

*Rapport de la Commission nationale permanente
adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins
du 23 juin 2001
Rapporteur : Dr Jacques LUCAS
Docteurs DELGA, GRILLET, LAGARDE, LUCAS, MATHIAS, MONIER, MONTANE.*

L'EXERCICE MEDICAL FACE A LA PERMANENCE DES SOINS

SOMMAIRE

LA PERMANENCE DES SOINS POUR REpondre AUX BESOINS DES PATIENTS OU DES PERMANENCES DE SOINS POUR REpondre AUX DEMANDES DES INDIVIDUS ?

LE SERVICE DE LA SANTE PUBLIQUE : LES EXERCICES MEDICAUX FACE A LA PERMANENCE DES SOINS OU DES EXERCICES MEDICAUX DANS DES PERMANENCES DE SOINS.

AMELIORER CE QUI EXISTE

MUTUALISER LES CONTRAINTES

REpondre AUX DEMANDES DANS DES REGISTRES CLAIREMENT DEFINIS.

FORMATIONS AU TRAITEMENT DES URGENCES

ACTIONS ORDINALES A CONDUIRE

L'inscription de ce sujet à la réflexion des Assises de l'Ordre traduit l'importance des difficultés auxquelles se trouve confronté actuellement l'exercice de la médecine sous toutes ses formes et dans tous les secteurs, avec les conséquences que cela entraîne en matière de permanence des soins. Les usagers témoignent d'exigences nouvelles et désirent un service disponible rapidement à toutes heures pour répondre très souvent à une inquiétude plus qu'à une urgence. Les praticiens, comme leurs concitoyens souhaitent organiser leurs activités professionnelles afin de disposer de loisirs et d'horaires conformes à une vie personnelle et familiale de qualité. L'environnement culturel est, à bien des égards, radicalement différent de ce qu'il était jadis.

A dire vrai, les difficultés ne sont pas récentes. Mais puisqu'elles n'ont toujours pas reçu de solutions satisfaisantes et pérennes, elles tendent à s'aggraver de plus en plus rapidement, sous la double pression des évolutions sociétales et des modifications de la structure démographique du corps médical.

Il est urgent de concevoir un nouveau paradigme en matière de permanence des soins.

Dans ce nouveau modèle, l'obligation déontologique ne devrait plus trouver de raisons objectives pour ne pas pouvoir s'accomplir ni d'excuses pour ne pas être assumée. L'Ordre national se doit donc d'examiner les moyens qui seraient propres à en permettre la parfaite et sereine application par tous les médecins autrement que par le seul rappel incantatoire d'articles du code.

C'est l'objet de ce rapport.

Naturellement tout ne repose pas sur les seules propositions que l'Ordre, ou d'autres organisations professionnelles, pourraient faire. En tout état de cause, l'Etat doit remplir sa fonction régaliennne en assumant la responsabilité des politiques publiques à conduire afin d'obtenir, de la manière la mieux adaptée aux réalités et aux objectifs poursuivis, des réponses satisfaisantes tant pour les usagers que pour les professionnels de santé. La question s'inscrit dans une problématique de santé publique.

La Commission Nationale Permanente ne vous présente donc pas un rapport de plus sur l'état des lieux. Nous le connaissons : les états des lieux soulignent toujours ce qui va mal, sans mettre en avant tout ce qui va bien, alors que, dans la réalité, le tableau est très contrasté selon les régions, les départements, les villes, les petites communes, les cantons, les zones géographiques...

Cette diversité rend toute solution réglementaire aléatoire dans ses effets. Il n'y a pas de solution « technocratiquement correcte », ce qui est probablement fort embarrassant pour l'administration.

Un nouveau modèle d'organisation de la **permanence des soins** devrait être aussi souple que possible afin que son application puisse être facilement **adaptée aux réalités des bassins de vie**. La condition de la réussite dépendrait probablement de l'institution d'une autorité décisionnelle unique à l'échelon régional afin de rendre plus cohérentes les interventions des multiples administrations ou organismes ayant des compétences diverses dans le système de santé. La question ne peut pas se régler par voie de circulaire. Une loi d'orientation devrait établir le canevas général, sans nous dissimuler que tous les efforts d'organisation seront de nul effet si tous les médecins ne se sentent pas impliqués et s'il n'y a pas un redéploiement des moyens actuellement cloisonnés entre l'hospitalisation et la médecine ambulatoire.

A son niveau de représentation, de compétence et d'expertise, l'Ordre devrait accompagner cette évolution, voire contribuer à la structurer. En effet, le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995, portant Code de déontologie médicale (CDDM) fixe la loi commune pour l'ensemble des médecins exerçant sur le territoire de la République. Mais le rappel de l'article 77, fixant le *devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit* resterait tout à fait inopérant si cet article n'était pas lu avec son préambule : le devoir ne s'impose que *dans le cadre de la permanence des soins*. **C'est ce cadre qu'il faut donc tracer clairement pour la diversité des exercices et des pratiques médicales afin de pouvoir bâtir l'architecture générale de la permanence des soins dans laquelle s'insèrent les réponses aux urgences.**

Nous avons voulu dans ce rapport, et selon l'ordre de mission que nous avons reçu du Président du Conseil National de l'Ordre, proposer des solutions. Lorsque nous aurons relevé des dysfonctionnements, individuels ou institutionnels, nous n'avons pas voulu nous perdre dans des méandres d'explication, car les raisons de ces insuffisances sont multiples. Tous les intervenants dans le système de santé, y compris les usagers, portent une part de responsabilité dans l'état actuel. Il ne servirait à rien de jouer les procureurs les uns contre les autres, sauf à produire de nouvelles et inutiles crispations.

Nous avons pensé qu'il n'y avait pas besoin de réquisitoires, mais de solutions réalistes et efficaces.

Les solutions proposées ne procèdent pas d'une réflexion abstraite. Elles reposent sur les enseignements que nous a apporté la Commission du Conseil National chargée de la garde et de la permanence des soins présidée par le docteur Colson, sur les contributions de nombreux collègues des conseils départementaux confrontés quotidiennement ou presque à des difficultés envahissantes, et sur les apports de diverses sources libérales et hospitalières comme ceux des confrères régulateurs dans des centres 15 ou membres actifs dans des associations de garde. Il nous est impossible de les citer tous, mais qu'ils soient tous vivement remerciés.

Pour que ces solutions soient réalistes et efficaces, nous avons pensé qu'elles devaient pouvoir être adaptées sans difficultés majeures dans toutes les situations rencontrées à travers la France. Qu'elles devaient également pouvoir être partagées par l'ensemble des médecins quels que soient leurs secteurs d'activités ou leurs statuts particuliers. Et enfin qu'elles devaient pouvoir être admises par le pouvoir politique, dès lors ou celui-ci ne nous semble avoir pour justification que la satisfaction des citoyens et la défense de l'intérêt général, comme nous n'avons en tant que médecin d'autre justification à nos exercices professionnels que de satisfaire aux besoins de nos patients.

Ce sont ces besoins, en matière de permanence des soins, que nous analyserons tout d'abord. L'entreprise n'est pas facile car la définition de ces besoins ne relève pas de la seule appréciation des professionnels de santé. Il faut bien en convenir, les patients eux-mêmes, leur entourage, les citoyens en général n'ont pas nécessairement la même perception que les médecins. Les usagers du système de soins doivent donc pouvoir être associés non seulement aux réflexions des professionnels mais aussi à la mise en œuvre des applications qui en résultent. L'objectif serait d'obtenir une responsabilisation de tous.

Avant d'aborder l'analyse des besoins des patients, nous voudrions lever une possible équivoque. Au sein du corps médical, les opinions professionnelles sur ces besoins peuvent diverger selon que l'on sera généraliste, spécialiste, régulateur au Centre 15, médecin effecteur, médecin urgentiste, médecin de santé publique, médecin inspecteur de la santé, homme ou femme, citadin ou rural, jeune ou chevronné... Il ne faudrait pas entretenir une confusion entre un avis professionnel et une opinion privée.

Un ordre professionnel n'a pas qualité, conformément aux dispositions de l'article L 4123-1 du CSP, pour connaître des opinions privées des membres qui le compose. En revanche, il se doit d'examiner, sous l'angle professionnel, les conditions des exercices afin que les missions confiées aux médecins puissent être entièrement remplies, au service des individus et de la santé publique.

LA PERMANENCE DES SOINS POUR REpondre AUX BESOINS DES PATIENTS OU DES PERMANENCES DE SOINS POUR REpondre AUX DEMANDES DES INDIVIDUS ?

Les notions de *service* et de *besoin* demandent que l'on s'attarde sur leur analyse, car elles recouvrent des réalités disparates. Il nous a semblé indispensable de procéder à l'inventaire des situations dans lesquelles s'exprime la notion de permanence des soins et de préciser le sens des mots utilisés afin que les discussions auxquelles ce rapport pourrait donner lieu ne s'égarer pas dans d'interminables digressions.

La permanence de l'accès aux soins

Les besoins exprimés par un patient peuvent être consuméristes et insatiables, dès lors où, dans une logique de solidarité, les assurances sociales obligatoires et les assurances complémentaires qu'il aurait pris solvabiliseraient en permanence tous ses recours au système de distribution des soins, sans autre justification que la satisfaction des besoins qu'il définit lui seul. A cette situation de demande répond une logique d'offres de soins. Une des questions posées est alors celle de la part qui doit être solvabilisée ou mutualisée par la collectivité. Un autre aspect à prendre en compte sera celui qui découle des modifications des comportements des générations : les générations futures auront probablement une exigence plus grande vis à vis des systèmes de distribution en général et de celui de la santé en particulier.

A l'opposé, des situations de précarité sociale et sanitaire pourraient aboutir à exclure certaines populations du système de santé. Des Assises de l'Ordre ont été consacrées à ce sujet, le lecteur pourra utilement s'y reporter.

La question de la *permanence de l'accès aux soins* doit donc être examinée sous ce double éclairage.

La permanence des soins

Cependant, le plus communément, le problème de la *permanence des soins* est évoqué dans une autre acception que celle que nous avons énoncée ci dessus. Le plus souvent, la demande de secours médical relève de la Médecine Générale. Le recours à la Médecine Spécialisée survient généralement à un niveau secondaire de technicité et d'équipement. Cependant, le recours spécialisé doit parfois être mis en œuvre sans délai et sans intermédiaire, dans des situations d'urgences vitales ou dans des cas de meilleure récupération fonctionnelle par thérapeutique précoce. Nous indiquerons ici que, dans un cas comme dans l'autre, une éducation sanitaire en direction des usagers est absolument indispensable, afin de développer des attitudes de responsabilisation individuelles dans le recours médical.

Il faudra également tenir compte dans cette forte demande de permanence des soins de la grande mobilité de la population, soit en raison de la diversification des activités professionnelles et de l'éclatement du lieu de travail et du lieu d'habitation, soit en raison, pour les personnes plus âgées, d'une grande mobilité dans les loisirs et les lieux de résidence. Cette tendance de fond doit conduire à une réflexion sur le dossier médical et plaide pour la détention par le patient des principales données médicales qui le concerne, puisqu'il pourrait être amené à solliciter des secours médicaux variables en fonction du temps et de l'espace. Cela ouvre des perspectives sur l'utilité d'un site de données médicales sécurisées accessible par un double accès qui pourrait être permis par la carte ordinaire et la carte patient.

Nous pouvons distinguer, dans la notion de permanence des soins :

La continuité des soins.

Les soins en cours doivent être poursuivis ou un patient pris en charge pour une affection doit pouvoir avoir recours à un médecin en cas d'évolution ou de complication de son état de santé conformément aux articles 32 et 47 du CDDM.

L'organisation d'une garde par secteur, et sur une étendue adaptée à la possibilité d'intervenir rapidement, répond à la fois aux besoins pour les patients et à l'aménagement de temps de liberté pour les médecins, en conformité avec l'article 59 du CDDM.

La réponse sans délai aux situations d'urgence.

1. Pour éliminer toute équivoque sémantique, ne devraient être qualifiées d'*urgences* que les seules situations médicales qui, faute d'une réponse rapide et adaptée, mettraient en péril la sécurité du patient ou d'autrui. Cela correspond au champ d'application de l'article 9 du CDDM.

