MG responsables des services d'urgences hospitalières doivent avoir une formation complémentaire type CAMU, ouverte à tous dès la fin du troisième cycle. Le D.I.U (diplôme inter-universitaire des urgences) tel qu'il est prévu dans le rapport STEG entraînerait la création de 2 populations distinctes : les urgentistes et les autres qui ne pourraient donc plus assurer une médecine générale de qualité.

"le D.I.U., c'est à moyen et long terme la stérilisation de la médecine générale !!!"

Des mesures adaptées

Le conseil national propose donc un certain nombre de mesures citées dans l'encadré afin de redonner à chacun sa place, de façon complémentaire et non concurrentielle, dans la prise en charge des urgences.

PROPOSITIONS

- Une F.M.I. et une FMC adaptées, pour tous + + +
- Les Médecins des urgences hospitalières doivent être des médecins qualifiés en MG et installés en ville.
- La chefferie de service doit être attribuée à un MG ayant une formation complémentaire (type CAMU).
- L'hôpital ne doit pas faire de consultation post-urgence. Les

patients doivent être renvoyés sur leur médecin traitant. L'hôpital doit avoir affiché la liste des MG de la localité mentionnant leur secteur conventionnel d'exercice.

- Les urgences hospitalières doivent connaître le MG de garde afin de renvoyer les appels sur celui-ci.
- Application de la loi sur les centres 15 instituant une colla-

boration étroite et paritaire entre les différentes structures.

- Respect des statuts de personnels médicaux employés dans les services de garde hospitaliers, notamment le statut des résidents et internes.
- Utilisation du plateau technique hospitalier par les MG ambulatoires de garde.
- Information et éducation de la population, de la profession et

des médias sur le rôle des différents partenaires, notamment sur le rôle des généralistes.

- Le paiement des actes d'urgence doit être le même en ville et à l'hôpital (ouverture des caisses 24h sur 24h, 1/3 payant, avec une nomenclature spécifique adaptée à l'activité libérale de cabinet).