Ces situations sont diverses. Elles peuvent être sommairement regroupées, avant d'affiner l'analyse, en situation :

- d'intervention *d'urgence sur la voie publique* pour une personne dont l'état apparent demande un prompt secours, pour des accidents ou des catastrophes impliquant de hiérarchiser des urgences.

- d'intervention *d'urgence à domicile*, pour une pathologie ou une situation susceptible d'engager le pronostic vital à défaut d'avoir reçu un secours immédiat pouvant être suivi d'une évacuation, médicalisée ou non, vers un lieu approprié d'accueil et de soins.

Dans les deux cas, ***une régulation doit être organisée***, afin de mettre en coordination les divers intervenants. Cela sera développé plus loin dans ce rapport.

2. Mais le terme d'urgence consacre aussi, par l'usage, la demande d'un soulagement rapide devant des symptômes, des douleurs ou des handicaps aigus, qu'ils soient physiques ou psychiques. La réponse à cette situation de crise déstabilisante pour le patient qui perd ses repères ne peut être apportée que par l'expertise d'un médecin afin de définir le besoin de soins et le niveau technique de soins.

3. Par conséquent, il faut rapporter que, sous ces deux aspects de la notion d'urgence, l'arrêt de Cassation de juin 1996 retient une *condition* d'urgence qui s'apprécie, selon la Cour, *exclusivement au regard de l'état du malade et la nécessité où il se trouve de voir intervenir le praticien sans délai.* »

Il semble impératif de rappeler cette définition puisque les juridictions pénales ou civiles s'y référerait en cas de plainte.

Et nous soulignerons ici que la judiciarisation croissante de l'exercice médical est un des facteurs de désaffection des médecins pour les gardes :

- les situations d'urgence étant au nombre de celles où le risque médico-légal est le plus grand.

- les appels pour des visites à domicile relèvent parfois de simples convenances alors même que le patient aurait pu attendre ou se déplacer vers un cabinet médical. La visite à domicile est une exception française dont la justification sanitaire est le plus souvent discutable.

- dans la suite de ce rapport, nous préconiserons donc très fortement, pour des raisons de plus grande sécurité des prises en charge, y compris pour le médecin sur le plan physique et juridique, le déplacement des patients sur des sites de soins. Pour cela, il nous faudra prévoir une organisation de ces sites entre eux, et l'incitation aux déplacements des patients qui pourrait être soutenue par l'instauration d'un ticket modérateur d'ordre public appliqué aux visites, en dehors d'une exonération spécifique (personnes âgées, handicaps) reconnue par les services médicaux près les organismes d'assurance maladie, conformément aux dispositions de l'article 50 du CDDM.

Le recours aux établissements de soins par le patient en première intention.

Les besoins des patients s'expriment également dans des demandes en nombre croissant d'une gestion médicale coordonnée qui puisse répondre à leur inquiétude ou plus souvent à leur désir d'une solution rapide à leur problème médical, médico-social ou psychosocial. Qu'est-ce que j'ai ? Est-ce grave ? Que faut-il faire ? Qui va prendre rapidement en charge mon problème ?

Ces interrogations sont souvent multipliées par l'entourage, soit qu'il se considère comme impuissant soit parce que l'évènement interfère avec ses propres activités. L'absence d'entourage familial, ou l'éloignement des enfants, complique la situation pour les personnes âgées. Vieillesse et dépendance sont des facteurs majeurs de recours aux services d'accueil des hôpitaux.

Le recours aux services d'accueil des établissements de soins, publics ou privés, est d'autant plus sollicité que le patient et son entourage sont certains d'y trouver un lieu unique d'accueil où l'ensemble de leurs problèmes pourra trouver écoute et solutions : le refuge et la sécurité, l'examen médical, la présence infirmière et aide-soignante, les examens complémentaires radiologiques et biologiques, le traitement immédiat, l'hébergement ou l'hospitalisation pour investigations secondaires.

Il conviendrait d'assurer, dans chaque zone géographique clairement identifiée, une bonne lisibilité des missions sanitaires de chaque structure de soins afin que les patients ne recourent pas à des structures lourdes pour des besoins simples. L'articulation de ces structures entre elles suppose une organisation qui découle des principes d'équité dans l'accès aux soins, d'accessibilité, de subsidiarité, de complémentarité et de qualité, où la médecine ambulatoire à une place primordiale à tenir.

La suite des soins

La sortie d'un patient d'un service d'accueil d'un établissement de soins n'épuise pas toujours la totalité des besoins. Il est généralement nécessaire d'assurer un suivi ultérieur de permanence des soins. Cette sortie renvoie la suite de la gestion de l'état de santé :

- soit vers une autre unité de soins, interne ou externe à l'établissement,
- soit vers des structures dites de soins de suite,
- soit vers des unités gériatriques,
- soit vers un suivi psychiatrique,
- soit vers le retour à la médecine ambulatoire.

Or, il s'avère que le plus grand nombre de patients qui sortent des services d'accueil sont réorientés vers la médecine ambulatoire. Ceci suggère, naturellement, qu'il aurait pu être répondu initialement au besoin médical par une organisation différente de l'activité médicale en pratique ambulatoire.

Mais cela pose aussi des questions sur la gestion intra hospitalière des transferts des patients vers les unités de soins, car les délais d'attente aux services d'accueil sont souvent importants, contribuant à la surcharge des activités des personnels de ces services, et à l'insatisfaction des patients ou de leurs accompagnateurs.

L'admission directe dans une unité de soins ad hoc.

Devant un besoin authentifié d'admission directe d'un patient dans une unité de soins spécialisés, la pratique médicale se heurte souvent à des difficultés. Un contrôle préalable de la légitimité de cette admission directe en unité de soins adaptés est souvent demandée par la structure où l'accueil est sollicité. Cette attitude contribue à l'encombrement des Services d'accueil. C'est en tout cas une interrogation sur la pratique médicale dans les établissements de soins en matière de permanence de soins spécifiques.

Ceci peut provenir :

soit d'une défiance vis à vis de la compétence du médecin qui sollicite un accueil direct,
soit une surcharge des activités de l'unité concernée,
soit d'un manque de lit d'hospitalisation en raison d'un contingentement rigide et préétabli de l'organisation intra hospitalière,
soit d'une gestion préétablie des admissions à venir dans l'activité programmée de l'unité.

Il peut en résulter un retard à la prise en charge au niveau de compétence et de technicité requis. Une réflexion sur la coopération entre les différents lieux de soins doit être entreprise. Cette réflexion devrait être entreprise, sans délai, entre les différents partenaires institutionnels du système de soins, selon les bassins de santé en fonction des équipements, avec l'implication de l'ensemble des médecins spécialistes et de toutes les structures de soins.

L'éclairage que nous venons de donner aux nombreux aspects que revêtent les réponses qui seraient adaptées aux besoins des patients situe les problèmes de la permanence des soins dans une perspective de coordination des activités hospitalières et des activités ambulatoires. Cela définit une mission de santé publique : comment organiser le cadre de cette permanence et la participation de tous les médecins, à la mesure des structures dans lesquelles ils travaillent ainsi que du temps et des moyens dont ils disposent.

LE SERVICE DE LA SANTE PUBLIQUE : LES EXERCICES MEDICAUX FACE A LA PERMANENCE DES SOINS OU DES EXERCICES MEDICAUX DANS DES PERMANENCES DE SOINS.

Si l'on se réfère aux enquêtes d'opinion, nos compatriotes sont particulièrement attachés à la sécurité sanitaire. La santé vient en tête de leurs préoccupations. La permanence des soins en fait partie. Cela requiert **une organisation lisible qui couvre les nécessités de sécurité sanitaire et de santé publique** de la population du sol de France.

Il convient donc de procéder à l'examen des besoins d'équipements du territoire en cabinets médicaux et en établissements de soins. Toutefois cette organisation ne pourra être réellement assurée que par une liaison constante et efficace entre les exercices en médecine ambulatoire et les activités professionnelles dans les secteurs d'hospitalisation.

Elle ne peut se déployer qu'avec le concours des activités infirmières et paramédicales. Elle suppose l'organisation des transports et des transferts sanitaires médicalisés ou non.

C'est dans ce panorama des exercices des métiers de la santé que s'insèrent ceux des médecins. De nombreux colloques et une abondante production de publications, de documents et de rapports ont théorisé un *travail en réseau*.

Ce travail de conceptualisation répond assurément à la nécessité de replacer les activités individuelles des praticiens dans la cohérence d'ensemble et l'efficacité d'un système.

Mais il ne faudrait pas que cette entreprise de synthèse, pour nécessaire qu'elle puisse être, fasse repousser des décisions pragmatiques qui faciliteraient le travail de professionnels et répondraient à l'amélioration des services rendus aux usagers.

Des réseaux informels, sans appareil administratif de gestion, fonctionnent depuis toujours, ils ne sont pas devenus obsolètes et, en tout cas, n'ont pas démerité.

Peut-être s'égarer-t-on aujourd'hui à l'excès dans la recherche d'outils de mesure de l'efficacité du système et dans celle des procédures d'évaluation des pratiques, où la dimension économique est

très présente. Car, bien souvent, cela revient à renvoyer à plus tard, derrière un appareillage conceptuel et un maquillage terminologique, l'abord concret des problèmes immédiats comme celui de la structure démographique du corps médical ou celui de sa répartition géographique. A cet égard, il faut appeler l'attention sur l'apparition de déficits dans certaines spécialités se traduisant par des « zones blanches » dans certaines disciplines sur le territoire national, ce qui ne sera pas sans poser de très grosses difficultés d'accès aux soins en dehors même de situations d'urgence. Les solutions à ce problème démographique devront intégrer la possible mobilité des médecins dans l'espace élargi de la Communauté européenne et devront également tenir compte du contenu des « métiers » médicaux par rapport aux « métiers » para-médicaux.

Le pragmatisme en la matière ne serait pas signe d'indigence intellectuelle mais, au contraire, preuve d'imagination adaptative. Car « les faits sont têtus », et la situation va s'aggravant.

Nous suggérerions donc qu'à partir des défauts observés des dispositions soient prises et des moyens soient mis en œuvre pour les corriger ou les résoudre, sans présupposé doctrinal.

Ce travail d'adaptation est en chantier, au travers des SROS, en matière d'équipement du territoire en établissements de soins. Une démarche de même nature devrait être entreprise pour l'activité médicale hors établissements de soins. La structuration de l'offre de soins ne devrait pas concerner exclusivement le secteur hospitalier. Il faut reconnaître le rôle majeur que les cabinets médicaux, qui maillent le territoire, tiennent en matière d'organisation sanitaire afin d'y faciliter et d'y promouvoir la permanence des soins de première intention.

En ce sens, plutôt que de parler de la permanence des soins en général, nous avons recherché à explorer des pistes qui conduiraient :

- à améliorer les fonctionnalités des lieux de soins qui existent déjà
- à mutualiser les contraintes de gardes pour, à la fois, les alléger et les rendre plus performantes,
- à proposer un schéma d'organisation applicable à des zones géographiques définies afin de répondre aux demandes dans des registres clairement structurés en fonction de la nature sociale, sanitaire ou médicale du recours et de son degré d'urgence.
- à préciser les actions ordinales à conduire en la matière.

AMELIORER CE QUI EXISTE

I. Valoriser l'activité des cabinets médicaux.

Une part essentielle de la permanence des soins est assurée par l'activité quotidienne des cabinets de médecine générale et de médecine spécialisée lors des consultations, des visites, et des réponses aux urgences.

A - les implantations des cabinets médicaux

Il est clair que l'absence, la raréfaction et même la disparition de cabinets de médecine générale dans certains endroits va justifier la recherche de solutions nouvelles pour organiser la permanence des soins.

La régulation de la démographie médicale, qui apparaît aujourd'hui comme ayant été trop malthusienne, n'est cependant pas le seul facteur de désertification des régions rurales ou des zones suburbaines.

En zones rurales, la désertification médicale n'est que le reflet d'une désertification générale. 70% de la population française vit sur 20% du territoire. Il nous semble qu'une solution serait de faciliter la constitution de Maisons médicales qui s'implanteraient au centre d'une zone, par regroupement des professionnels de santé, en assurant le déplacement des patients.

Ceci par analogie à ce qui se passe, dans les faits, **en milieu urbain** où, notamment en médecine spécialisée, une tendance de plus en plus forte se manifeste pour aboutir au regroupement de praticiens de mêmes disciplines, de disciplines connexes ou totalement indépendantes. Cette tendance s'explique par des nécessités de rentabilité économique lors d'investissements lourds ou soumis à autorisation, par des soucis de gestion de personnels communs, par une qualité plus grande de vie professionnelle et privée. Nous pensons que des regroupements de cabinets généralistes se réaliseront progressivement, et probablement rapidement, en raison des mêmes contraintes et des mêmes désirs.

Il conviendrait d'accélérer cette évolution par des incitations fortes relevant des moyens d'équipement du territoire et des volontés de communautés de communes.

En zones suburbaines, la problématique est différente, puisqu'elle est liée à des surdensités de population en périphérie des villes, où la communautarisation, la précarité sociale, le chômage et la délinquance conduisent à des situations de marginalisation. Cette question dépasse très largement le cadre de ce rapport. L'implantation de cabinets médicaux par des incitations fiscales de zones franches a été imaginée. L'accompagnement des praticiens, à effet d'assurer leur sécurité, a également été proposé. Nous doutons que ces voies soient productives, elles risqueraient même d'accentuer un véritable effet ghetto. Pour nous limiter strictement à l'objet de notre travail, nous préconisons le transfert et l'accueil des patients sur des sites de consultations où la sécurité des personnes et des biens serait assurée.

B - le comportement des usagers.

Là où les implantations des cabinets médicaux permettent de couvrir les besoins, un autre type d'interrogation se fait jour.

Dans les activités programmées de ces cabinets de statut libéral, des sollicitations d'urgence s'insèrent en permanence. L'appréciation exacte du nombre de ces sollicitations est difficile mais il est sans doute du même ordre de grandeur que celle de la croissance régulière des activités aux services d'accueil des établissements de soins.

Les patients souhaitent une organisation programmée de leurs rendez-vous de consultation. Cette programmation représente aussi une amélioration dans la gestion de leur emploi du temps par les médecins. Cependant, de façon parallèle, les patients demandent aussi une réponse rapide, si ce n'est immédiate, à leurs demandes de visites ou de consultation sur-le-champ. Les déplacements en visite représentent, notamment en milieu rural, une charge croissante face à une démographie défavorable. Un développement particulier sur ce point est associé en annexe à ce rapport.

Ces insertions constituent une astreinte pour les cabinets médicaux qui en viennent à assurer des prestations de service permanent qui ne correspondent pas à des impératifs médicaux de permanence des soins. Ce surcroît d'activité devrait être identifié par une nomenclature spécifique.

C - les allocations de ressources.

Il faut pointer que les mécanismes imaginés pour contenir la croissance des dépenses de santé en médecine de ville, dès lors où ils se fondent sur des allocations globales et fermées de ressources, ne seront pas de nature à engager les médecins dans la permanence des réponses aux demandes

puisqu'ils pourraient être pénalisés financièrement, et a posteriori, pour avoir consacré davantage de temps pour satisfaire des besoins.

D - les fluctuations d'activité.

L'analyse horaire des flux de patients aux services d'accueil des établissements de soins est assez variable sur le territoire. Cependant, on constate assez fréquemment une recrudescence d'arrivées à partir des horaires de fermeture de cabinets médicaux. Cela tendrait à démontrer que ces accueils sont bien effectués en médecine de ville aux heures ouvrables et les jours ouvrés.

Cette dérivation des accueils vers « les urgences » est-elle une dérive ? Faut-il que les cabinets de ville soient ouverts plus longtemps ? Quels moyens faut-il déployer ?

En d'autres termes, le service de la santé publique demande-t-il d'accroître les capacités d'accueil des services porte certains jours et à partir de certaines heures ou faut-il faciliter d'autres formes de veille médicale lorsque les cabinets de ville sont fermés ?

II. Accroître la rapidité et la qualité des services d'accueil, et en faire des lieux de formation.

Les services d'accueil des établissements de soins représentent de véritables sas d'interface entre l'activité médicale du secteur ambulatoire et l'activité intra hospitalière.

Pour clarifier le problème et l'énoncé des solutions possibles, il faudrait distinguer les activités médicales et infirmières d'accueil et d'orientation des activités de soins d'urgence proprement dits.

La localisation hospitalière dominante de l'accueil et de l'orientation « aux urgences » découle d'un effet d'adresse connue de la population et de la mission historique d'asile et d'hébergement des « hôtel-dieu ». Les transformations radicales de l'exercice dit libéral et des activités des établissements de soins justifient une nouvelle organisation de ces prises en charge. Plusieurs choix sont possibles, mais ils renvoient tous à la définition du statut médical face à l'exigence de permanence des soins et à l'examen des allocations de ressource. Cela insinue qu'il faudra réviser la loi hospitalière de 1981 et les mécanismes conventionnels destinés à organiser les relations entre les médecins libéraux et les organismes de protection sociale.

Sans attendre la mise en place d'une révision de cette envergure, qui paraît pourtant inéluctable et d'un certain degré d'urgence, des actes volontaristes pourraient être posés :

- On pourrait considérer que l'activité d'accueil, malgré sa localisation, ne relève pas exclusivement du statut public. Puisque des dispositions réglementaires régissent les activités privées autorisées aux praticiens hospitaliers, d'autres dispositions pourraient être prises pour des praticiens de statut libéral qui interviendraient à ce titre pour l'activité d'accueil et d'orientation, dans le respect des dispositions des articles 78, 3^oalinéa, et 59 du CDDM. Les allocations de ressources pourraient provenir d'une participation associée des Caisses d'assurance maladie, via des fonds d'aide à la médecine de ville, et des Agences régionales d'hospitalisation.

- Ou bien on continue de considérer que l'activité d'accueil, en raison de sa localisation, reste essentiellement ou exclusivement de statut public. Il faudrait alors procéder au recrutement statutaire et non précaire de médecins, les ressources relevant des dotations budgétaires des établissements : comme les médecins libéraux, les praticiens hospitaliers doivent se trouver placés dans les conditions d'application des articles 71, 2^oalinéa, et 5 du CDDM.

Cependant, cette activité d'accueil, pour autant qu'elle réclamerait des besoins accrus à certaines heures ou certains jours, devrait être considérée comme une activité médicale générale qui relève des dispositions des articles 70 et 77 du CDDM. La spécialisation éventuelle des praticiens de l'établissement, dès lors où elle ne comporterait pas d'astreintes ou de gardes spécifiques, ne devrait donc pas devoir être opposée comme motif de dispense. Le CDDM est un principe d'unité de comportement et de devoirs des médecins qui est indépendant de leur secteur d'exercice ou de leur statut.

Ce lieu d'accueil devrait aussi être un lieu de formation obligatoire pour l'ensemble des étudiants en médecine, ce qui n'est peut-être pas le cas dans toutes les villes universitaires.

En effet, le choix précoce dans le cursus des études d'une filière de formation exclusive dans une discipline est un élément de désaffectation pour les « urgences générales », et il ne paraît pas admissible que n'importe quel médecin puisse ne pas connaître les conduites élémentaires à avoir en présence d'une situation médicale qui ne ressortirait pas directement de sa spécialisation. Ainsi, un stage obligatoire aux services d'accueil, d'une durée significative, devrait être inclus en début et en fin de cursus universitaire. L'étudiant stagiaire, en secteur d'accueil et d'orientation, devrait être encadré sur un principe du binôme de compagnonnage l'amenant progressivement à la pleine exécution d'actes élémentaires de prise en charge de patients, conformément aux principes prescrits par l'article 7 du CDDM. Ce stage représenterait rapidement un accroissement des effectifs des structures d'accueil, et apporterait une formation générale de l'ensemble des médecins du sol de France à l'organisation de la permanence des soins. Il faciliterait l'insertion ultérieure des médecins dans les structures de garde, dès lors où l'objection de non-compétence dans ce domaine ne pourrait pas être avancée.

III. Prendre en compte l'activité assurée par les cliniques privées et les hôpitaux locaux, tant en matière de soins programmés que de soins d'urgence, même lorsque ces établissements de soins n'ont pas le statut réglementaire de SAU ou d'UPATOU.

Si la loi dispose que, dans le cadre des SROS, les ARH décernent les accréditations des établissements de soins dans l'organisation territoriale des secours d'urgences, il n'en demeure pas moins que tous les établissements privés participent *de facto* aux besoins de couverture sanitaire et qu'ils sont sollicités pour accueillir rapidement des patients, notamment en matière chirurgicale, obstétricale, pédiatrique, urologique, cardiologique, psychiatrique et traumatologique. Cette activité comporte toute une organisation interne, associant d'autres praticiens extérieurs, couvrant non seulement la permanence des soins pour les patients déjà hospitalisés mais aussi des besoins d'urgence reposant sur l'accueil de patients adressés par des médecins-correspondants habituels de ces établissements.

Certes, la réglementation a prévu que des établissements non accrédités pouvaient passer des contrats relais avec les structures disposant du label de SAU, UPATOU ou POSU, mais nous suggérons que des **formes contractuelles simplifiées** puissent être proposées à des établissements de proximité qu'ils soient de statut libéral ou public.

C'est dans cette perspective que nous concevons l'implication des spécialistes de statut libéral dans la permanence des soins, puisque l'exercice de la médecine spécialisée ne peut pas être dissocié de l'utilisation d'un plateau technique qui tend à être de plus en plus développé.

Dans des secteurs où n'existent pas de cabinets spécialisés, notamment dans certaines régions rurales, des consultations avancées sur site pourraient être préconisées et éventuellement exercées par plusieurs spécialistes, y compris de spécialités différentes, sans qu'il s'agisse à proprement parler d'exercice en cabinet secondaire. Dans ce type d'activité, des contrats régleraient l'organisation pratique sous le couvert des dispositions générales du CDDM.

MUTUALISER LES CONTRAINTES

I. Améliorer les conditions de la veille médicale en médecine ambulatoire.

Depuis fort longtemps des organisations informelles de médecins assurent par canton, par secteur ou par quartier des « tours de garde ». Cette organisation informelle des praticiens libéraux entre eux est spécialement dédiée à la garde de patientèles.

Ces groupes de garde restent des organisations adaptées pour assurer la continuité des soins par accord entre confrères mais ils n'ont pas obligatoirement vocation à se trouver intégrés, contre leur gré ou en tout cas sans leur accord formel, comme structures de réponse à des appels référés par les centres de régulation des urgences.

On constate d'ailleurs que des démarches en ce sens ne sont pas réellement suivies d'effets ou contribuent à accentuer une désorganisation de la permanence des soins.

Injonctions, admonestations ou réquisitions sont de toute évidence inadaptées. Un système ne peut fonctionner que sur l'adhésion des acteurs.

Il faudra bien tenir compte du fait que les médecins, comme tout un chacun dans la société d'aujourd'hui, considèrent que leurs projets de vie privée sont tout aussi importants que leurs projets de vie professionnelle. La féminisation du corps médical a contribué à l'apport de cette sagesse. Ce fait sera irréversible. Il faut également tenir compte d'un réel et d'un vécu d'insécurité lors de déplacement en visite notamment la nuit ainsi que de l'absence de « récupération » après une nuit de garde.

Diverses formes de réponses peuvent être avancées :

A. Des groupes de garde pour des patientèles constituées.

Il existe une obligation réglementaire de faire figurer sur les ordonnances un numéro d'appel en cas d'urgence. De toute évidence le support de cette information indique qu'il s'agit bien d'une permanence des soins pour une patientèle.

Cette obligation a bien été respectée sur le plan formel, mais elle n'aboutit pas à une amélioration d'ensemble de la permanence des soins puisque les mentions peuvent renvoyer vers des associations d'urgentistes, le centre 15, voire des services hospitaliers.

Cette constatation illustre le caractère inopérant d'une mesure qui croit pouvoir résoudre une difficulté structurelle par la publication d'un arrêté.

Nous suggérons donc de laisser ces tours de garde s'organiser comme ils l'entendent, dans le respect de l'arrêté susdit, tout en incitant fortement leur transformation volontaire en associations qui pourraient s'impliquer à différents niveaux de permanence des soins.

B. Des Associations Libérales Locales d'Omnipraticiens de garde (ALLO garde) :

Une telle organisation serait similaire à celle qui est déjà réalisée par des Associations de médecins urgentistes, type SOS, qui se consacrent actuellement de manière exclusive à cette activité dans les grands centres urbains. Ces structures sont nées d'un besoin ou d'une désaffectation des autres médecins. Elles correspondent, notamment dans les grandes agglomérations, à une nécessité, soit comme réponse libérale initiale à une demande de soins, soit comme réponse à un appel référé par un centre de régulation. Les conflits entre les confrères ayant ce mode d'exercice exclusif en visite et les confrères prenant en charge les urgences dans le cadre de tour de garde par secteur se sont

largement estompés, du moins si l'on en croit l'interrogation des répondus des cabinets médicaux en dehors des horaires habituels d'ouverture.

Néanmoins, d'une part ce type de structure de réponse ne couvre pas tout le territoire et, d'autre part, là où il existe, il n'est pas à même de pouvoir toujours couvrir la totalité des appels dans des délais convenables.

Nous pensons qu'il faut favoriser **la constitution d'associations de ce type dans lesquelles chaque médecin adhérent n'y consacrerait qu'une activité partielle et programmée :**

- par attribution d'un numéro d'appel unique par secteur de garde, numéro ouvert à partir de certaines heures et certains jours, en assurant l'information de la population. Ce pourrait être une fonction assurée par une messagerie gérée par le conseil départemental de l'Ordre, comme cela est en cours de réalisation dans quelques départements. Cette messagerie pourrait, dans le même temps, diffuser des messages de pédagogie sur l'utilisation de l'organisation de la permanence des soins et des recours aux structures d'urgence.

- assurant une couverture de permanence médicale sur une zone géographique déterminée en fonction de la densité médicale, de la densité de population et de l'accessibilité. Il est malheureusement nécessaire de mentionner de nouveau le problème de la sécurité physique des médecins, car il serait inconvenant de leur rappeler ou de leur imposer un devoir de déplacement dans des secteurs où la puissance publique elle-même peine à assurer sa présence. Nous redirons donc que notre préférence va vers le déplacement des patients vers des lieux d'accueil, ce qui est une réponse indirecte à cette observation.

- pouvant passer contrat avec le centre 15, selon des conditions d'indemnisation d'astreinte à négocier par les organisations syndicales, afin d'être effecteur des appels qui en proviendraient,

- fonctionnant avec des praticiens qui auraient librement contracté entre eux selon les dispositions de l'article 91 du CDDM,

- pouvant faire appel à des remplaçants.

Il ne suffit cependant pas d'envisager cette éventualité mais de la rendre possible. Car :

- le nombre de remplaçants potentiels diminue par effet du numerus clausus,
- l'acceptation par les remplaçants de la participation à des contraintes de garde se fait de plus en plus rare,
- le remplacement d'un médecin par un étudiant non diplômé est une spécificité française qui ne résistera peut être pas à l'uniformisation européenne.

En attendant les effets d'une ouverture du numerus clausus qui ne produira ces effets que dans quelques années, nous suggérons que la gestion du remplacement se fasse en fonction des nécessités de la permanence des soins, qui en est la justification déontologique.

Les médecins participants à une « ALLO garde » pourraient avoir priorité pour se faire remplacer, non seulement à l'occasion de la garde mais aussi pour leurs activités programmées. Ce remplacement au sein d'une ALLO garde pourrait être complémentaire au stage obligatoire de fin d'étude aux services d'accueil des établissements.

Les possibilités d'inclure dans cette activité de remplacement des confrères ayant cessé récemment leur activité professionnelle régulière doivent être explorées.

Dans cet ordre d'idée des mécanismes incitatifs à la cessation progressive d'activité pourraient être mis en œuvre, afin de permettre aux confrères proches de la retraite de trouver des formes contractuelles d'association, avant succession. Une étude est en cours, au Conseil national, sur des possibilités nouvelles de départ et d'entrée dans la vie professionnelle, par le remplacement régulier, le contrat de collaboration, l'assistantat.

C. Des Antennes de Garde du Réseau des Urgences, (A.G.R.U) spécialement dédiées aux Soins Ambulatoires.

Une réflexion déjà ancienne, avec quelques expérimentations locales, s'est fait sur des CAPS. C'est peut être en raison de leur caractère expérimental que leur mise en place s'avère difficile : une façon de ne pas faire aboutir un projet est de le priver de ressources et de ne pas le mettre en perspective dans un schéma de cohérence.

En effet, une Garde de Ville s'organisant autour de lieux d'accueil susceptibles de recevoir des patients lorsque non seulement les cabinets médicaux sont fermés mais aussi les cabinets infirmiers, les centres radiologiques, les laboratoires suppose de **bien définir les objectifs assignés à cette structure de garde.**

Nous préférons donc parler **d'Antenne d'un réseau géographique**, car un réseau suppose l'existence de centres référents, tant privés que publics, et l'intégration d'autres professionnels que les médecins.

- Ces AGRU devraient donc être intégrées à un Réseau des Urgences et participer activement à son administration. En effet, s'il convient de hiérarchiser les réponses à apporter aux demandes des patients, cette hiérarchisation ne doit pas être décidée par une autorité hiérarchique mais relever du principe de subsidiarité. Il faut favoriser les organisations de proximité.
- Ces AGRU apporteraient une amélioration à la pénibilité des gardes pour les médecins et réduiraient l'insécurité.
- Ces AGRU devraient passer convention avec les structures d'accueil (SAU, UPATOU, POSU) mais également avec les établissements de soins qui n'ont pas ce statut, sous forme de contrats, permettant un accueil secondaire immédiat et facilité, avec une organisation de transferts secondaires médicalisés ou non.
- Ces AGRU devraient faire l'objet d'une reconnaissance administrative réelle avec un statut juridique spécifique. Ces AGRU pourraient relever d'un statut fiscal proche de celui des Associations avec exonération de certaines charges du droit commun.
- Ces AGRU pourraient avoir recours à un assistantat médical (ou médecin collaborateur à temps partiel) notamment à temps partiel, de même que l'activité des médecins installés pourrait s'y accomplir sur des temps de garde raccourcis.

Leur mise en œuvre nécessiterait :

Des moyens matériels auxquels pourraient participer divers fonds d'aide, dont le FAQSV en association avec l'ARH,

Des locaux. La participation des collectivités locales à l'aspect foncier et immobilier devrait être envisagée.

Des équipements, conformément aux dispositions de l'article 71 du CDDM. Pour les définir, sans prétendre recréer partout en France des unités d'urgence, il faudra prévoir **un encadrement réglementaire fixant les missions et les limites d'intervention de ces structures.** Cela représenterait une amélioration de la qualité et de la sérénité de l'activité des médecins ainsi qu'une plus grande sécurité physique et médico-légale.

Des formes nouvelles de rémunération, car l'astreinte devrait être indemnisée, en elle-même, de façon indépendante des actes dispensés.

Un **assistant médical** en général, et dans ces structures en particulier, nécessitera une réflexion de fond amenant à modifier les dispositions actuelles des articles 87 et 88 du CDDM. Nous avancerons les idées suivantes :

L'assistant, ou praticien associé à temps partiel,

Bénéficierait d'un engagement contractuel de durée déterminée sur un modèle type arrêté par le CNOM,

Il devrait y être prévu que ce praticien aurait un droit de préemption pour succéder ou s'associer à l'un ou l'autre des médecins libéraux ayant constitué l'association.

L'assistantat ne serait pas exclusif d'une autre activité libérale ou salariée.

Le ou les médecins associés à temps partiel seraient attachés à l'Antenne elle-même et non pas à l'un des médecins en particulier.

La durée hebdomadaire de l'activité de ces assistants dans l'Antenne ne devrait pas être supérieure à un certain pourcentage par rapport à celle de l'ensemble des médecins de l'association.

II. Prendre en compte les particularités et les difficultés spécifiques de l'exercice en milieu rural.

Si des cabinets médicaux dispersés se regroupaient en Maison médicale ce qui vient d'être exposé pourrait s'appliquer en exercice rural. Des cabinets d'autres professionnels de santé pourraient s'y associer.

Les modifications de densité médicale auxquelles nous assistons risquent de s'accroître dramatiquement en milieu rural et suburbain au point d'entraîner une véritable désertification, cette nouvelle organisation de l'implantation des cabinets libéraux serait de nature à améliorer la situation.

Des moyens contraignants de planification, comme des restrictions au conventionnement avec les caisses d'assurance maladie, afin d'orienter les installations libérales, ne reçoivent pas notre approbation, car il y aurait confusion des genres : les politiques à conduire en matière d'équipement du territoire en moyens médicaux ne relèvent pas de la compétence des conseils d'administration d'organismes d'assurance quels qu'ils soient.

Parmi des mesures à prendre d'urgence, une facilitation du remplacement pourrait être obtenue par une gestion des licences qui soit fonction des besoins de santé publique et non pas des seules convenances des remplaçants, comme nous l'avons écrit plus haut.

La participation de médecins récemment retraités représenterait aussi, au moins dans l'immédiat, une possibilité qu'il ne faudrait pas négliger, pour peu que cela ne soit pas rendu impossible par les caisses de retraite ou par des difficultés de couverture en matière de responsabilité civile.

Nous proposerons également, afin de répondre à la permanence des soins les jours ouvrés dans des endroits reculés ou d'accès difficile, l'ouverture d'une consultation qui pourrait être tenue alternativement par plusieurs médecins installés dans la zone limitrophe, leur exercice étant alors assimilé à une prolongation de celui de leur cabinet habituel avec un exercice à temps partiel en association (scm, scp, mise en commun des honoraires ?). Ceci pourrait être assorti d'une application dérogatoire d'indemnités de déplacement appliquée aux consultations.

La création de Maisons médicales, avec possibilité de remplacement et d'assistantat, serait certainement une solution plus pérenne, permettant de mutualiser les contraintes sur un bassin d'attraction, à la condition que des moyens de déplacement des patients puissent être organisés.

Ces regroupements de cabinets médicaux pourraient, dans ces conditions, avoir le statut d'AGRU, avec les avantages qui ont été évoqués plus haut, en ayant par ailleurs toutes les activités libérales habituelles.

Ceci permettrait sans doute une attractivité plus grande de l'exercice en milieu rural ou suburbain, dès lors que cet exercice n'impliquerait pas de résidence et où la contrainte se limiterait, en dehors des activités programmées, à assurer une garde occasionnelle sur le site du cabinet médical.

REPONDRE AUX DEMANDES DANS DES REGISTRES CLAIREMENT DEFINIS.

I. Comment poser le problème ?

Nous introduirons ce chapitre par un paradoxe.

En effet, nous pensons que plus les demandes sont confuses plus les réponses devraient être claires en démêlant ce qui relève du social, du sanitaire et du médical, même si une coordination des moyens doit être réalisée entre ces différents aspects de protection sociale.

Cette entreprise de clarification s'avère particulièrement nécessaire lors des réflexions sur la permanence des soins. En effet, les propositions dérivent souvent de l'organisation des gardes pour répondre aux urgences vers des scénarios d'ouverture « non-stop » de structures médicales pour répondre à la survenue d'événements imprévus dans le cours ordinaire de la vie, sans que les solutions à apporter n'aient de caractère urgent, quand elles ne correspondent pas à de simples commodités d'usage, à des heures où seules les urgences devraient être assurées.

Alors que l'on discute abondamment de régulation de l'offre, nous pensons qu'il faudrait d'abord réguler la demande.

- Toute activité médicale est par nature une activité régulatrice puisqu'elle indique ou propose une conduite à tenir après avoir suivi une démarche diagnostique dans un registre structuré en fonction du savoir, des possibilités et de l'urgence. Si tout appel doit recevoir une réponse, conformément à l'article 7 du CDDM, y répondre n'est pas acquiescer en entérinant ipso facto la qualification d'urgence souvent avancée par le patient.

Cette régulation est une vocation princeps de la médecine générale, selon les principes déontologiques des articles 32, 33 et 60 du CDDM, principes qui supposent les mêmes implications de la part des médecins spécialistes, dans le sens d'une collaboration au service du malade, telle qu'elle est définie par l'article 64 dudit Code.

- Cependant, dans une dimension sécuritaire dont il faut reconnaître toute l'importance, la réglementation a dévolu aux Centres 15 une mission de service public : répondre aux appels qui y arrivent et déclencher de façon appropriée et coordonnée une **intervention médicale ou médicalisée lorsqu'elle est urgente**. En fait, on constate que seuls 2,9 millions d'appels sur les 10,7 millions qui ont été enregistrés dans les centres 15 en 1997 ont justifié l'intervention d'un médecin, soit un peu moins de 30% et que la croissance du nombre des appels augmente de 10% par an dans les grandes villes.

Il existe donc apparemment un problème majeur d'information pertinente et d'éducation sanitaire des appelants. A cet égard nous ferons cependant observer que le renvoi d'appels vers des centres 15 par les répondants de cabinets médicaux est contre productif puisqu'il conforte la population dans son comportement. Il nous a paru important de souligner cette contradiction dans les discours.

Les réponses organisationnelles à cette vue d'ensemble ne peuvent pas être les mêmes dans les mégapoles, les grandes villes et les petites communes du milieu rural. Elles ne demandent pas, non plus, les mêmes moyens selon les moments de la journée. Elles doivent par conséquent être adaptées selon les moments et la géographie.

L'esprit de l'article 8 du CDDM devrait faire école près des décideurs, dès lors où il conviendrait que la puissance publique envisage, elle aussi, de « limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. ».

Il est d'ailleurs instructif de relire l'article L 712-1 du Code de la santé publique qui indique que « la carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire ont pour objet de **prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins**, en vue de satisfaire de manière **optimale** la demande de santé [...] sur la base d'une **mesure de besoins de la population** et de leur évolution, compte tenu des **données démographiques** et **des progrès des techniques médicales** et après **analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante** ... »

Ces dispositions ne devraient rester dans le formalisme réglementaire, forme élaborée de la « langue de bois », mais se faire opérationnelles, en distinguant très clairement ce qui relève d'une prise en charge médicale couverte par l'Assurance maladie de ce qui relève de l'action sanitaire et sociale ou encore de la sécurité publique dont sont chargé l'Etat et les collectivités locales.

II. Comment le résoudre ?

A. Les grandes villes : est-il envisageable de réguler ce qui ne relève pas de l'urgence proprement dite ?

Le 15 répond quand « ça » ne répond pas ailleurs, même si l'appel du patient est inapproprié. La formation et l'information des usagers au bon usage des recours à ce système de veille sanitaire seront complexes car les appels peuvent relever d'un « état de crise », de sentiments d'urgence ressentie. Ils peuvent aussi traduire des isolements, des enfermements psychologiques, des raptus diffus de mal-être qui n'ont pas trouvé d'écoute autrement. Mais ils peuvent aussi relever aussi d'une tendance consumériste affranchie de toute contrainte.

Il nous paraît inexact d'affirmer, comme on l'entend parfois, que la croissance constante des appels au 15 n'est que le reflet ou la conséquence d'une carence de la médecine de ville.

En effet, le domaine sanitaire n'échappe pas à l'attrait qu'exerce sur les consommateurs la concentration des moyens dans des espaces de grande distribution, et dans l'image positive - d'ailleurs parfaitement justifiée - dont sont revêtus les Centres Hospitaliers. Le problème n'est donc pas relatif à l'efficacité du dispositif qui est certaine en matière d'urgence. Ce sont les dévoiements auxquels cette organisation donne lieu qui créent problème dès lors où **les demandes des patients ont largement débordé la vocation première des centres 15 qui concerne la régulation des urgences, en lien avec le numéro 18 des services départementaux d'incendie et de secours, et non pas l'organisation d'une permanence ouverte à tous les types de soins.**

L'éducation sanitaire des appelants ne pourra pas reposer uniquement sur des messages faisant appel à la raison. Elle devrait comporter un volet d'écoute sur la souffrance psychique ou d'une sorte de souffrance sociale, avec les orientations médico-sociales qui en découleraient. Ne devrait-elle pas comporter aussi un volet de responsabilisation individuelle ?

Il est clair que les centres 15 ne peuvent pas fonctionner avec efficacité sans structures effectrices ayant, pour chacune d'elles, des missions différentes et, pour celles qui ont une mission médicale des niveaux de soins complémentaires et différents.

Faut-il, pour autant, renvoyer des demandes de soins qui n'ont rien d'urgent vers des structures de garde extérieures au secteur d'hospitalisation ? Nous pensons que non. Il faut, au contraire, réserver absolument toutes les organisations de garde à la solution de situations qui ne peuvent pas attendre. En effet, renvoyer toutes les demandes vers des structures de garde ambulatoires ne ferait que déplacer le problème de l'hôpital vers la ville sans pour autant le résoudre, et accentuerait la confusion entre réponse aux urgences et réponse permanente à toute sollicitation.

B. L'exercice médical dans les centres de régulation et les structures effectrices : une activité professionnelle d'utilité publique et d'intérêt collectif.

Nous proposons de favoriser l'association, dans un **cadre contractuel**, de personnes et de structures de droit privé et de droit public.

Nous avons dit, dès notre introduction que nous pensions que la condition d'efficacité d'une organisation était son **adéquation aux réalités des bassins de vie. La coordination contractualisée des activités des divers intervenants nous semble essentielle afin de permettre des adaptations souples dans la durée.**

Il nous semblerait donc inapproprié de fixer des rigidités en organisant une nouvelle entité de service public, comme cela a été parfois avancé. Il faudra, par contre, définir dans un cadre contractuel la mission d'utilité publique que remplit la garde assurée par les médecins libéraux.

Comme les médecins généralistes sont les chevilles ouvrières de la sécurité sanitaire par zones géographiques précises et ont une connaissance irremplaçable des réalités humaines dans leur secteur d'activité, il convient impérativement non seulement de les encourager sur le terrain à une fonction effectrice, comme nous l'avons exposé, mais aussi de les faire participer à la régulation des appels dans les centres 15.

Cette participation ne doit pas être vécue par les médecins du corps hospitalier comme une intrusion dans leur domaine de compétence, ni par les médecins libéraux comme une activité purement supplétive à un déficit dans le nombre de confrères hospitaliers pour assurer cette fonction. Nous savons que ces réticences ont pu être levées en de nombreux endroits en raison de liens personnels et amicaux. Cela est tout à fait réconfortant.

Cependant des moyens plus structurés devraient être prévus afin de pouvoir assurer la pérennité de cette participation.

Nous relèverons bien sûr, pour ce qui concerne les praticiens libéraux, que le tarif des vacations hospitalières ou les tarifs de la NGAP peuvent expliquer une désaffection. Une participation à une activité d'intérêt public devrait être valorisée par l'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de protection sociale. Cette activité doit être socialement reconnue puisqu'elle est socialement nécessaire. Il relève des compétences des partenaires sociaux et des représentants de l'Etat ou des collectivités territoriales d'en imaginer les dispositions financières, tant pour ce qui concerne l'activité dans les centres 15 que les astreintes et les actes médicaux en garde.

De même, les médecins hospitaliers en charge du fonctionnement des services d'urgence des hôpitaux devraient avoir des perspectives non précaires de carrière.

Enfin, il faut reconnaître dans cette activité la place importante que tiennent les médecins des sapeurs-pompiers dont les missions sont essentielles dans l'organisation des secours d'urgence sur la voie publique dans les accidents et catastrophes.

C. La régulation et la prise en charge médicale des urgences proprement dites.

Répetons le, la vocation des centres 15 et des appels au 18 ne concerne que la régulation des urgences afin d'organiser leur prise en charge médicale.

L'état a voulu créer les conditions de sûreté sanitaire en matière d'urgences chirurgicales ou médicales en constituant des services d'assistance mobile et en arrêtant une réglementation

applicable aux établissements de santé selon le niveau de leurs compétences d'accueil, SAU, UPATOU, POSU. L'accès à ce système de secours d'urgence est organisé par les centres de réception et de régulation des appels médicaux (CRRAM) dotés du numéro d'appel 15, en connexion avec le 18 des services départementaux d'incendie et de secours.

Ce schéma d'organisation répond assurément aux besoins en matière d'urgence, selon les principes d'accessibilité, de subsidiarité, de complémentarité et de qualité que nous avons déjà énoncés. Son application, par l'autorité des ARH, a plus ou moins résolu, malgré des difficultés locales, le volet hospitalier.

Mais, dans ce schéma, il était supposé, puisque la réglementation est muette sur ce sujet, que les médecins du secteur libéral répondraient, sans qu'il ait été jugé utile de déterminer comment, aux appels qui leur seraient référés par les centres de régulation par la simple application, fut-elle sans moyens spécifiques, d'obligations déontologiques.

Il nous paraît regrettable que le niveau de recours à la médecine ambulatoire ne soit pas expressément prévu, avec les moyens opérationnels y afférents, dans le dispositif d'ensemble. En effet, le médecin régulateur, à partir d'une sémiologie téléphonique, doit définir le type de secours et déclencher une réponse. Cette réponse relève le plus souvent d'un secours ambulatoire, étant entendu que l'évaluation initiale pourra toujours être rectifiée soit par le médecin de premier recours soit par les praticiens de l'unité mobile hospitalière qui aura été dépêchée sur place pour des situations plus immédiatement graves.

Il est tout à fait clair que les centres 15 ne peuvent pas fonctionner sans « médecins effecteurs » ayant des fonctions différentes selon le niveau de technicité des soins requis.

La détermination de la réponse médicale dépendant de la nature de la cause de l'urgence et de son degré de gravité individuelle ou collective la régulation est un préalable indispensable à tout déclenchement des dispositifs opérationnels et des moyens humains.

Cette régulation se fonde sur une classification communément admise :

les urgences de niveau 1, ne justifiant pas l'accès à un plateau technique en urgence,

les urgences de niveau 2, n'engageant pas le pronostic vital et à pronostic stable mais nécessitant un accès à un plateau technique,

les urgences de niveau 3, à pronostic instable nécessitant l'accès rapide à un plateau technique parfois spécialisé,

les urgences de niveau 4, engageant le pronostic vital nécessitant une intervention d'urgence avec une mise en alerte d'un SMUR,

les urgences de niveau 5, situation d'extrême urgence nécessitant en l'attente de l'arrivée du SMUR des gestes symptomatiques de réanimation destinés à préserver le pronostic vital.

Nous y associerons les situations de secours collectifs dans les accidents, les sinistres, les incendies et les catastrophes qui mêlent sur le même champ d'intervention des urgences de niveaux variables.

Les dispositifs opérationnels à prévoir doivent être clairement établis en fonction de cette grille. Mais ces dispositifs ne pourront pas être déterminés sans que les médecins libéraux, et notamment les médecins généralistes, n'aient été associés à leur élaboration puisque ce seront eux qui, dans la plupart des cas, seront sollicités dans leurs premières applications.

1. Assurer l'urgence est la vocation de tout médecin, dans un schéma d'organisation qui soit cohérent, puisque schéma d'organisation il y a.

C'est donc **la profession dans son ensemble, et notamment à l'échelon régional puisque les schémas le sont**, qui se doit d'examiner avec la puissance publique comment chaque structure et chaque acteur pourra remplir la mission qui est la sienne.

C'est particulièrement ici que l'Ordre peut et doit exprimer un point de vue qui se veut trans-sectoriel. Pour autant, l'Ordre n'entend pas méconnaître les compétences propres des services d'urgences, des autres organisations professionnelles et notamment celles des Unions régionales des médecins libéraux, des associations d'urgentistes, des services de l'Etat.

L'Ordre est le lieu institutionnel où pourrait s'accomplir une synthèse des opinions qui puisse dépasser des conflits de pouvoir ou d'intérêts des structures ou des individus, afin de garantir à l'ensemble de la population un égal accès aux services de soins d'urgence ainsi que la qualité de ces soins.

Ce ne sont que les intérêts de santé du patient qui doivent être pris en compte.

a. Une appréciation d'ensemble.

Des études effectuées, notamment par les URML d'Ile de France et de la région PACA, montrent que le premier recours est dans plus de la moitié des cas effectué près du médecin généraliste ou d'un médecin de garde du secteur libéral, SOS inclus (pour 21% des appels en Ile de France). Les deux tiers des confrères libéraux déclarent participer à un système de garde.

Cette appréciation d'ensemble nécessite cependant des ajustements qui sont fonction de la taille de l'agglomération, de l'âge du patient, de la catégorie socioprofessionnelle, de la pathologie, de l'âge du médecin, de la proximité d'un établissement d'accueil. Des éléments d'ajustement de même type s'appliquent quant à la participation des médecins à un système de garde, l'implication étant plus forte chez les confrères les plus jeunes, ayant reçus pour 80% d'entre eux une formation aux urgences durant leurs études, et chez les confrères exerçant dans les petites agglomérations ou en milieu rural.

En associant l'ensemble des moyens de veille, médecine libérale, services de prompt secours, SOS et SAMU, l'appréciation portée par les usagers est celle de la satisfaction neuf fois sur dix. Dans l'ensemble, il n'existe donc pas actuellement de ressenti de manque.

Ces données sont plutôt réconfortantes, en dépit du désordre structurel du système de soins. Nous pressentons cependant qu'une désaffection des praticiens du secteur libéral pourrait s'amplifier rapidement si cohérence organisationnelle, considération du travail effectué et juste rétribution n'étaient pas rapidement mises en place.

Tous les efforts doivent donc tendre :

à produire une parfaite lisibilité pour les patients des voies de recours **aux soins d'urgence**,

à reconnaître concrètement la place incontournable de la médecine générale et la plasticité qu'elle peut permettre,

à organiser entre elles les structures publiques et privées allant du cabinet de médecine générale au service hautement spécialisé selon les besoins de soins du patient et **en fonction de territoires, au sein même d'une région.**

b. Dans les centres urbains,

Les médecins cherchent à se décharger des activités non programmées sur des médecins urgentistes qui se sont précisément organisés pour couvrir ce champ d'activité,

Les SAU sont en prise à un flux régulièrement croissant de consultations directes,

Les appels au 15 suivent le flux constaté dans le SAU,

La couverture de l'urgence vitale est immédiatement assurée par le SMUR,

L'insécurité est un facteur à prendre en compte dans un schéma d'organisation.

Nous avons largement développé plus haut un modèle possible d'organisation avec des tours de garde pour patientèle, le recours aux associations SOS et ALLO-Garde, et la mise en place d'AGRU. Pour ne pas nous répéter, puisque la mise en perspective est assez claire, nous y renvoyons le lecteur attentif.

Ces formes d'organisation répondraient parfaitement aux urgences des niveaux 1 et 2, le niveau 2 étant plus précisément celui d'une AGRU.

Nous voudrions faire dans ce chapitre mention des médecins spécialistes libéraux face à la permanence des soins. L'exercice spécialisé, en pratique libérale et en situation d'urgence, relève en fait des structures privées d'accueil.

Notre propos n'est pas de parler ici de structures privées qui pourraient avoir statut réglementaire de SAU, UPATOU ou POSU.

Nous souhaitons seulement proposer que le contrat relais prévu par l'article L 712-68 du Code de la santé soit étendu, sous des formes de contraintes simples correspondant aux niveaux 2 et 3 de la classification des urgences, aux établissements privés. En effet, dès lors où l'évaluation d'une situation médico-chirurgicale réelle a pu être effectuée, le transfert des patients nous semble devoir pouvoir s'effectuer tant vers des structures d'hospitalisation publique que vers des structures privées.

La seule question qui se pose pour ces niveaux d'urgence est de savoir si les praticiens qui exercent dans les établissements de soins peuvent recevoir et traiter le patient.

Naturellement, il serait impossible d'entreprendre la recherche au cas par cas de la bonne disposition d'un établissement et d'un praticien. Aussi le recensement des établissements éligibles à l'accueil de patients référés, c'est à dire ceux d'entre eux qui disposent déjà d'une astreinte interne et qui pourraient avoir des possibilités d'admission en urgence, devrait permettre aux ARH d'ouvrir des possibilités dépassant le recours à des formes privées spontanées.

Il nous paraît absurde et inconséquent que des spécialistes libéraux de garde ou d'astreinte en ville ne soient pas sollicités par le dispositif de veille d'urgence, alors qu'eux même et les structures dans lesquelles ils exercent auraient été disponibles. Or cela n'est pas exceptionnel. Cela représente un facteur de désaffection pour les gardes spécialisées, notamment en milieu urbain où l'engorgement des urgences hospitalières publiques est précisément le plus grand.

C'est dans un type d'association contractualisée avec le SAU ou l'UPATOU, que devrait se concevoir la participation des spécialistes libéraux à la permanence des soins, à cahier des charges négociées et définies clairement.

c. En milieu rural.

Nous renvoyons le lecteur en annexe et page 21, où nous avons développé des propositions sur des formes d'organisation en Maisons médicales pouvant avoir statut d'AGRU. Dans cette optique, et plus encore qu'en milieu urbain, il faut prévoir des transports sanitaires car le recours médical s'effectue sur un habitat dispersé et concerne une population vieillissante d'autonomie personnelle réduite.

Les déplacements de praticiens en visite devraient ne concerner que des situations d'urgence, justifiant une nomenclature spécifique adaptée aux difficultés d'accès et au temps de déplacement. En effet, les difficultés de réponses aux urgences peuvent tenir à la géographie et aux distances qui fixent un délai incompressible entre l'appel et l'arrivée d'un SMUR, ce qui doit justifier, pour ces « zones blanches », que **des médecins libéraux, regroupés en Association ou au sein d'AGRU, aient statut et fonction de médecin-correspondants ou médecin-associés du SAMU.**

2. Un schéma cohérent d'organisation ne concerne pas uniquement les activités médicales. Il doit nécessairement inclure la participation d'autres professionnels notamment en phase préhospitalière et en phase de transfert.

Nous voulions faire cette mention, sans la développer dans le cadre de ce rapport qui est consacré aux activités médicales, car le dispositif général de régulation des urgences doit inclure les interventions des pompiers et l'ensemble des transports.

Cela permet de souligner l'importance opérationnelle que devraient avoir les Comités départementaux d'aide médicale urgente qui, par leur composition, réunissent l'ensemble des acteurs territoriaux concernés par les secours d'urgence.

Il faut réanimer les CODAMU.

FORMATIONS AU TRAITEMENT LES URGENCES

Nous avons pensé qu'il était indispensable d'insérer dans ce rapport un chapitre sur la formation au traitement des urgences afin d'en souligner l'importance et en envisager divers aspects. Cependant notre propos sera volontairement schématique car il mériterait en lui-même une étude spécifique.

1- La formation initiale.

La confrontation à un appel d'urgence est toujours une source d'appréhension pour le médecin nouvellement installé : la réalité des urgences de ville n'est pas aussi pure que les descriptions sémiologiques qui ont été apprises et les moyens de prise en charge ne sont pas ceux de l'environnement sécurisant de la structure hospitalière.

On fait d'abord seul, et il faut faire bien.

A cet égard, le stage de fin de troisième cycle chez le praticien ne serait formateur que si le maître de stage participait lui-même aux astreintes de gardes générales, ce qui n'est pas toujours le cas en milieu urbain. Un passage de l'étudiant en fin de cycle dans une organisation ALLO garde et AGRU, même brièvement, en complément d'un stage aux urgences hospitalières pourrait être préconisé.

Nous pensons qu'il serait utile qu'il en soit de même pour ceux des étudiants qui auront été admis dans une filière spécifique de spécialisation par l'internat qualifiant.

2- Formation continue et évaluation des pratiques professionnelles.

L'article 11 du CDDM fixe un devoir de formation continue. Il incite aussi à la participation aux évaluations des pratiques professionnelles. Ces deux aspects sont intimement liés. Nous regrettons qu'ils aient trop souvent une forte charge normative et nous en faisons une autre lecture :

En ce qui concerne l'évaluation, nous pensons, pour notre part, que celle-ci doit être entendue comme un moyen d'améliorer l'efficacité des prises en charge médicale dans l'ensemble d'un système de soins. Ces évaluations devraient donc s'appliquer à l'examen de la cohérence des dispositifs opérationnels sur une région avec la participation active de l'ensemble des acteurs. Manière de dire que cette évaluation ne saurait être segmentée entre l'exercice hospitalier et l'exercice ambulatoire. Les études à entreprendre à ce titre devraient donc être conduites de manière collégiale, sur un territoire déterminé, afin que ces évaluations ne puissent pas avoir des connotations de réquisitoires ou de plaidoyers et soient bien le reflet de l'ensemble des pratiques professionnelles en

situations concrètes. A cet égard, les conseils départementaux et leurs coordinations régionales devraient contribuer, parmi l'ensemble des acteurs, aux élaborations méthodologiques nécessaires.

En ce qui concerne la formation continue, son contenu et ses moyens doivent découler des constats que l'évaluation collégiale aura permis. Evidemment elle comportera une part d'acquisition de nouvelles connaissances scientifiques ou techniques mais, plus encore, elle devrait aboutir à l'élaboration de référentiels pratiques, en fonction des situations territoriales, de leur démographie et de leurs équipements.

Comme pour l'évaluation, la formation continue devrait être organisée par des structures collégiales s'impliquant dans :

des formations générales, d'actualisation des connaissances sur l'ensemble des champs de pathologies d'urgence. Nous mentionnerons que cela devrait permettre aux confrères qui s'étaient éloignés de ces réalités de pouvoir effectuer une remise à jour de leurs connaissances afin de pouvoir réintégrer sans difficultés les organisations de garde.

des formations spécifiques, en mentionnant particulièrement les soins psychiatriques mais également toutes les formations dont l'utilité aura pu être décelée par les processus collégiaux d'évaluation.

3- La médecine d'urgence : une spécialité ?

Ce que nous venons de rapporter plaide pour une grande diffusion des connaissances en matière d'urgence dans l'ensemble du corps médical. Ces connaissances mériteraient aussi d'être diffusées à l'ensemble des professionnels de santé, surtout dans les perspectives d'un exercice en réseau d'urgences.

Pour autant cette volonté de généralisation n'est pas antinomique avec la reconnaissance des nécessités de professionnalisation. Cela est très clairement le cas pour les urgences réanimatoires qui relèvent bien de compétences particulières. La Médecine d'Urgence est bien alors une spécialité, d'ailleurs reconnue comme telle dans les faits hospitaliers et universitaires.

En d'autres termes, une spécialisation en médecine d'urgence ne pourrait être envisagée qu'en relation avec un certain niveau de technicité, les autres prises en charges relevant de l'exercice général de la médecine avec le concours associé de spécialistes d'organes ou d'appareil, conformément aux précisions de l'article 33 du CDDM.

4- Des équipements opérationnels pour des missions bien définies.

Répondre aux urgences suppose, nous venons de le dire, de connaître les maladies et les syndromes et de se former constamment à leurs prises en charge médicale. Mais cela suppose aussi des équipements pour résoudre le problème immédiat, permettre un transfert dans des conditions optimales de sécurité ou effectuer des gestes de réanimation en attente de secours appropriés.

Si l'on veut organiser des réseaux structurés, il est très important, nous semble-t-il, de définir le plus exactement possible les équipements des médecins intervenants aux différentes étapes. Cette définition des moyens nous paraît d'autant plus importante que la responsabilité médicale, lorsqu'elle est mise en cause, concerne précisément l'adéquation des moyens mis en œuvre.

La définition de ces moyens ne relève pas directement des compétences ordinales mais, puisque les articles 70 et 71 du CDDM s'y réfèrent, l'Ordre devrait être associé à l'élaboration de ces précisions techniques pour ce qui concerne les missions d'utilité publique qui sont remplies dans l'urgence par :

- le médecin à domicile en ville,
- les médecins dans une AGRU,

- le correspondant du SAMU en campagne,
- les médecins spécialistes en cabinet ou appelés en visite,
- les médecins recourant aux plateaux techniques,
- les équipements des transferts sanitaires.

5- Quelques observations relatives à l'éthique, la déontologie et le droit.

Le cadre de ce rapport ne peut pas se prêter à des développements suffisants sur l'information du patient, le recueil du consentement, le secret professionnel, le transfert d'information.

Mais comme nous n'ignorons pas que ce sont des points essentiels dans la permanence des soins et dans les situations d'urgence, nous suggérons que ces questions complexes fassent ultérieurement l'objet d'une réflexion complémentaire et spécifique.

ACTIONS ORDINALES A CONDUIRE

Les propositions que nous avons faites ne pourront aboutir que si elles sont soutenues. Ce soutien pourrait se faire dans trois directions et à trois niveaux.

Trois directions :

Agir près des pouvoirs publics et des autorités sanitaires,
Associer les usagers et leurs associations,
Faciliter les exercices médicaux.

Trois niveaux :

Etre opérationnel au niveau des départements, au plus près des réalités locales,
Participer à l'élaboration des décisions d'organisation prises au niveau régional,
Arrêter des principes et tracer des perspectives cohérentes au niveau national.

Conduire des actions près des pouvoirs publics et des autorités sanitaires

Au niveau national

Des principes. La permanence des soins est un principe d'unité du corps médical. Il concerne tous les médecins, qui y sont impliqués à des titres et pour des activités diverses en relation avec leurs compétences.

Des perspectives. Nous avons essayé de les tracer au long de ce document : une organisation d'ensemble, des moyens humains, matériels et financiers. Elles doivent impérativement tenir compte des perspectives démographiques, de la sécurité, de l'équipement du territoire, de la formation des professionnels. Si un Schéma National est indispensable, il nous paraît clair que les moyens qu'il devrait prévoir ne se déclineront avec efficacité qu'au niveau des régions, où devrait être constitué un Comité permanent de suivi et d'adaptations du SROS.

Réviser et adapter d'anciennes dispositions réglementaires concernant les remplacements et les possibilités d'assistantat. Faire une déontologie opérationnelle et non pas incantatoire.

Examiner avec le Ministère de la Santé et celui de l'Intérieur quelles instructions précises devraient être données aux Préfectures pour que soient prévus des moyens propres à assurer la sécurité de l'ensemble des corps sanitaires.

Au niveau régional

Assurer une présence ordinaire dans les contacts et coopérations inter-institutionnelles : URML, ARH et DRASS, URCAM, ORS, Hôpitaux et Etablissements privés, Conférences régionales de santé ...

Participer à la mise en place de réseaux selon les « pays », en incitant les médecins à s'organiser eux même en recourant notamment pour le secteur libéral au FAQSV. Avoir une fonction fédératrice autour des thèmes majeurs retenus par la Conférence régionale de santé : les personnes âgées, la dépendance, le handicap, le maintien à domicile, les soins palliatifs ...

S'impliquer dans l'élaboration de référentiels adaptés aux particularités démographiques, aux moyens et aux équipements. Veillez aux évaluations dans une perspective trans-sectorielle secteur libéral-secteur hospitalier puisque le patient passe d'un secteur à l'autre selon les moments et les besoins de son état médical. Aider à l'émergence d'organisations collégiales d'évaluation par grandes disciplines.

Au niveau départemental

Etre un observatoire des réalités avec leurs dimensions humaines, et servir de médiateur,

Rappeler que l'article 9 du CDDM est subordonné à l'article 223-6, alinéa 2, du Code pénal qui n'impose l'assistance d'un médecin « *que, sans risque pour lui ou pour les tiers* » et assurer, là où cela est nécessaire, la sécurité physique des médecins de garde par la coopération avec le 17, comme le font la nuit les pharmacies de garde. (Se reporter également en annexe.)

Réanimer le CODAMU.

Conduire des actions près des usagers et de leurs associations

L'objectif essentiel est de donner à tous les niveaux de communication une parfaite lisibilité sur la permanence des soins, les urgences et le recours médicosocial. Il y a des messages nationaux. Il y a surtout des messages locaux selon les réalités de terrain.

Au niveau national

Communication médiatique du CNOM : du bon usage du système de soins,

Contacts avec les associations nationales de malades et d'usagers.

Au niveau régional

Des campagnes ciblées en lien avec les ORS, les Conférences régionales de santé,

Etre présent et à l'écoute des associations pour pouvoir être écouté.

Au niveau départemental

Contact avec la presse,

Messagerie ordinaire ...

Faciliter les exercices médicaux

Au niveau national

Un résumé idéal : Des médecins en nombre suffisant, compétents, organisés et disponibles, avec des organisations professionnelles impliquées dans la gestion des réalités (les personnes et les structures) par bassin de santé.

En ce sens, susciter un Schéma National d'organisation de la permanence des soins, avec la constitution, dans chaque Région, d'un Comité permanent de suivi et d'adaptation du SROS qui soit susceptible de fédérer les institutions et les professionnels pour faire aboutir des projets territoriaux opérationnels dans lesquels la médecine ambulatoire tiendrait toute sa place.

Il est essentiel de ramener la sérénité dans les exercices médicaux : les difficultés auxquelles se trouve confronté le système de santé dans son organisation centralisée et son financement ne proviennent pas de carences ou d'insuffisances professionnelles. Des contrôles et des évaluations trop générales aboutissent à des crispations et à des désengagements et non pas à une amélioration des prises en charges individuelles et collectives.

Utiliser le tableau comme un observatoire national de la démographie par grands champs de disciplines, et appeler fortement l'attention des pouvoirs publics.

Promouvoir les possibilités d'acquisition de nouvelles compétences, et leur reconnaissance officielle, tout au long de l'activité professionnelle, en validant les acquis professionnels. Les commissions ordinales de qualification doivent être maintenues pour ce faire. Par sa gestion du Tableau, l'Ordre doit permettre de faire état d'un nouvel exercice par un médecin dès lors où il a acquis de nouveaux savoirs ou savoir-faire : ce sont les objectifs essentiels qui devraient être assignés à la formation médicale continue. Celle ci doit se défaire de toute connotation de contrôle et être un outil d'ouverture, de promotion et de changement d'activités professionnelles. A cet égard, la constitution de collèges professionnels de formation et d'évaluation devrait être encouragée, avec des déclinaisons régionales.

Permettre, en attente de révision formelle du CDDM, de faire une lecture ouverte des possibilités qui y figurent déjà pour permettre de nouvelles formes d'organisation des activités médicales en ouvrant toutes les formes de coopération entre médecins. Cela est bien une façon concrète de rendre les praticiens plus disponibles et d'améliorer leur propre qualité de vie.

Centrer les préoccupations et les réflexions sur le malade et non pas sur les maladies : en ce sens favoriser les coopérations des exercices professionnels entre la ville et l'hôpital, en évitant toute segmentation de la médecine. Des réseaux centrés sur des pathologies spécifiques trouveraient vite leurs limites et pourraient entraîner des ségrégations entre professionnels.

Au niveau régional

Affiner les études démographiques nationales, en lien avec les DRASS et les URCAM.

Créer des liens de dialogue et de coopération institutionnelle, URML, ARH, DRASS, Université, Cliniques, Hôpitaux, URCAM et participer au Comité régional de suivi et d'adaptations du SROS.

Aider les actions de formation médicale continue trans-disciplinaires et trans-sectorielles.

Dynamiser les Comités de coordination des conseils départementaux en mutualisant des moyens (communication, remplacements, aide juridique...)

L'action des Conseils régionaux pourrait s'élargir à des fonctions d'arbitrage de conflits d'intérêts entre médecins, comme cela existe pour les avocats, cette fonction étant indépendante des missions disciplinaires. Cette dimension juridique nous paraît importante puisque, tout au long de notre rapport, nous avons privilégié les voies contractuelles d'organisation par rapport à la voie réglementaire. Nous

pensons qu'il faudrait que des conflits puissent être réglés plus rapidement que par les voies du droit commun. Cela supposerait que ces contrats d'exercice puissent inclure une clause compromissoire d'arbitrage ordinal.

Au niveau départemental

Mettre l'accent lors de l'inscription de tout nouveau confrère au tableau sur l'article 109 du CDDM, portant sur la connaissance du Code et l'engagement à son respect.

Examiner les contrats d'assistantat, de praticien associé à temps partiel, de toutes les nouvelles formes de collaboration entre médecins, en lien avec les services du CNOM. Importance des participations à la Journée nationale des contrats, pour assurer l'unité nationale des possibilités.

Prévoir la désignation d'un *interlocuteur ordinal* dans tout réseau de soins,

Continuer à structurer les secteurs de gardes selon la démographie, les particularités géographiques, les zones d'insécurité et y développer la mise en place des nouvelles formes d'organisation proposées dans ce document, incluant le remplacement en garde, dès lors ou la garde est effectivement assurée. Mettre cela en coordination avec les établissements de soins publics et privés, en lien avec le 15 et le 18.

Nous pensons que si une organisation cohérente était mise en place selon les secteurs, avec une considération du travail effectué par des médecins de garde convenablement rétribués pour une activité souvent difficile et en surcroît de temps de travail, une grande partie des difficultés actuelles s'estomperait. Il y a donc urgence non pas à ouvrir ce chantier puisque cela est parfaitement connu mais à mettre en place les moyens, de façon coordonnée à l'échelon des départements, sous le couvert d'une cohérence régionale. Les schémas d'organisation sanitaire devraient être enrichis en déterminant toute la place de l'activité de la médecine ambulatoire dans le dispositif d'urgence. Les conseils départementaux devront y être associés.

Si l'activité de garde pouvait être ainsi structurée, les demandes de dispense de garde seraient plus faciles à gérer. En attente, nous pensons qu'une certaine harmonisation entre les pratiques des conseils devrait être assurée au moins au sein d'une même région et les comités de coordination devraient en débattre. Nous avançons les idées suivantes :

La décision de dispense relève des fonctions administratives des conseils départementaux. La demande doit être formulée par écrit et doit être accompagnée de tous les éléments nécessaires à l'information du conseil. La décision doit être prise en réunion du conseil et figurer expressément au procès verbal.

Elle doit être motivée au regard de chaque cas particulier, des dispositions générales ne pouvant que servir de cadre. Cette motivation est juridiquement indispensable conformément aux dispositions de l'article 112 du CDDM. La décision doit être notifiée par écrit à celui qui en a déposé la demande, sachant que cette décision peut être frappée d'appel devant le Conseil national mais que cet appel n'est pas suspensif.

Lorsque les éléments fournis au conseil ne lui permettent pas de fonder sa décision en toute certitude, il lui est possible de désigner un expert. La mise en application de cette possibilité doit cependant rester exceptionnelle. La mission de l'expert doit être clairement énoncée : il ne lui appartient pas de dire si le confrère doit ou ne doit pas être dispensé, il lui sera demandé d'apporter ses conclusions sur les questions précises qui lui auront été posées dans la lettre de mission. Il nous a paru important de rappeler ce formalisme juridique, car la décision n'est pas d'ordre discrétionnaire. En revanche, elle impose la discrétion en général et le secret du délibéré en particulier : les délibérations du conseil se sont déroulées à partir d'informations données en confidence et il y aurait faute déontologique de la part de conseillers de ne pas respecter strictement ce principe.

Dès lors ou un médecin est en aptitude pour exercer en consultation, nous pensons qu'il n'existe pas, en général, de motifs de dispense d'une participation à une activité programmée en AGRU, cette activité pouvant éventuellement s'effectuer en temps partiel.

Dès lors qu'un médecin effectue régulièrement des visites à domicile, nous pensons qu'il n'existe pas, en général, de motifs de dispense de déplacement en garde.

Cependant cette assertion doit être assortie de clause de sécurité : la féminisation du corps médical est souvent mise en exergue, mais il n'y a aucune justification à ne pas s'en préoccuper tout autant pour les hommes médecins. Pour éviter tout amalgame, il faut distinguer les risques inhérents à l'activité médicale et les risques induits par la violence diffuse de notre société ou se sont constituées des zones de « non-droit ». C'est essentiellement sous ce second aspect que **nous avons le devoir de veiller à la sécurité des médecins**. Nous suggérons donc que le conseil départemental alerte très officiellement et par écrit la puissance publique sur les risques de déplacements dans certains endroits de son ressort et examine comment la sécurité des médecins et celle de l'ensemble des corps sanitaires pourrait y être assurée, avec le concours du 17 et du 18, **sous le couvert des instructions générales données aux préfets afin que soit exercée cette fonction régaliennne de l'Etat**.

Dès lors qu'un médecin, en raison de ses conditions d'exercice, exciperait d'une incompétence relative en matière d'urgences générales, nous pensons qu'une formation devrait lui être ouverte soit pour la régulation soit pour la réponse aux appels. Les conseils départementaux devraient examiner comment ces formations pourraient être dispensées à partir des propositions que nous avons avancées précédemment..

AU TERME DE CE RAPPORT NOUS PROPOSONS AU LECTEUR PRESSE UN CONDENSE :

Si le Code de déontologie médicale prescrit un devoir, il précise que celui-ci concerne tous les médecins et que ce devoir de participation aux services de garde s'inscrit dans le cadre de la permanence des soins.

A. Le constat dressé est le suivant :

1. Le « cadre de la permanence des soins » reste imprécis et il n' en existe aucune définition réglementaire. Alors que la lecture des nombreux documents qui circulent actuellement laisse apparaître une notion de mission de service public concernant la garde des praticiens libéraux, il conviendrait de définir avec précision ce qui en relève et ce qui n'en relève pas. La garde a-t-elle pour objectif de permettre des réponses aux situations d'urgence, en adaptant les types de ces réponses aux différents degrés d'urgence ? Ou doit elle répondre à toutes heures à toutes sortes de sollicitations dont le caractère médical n'est même pas certain ?

2. Les SROS ont prévu des coopérations de moyens entre établissements de soins selon des bassins d'attraction, mais ils ne se sont pas préoccupés de l'existence ou non des lieux de soins que sont les cabinets médicaux en médecine ambulatoire pour ces mêmes bassins d'attraction. Cette asymétrie nous paraît incohérente et dommageable, car ce serait dans un ensemble organisationnel régional, assurant une coopération de l'ensemble des lieux de soins, que devraient entre autres :

- se concevoir les services de garde afin que les patients n'aient pas à recourir à des structures lourdes pour des besoins simples,
- être négociés, avec l'ensemble des organisations professionnelles, des moyens structurants d'organisation et de financement dès lors où une mission d'utilité publique ne peut pas relever de simples formes privées spontanées
- s'analyser les moyens qui seraient de nature à résoudre une désertification rurale qui s'aggrave constamment, puisque la permanence des soins suppose l'existence de lieux de soins !
- être trouvées des solutions aux questions relatives à l'insécurité.

3. Les missions ordinales concernent une déontologie professionnelle qui s'applique à tous les médecins et il ne saurait en être fait une lecture segmentaire qui ne concernerait que les praticiens libéraux. Au demeurant, ceux-ci ne contestent d'ailleurs pas leur participation à la permanence des soins mais les formes qu'elle doit prendre.

L'Ordre ne peut qu'énoncer des principes généraux, il n'entre pas dans ses attributions de préciser les formes concrètes d'application de ces principes, cela concerne le champ d'action des organisations syndicales représentatives tant pour les praticiens de statut privé que pour les praticiens de statut public.

B. Les principes d'organisation du « cadre de la permanence des soins » qui concerne l'ensemble des praticiens de l'ensemble des secteurs de soins pourraient être les suivants :

1. Pour ce qui concerne la régulation des soins non programmés

Les appels au 15. Il serait indispensable :

- De prévoir une communication médiatique soutenue sur la mission des centres 15 qui n'est que de coordonner l'organisation des secours urgents.
- D'associer les praticiens libéraux à la régulation médicale du déclenchement des procédures opérationnelles de secours, puisque dans la majeure partie des cas ceux ci relèvent de la médecine ambulatoire et notamment de la médecine générale.
- L'Ordre pointe que les appels au 15 arrivent dans un secteur de service public et que, dans les faits, hormis la sortie des SAMU, « l'effectif » de ces appels sur le terrain est, pour une très large part, déléguée au secteur privé. Cette délégation doit être officiellement reconnue comme étant, pour les médecins libéraux, une participation à une mission d'utilité publique. La participation des praticiens

libéraux *aux services de garde* ne peut plus relever d'une simple participation privée spontanée, celle-ci doit être organisée et prendre des formes pérennes.

La surcharge régulièrement croissante des activités d'accueil et d'orientation des services hospitaliers ayant été reconnus comme SAU ou UPATOU. Il paraît indispensable :

- De distinguer activités d'accueil et d'orientation et activités de soins d'urgence,
- De reconnaître la place importante que tiennent sur un territoire déterminé les établissements de soins privés dans l'accueil des urgences qui relèvent directement de leurs spécialisations,
- De prévoir l'organisation de structures libérales associées au Réseau des Urgences. Ces structures doivent associer :
 - *Des lieux d'accueil extra-hospitalier*, considérés comme antennes du réseau des urgences (AGRU). Il peut s'agir soit d'un cabinet médical de garde, soit d'une structure indépendante dans laquelle les médecins d'un secteur viendraient prendre la garde à partir de certaines heures et certains jours.
 - *Des déplacements de praticiens en visite*, notamment pour des personnes à autonomie réduite ou comme réponse initiale aux incertitudes du centre de régulation.

2. L'association des praticiens libéraux à un schéma régional d'organisation de la permanence des soins est, de toute évidence incontournable. Elle suppose :

- Qu'ils soient associés à l'élaboration du schéma et ne soient pas « réduits » à un statut de simples effecteurs sommés de remplir un devoir à la définition duquel ils n'auraient pas participé.
- Que des moyens structurant soient dégagés en fonction des particularités géographiques sur des notions de démographie, d'accessibilité, de sécurité, de subsidiarité et d'équité dans l'accès aux soins de qualité (qualité n'étant pas synonyme de technicité)
- Que d'autres formes de prise en charge médicale des personnes âgées, plus ou moins dépendantes, soient trouvées afin que le recours hospitalier n'apparaisse plus comme étant la solution « la plus pratique ».

C. Cette dimension régionale d'organisation à laquelle l'Ordre accorde une très grande importance et à laquelle il souhaite apporter ses contributions par l'action du Conseil national, des Comités régionaux de coordination et des Conseils départementaux nécessitera une volonté politique :

- reconnaissance officielle de la mission d'utilité publique de la garde libérale et statut juridique du médecin de garde,
- moyens d'organisation de cette garde et coopérations territoriales ville-hôpital,
- mode de rémunération des astreintes, des actes dispensés, de la régulation des appels,
- évaluation collégiale des procédures et des modes de prises en charge des urgences selon les moyens territoriaux, dont découle une formation continue « appliquée »
- coordination, par une autorité de tutelle régionale unique, des compétences des diverses administrations et organismes concernés afin de permettre une plasticité d'organisation selon les bassins de vie, les situations démographiques, les équipements...

Dans ce cadre organisé de la permanence des soins, l'Ordre pourrait alors exercer sa mission de veille déontologique sur le devoir de participation aux services de garde, la notion de service étant celle d'une fonctionnalité et non pas celle d'une structure physique univoque.

ANNEXES.

PERMANENCE DES SOINS EN MILIEU RURAL ASSUREE PAR LES GENERALISTES.

Contribution du Docteur Marie-Élisabeth DELGA.

La permanence des soins en milieu rural est assurée par les médecins généralistes libéraux, en urgence ou pas.

Elle marque des spécificités par rapport à la médecine exercée en milieu urbain :

I. La notion de distance, donc de temps écoulé incompressible entre le moment de l'appel du malade et de l'arrivée du praticien. Cette notion revêt toute son importance :

A. **Dans le cadre de l'urgence** où l'efficacité optimale est le but à atteindre dans le meilleur délai. Elle impose ainsi :

1°- une **formation complémentaire et une pratique effective de l'urgence pour le praticien rural.**

a) cette formation, pour les étudiants qui se destinent à la médecine rurale, outre l'enseignement initial théorique reçu, devrait inclure au moins un passage de six mois dans un service hospitalier d'urgences et le stage obligatoire chez le praticien devrait être effectué auprès d'un médecin installé en zone rurale.

b) cette formation, pour les médecins ruraux en exercice, pourrait être facilitée par la possibilité de se joindre à l'équipe médicale du service des urgences aux heures de pointe, 18-24heures, en participant effectivement aux traitements des urgences et par un programme adéquat de FMC.

2°- parallèlement à cette formation spécifique au traitement des urgences, une **rémunération de l'urgence devrait être instituée.**

3°- pour obtenir l'efficacité maximale souhaitée dans la réponse aux appels d'urgence, il paraîtrait souhaitable de **redécouper les rayons d'action des médecins généralistes en matière de gardes et urgences en le calquant autant que possible sur le rayon d'action moyen des SAMU** (15 km environ), SAMU dont le soutien logistique, la collaboration, le partenariat sont indispensables et essentiels en cas d'urgence vraie. Il semblerait utile de ne plus tenir compte de la seule notion du lieu d'installation du médecin, mais d'établir un « maillage des urgences » en milieu rural dans cette optique là

A. **la notion de distance de déplacement, de temps doit être reconsidérée aussi dans le cadre de la permanence des soins en dehors des urgences.**

Nous sommes crédités de la capacité et du devoir d'apprécier l'opportunité d'un acte médical, d'une prescription médicamenteuse, d'examens complémentaires, d'arrêts de travail, du choix du moyens de transports etc...pourquoi ne pas nous permettre de reconnaître la justification du déplacement du médecin au lit du patient en fonction de l'état de santé du patient ?

A titre d'exemple, faire 20 kms aller-retour pour examiner une rhinopharyngite des plus banales chez un jeune adulte motorisé est le lot quotidien.

Pourquoi se déplacerait-il puisqu'il est remboursé, entièrement remboursé ? Les patients ne nous le disent-ils pas à longueur de temps ? La différence de 36 francs entre le prix d'une visite de ce type et la consultation au cabinet représente en réalité une goutte d'eau dans l'océan des dépenses mais une fatigue inutile et une perte de temps pour le médecin rural qui se raréfie et dont la durée de travail hebdomadaire vient d'être évaluée par le Ministère de la santé à plus de 50 heures. Il n'est question, dans ce propos, que de rationaliser, assainir, rentabiliser en quelque sorte, le remboursement à l'aveugle des IK, en suggérant de laisser à la charge des patients les déplacements de convenance en revalorisant les IK médicalement justifiées. Ce serait une incitation implicite pour les malades à se déplacer au cabinet du médecin situé en général au chef lieu de canton où ils trouveront de plus pharmacie, soins infirmiers etc...si nécessaire.

II. Actuellement, la campagne n'est plus ce havre de sécurité qu'elle était. Y assurer gardes et urgences médicales à toute heure du jour et de la nuit peut être assimilé à un véritable service d'utilité publique.

Dans ce cadre là il paraîtrait utile et souhaitable d'avoir la possibilité de :

B. Signaler au centre 15 notre déplacement, notre trajet, seul en rase campagne. Pourquoi au 15 ? Parce que le 15 connaît le médecin, son numéro de téléphone qui s'affiche automatiquement, qu'il peut le situer rapidement, servir d'intermédiaire éventuel près des services de police.

C. De faire transiter les appels nocturnes par le 17, ce qui aurait le mérite de filtrer les appels et en tout cas d'éliminer au maximum les appels suspects.

III. L'exercice médical en milieu rural comporte des particularités liées aux conditions de la démographie :

D. Il concerne souvent à une population vieillissante, éparpillée, clairsemée, synonyme de malades souvent dépendants, plus ou moins grabataires, nécessitant jusqu'à l'hospitalisation à domicile. Cela implique un pourcentage important de visites à domicile et **justifierait des incitations fortes (financières, fiscales, immobilières ...) aux installations libérales pour ne pas arriver à des mesures coercitives.**

E. Est assuré par des médecins peu nombreux (13% des généralistes) soumis à beaucoup d'astreintes, avec des gardes de semaine quasi permanentes et des tours de garde de Week-end parfois 1 fois sur 2. **Une facilitation d'exercice devrait être soutenue par un système d'assistantat, de médecine à temps partiel, de remplacements « à la carte ».** Serait tout à fait formateur pour de futurs médecins, une période de stage chez les praticiens ruraux et seraient très utiles des possibilités de période de remplacements par des médecins nouvellement retraités.

IV. Le rôle de l'Ordre a déjà été évoqué dans le rapport général.

Il devrait appuyer toutes ces mesures, et veiller tout particulièrement en zone rurale à la **répartition équitable des gardes et astreintes et leur mise à exécution effective**, ce qui relève de son devoir disciplinaire.

PERMANENCE DES SOINS ET SECURITE.

Contribution du Docteur Francis MONTANE

Compte tenu de l'article 2 du Code de déontologie médicale, le médecin de garde se trouve investi d'une mission d'utilité publique. Il lui serait difficile, voire impossible, de mener à bien cette mission si sa sécurité n'est pas assurée. Il est donc nécessaire de mettre tout en oeuvre pour que des zones de « non droit » ne le soient plus et qu'en tout état de cause elles ne deviennent pas des zones de « non permanence des soins ».

D'une façon générale, la violence urbaine en France est en progression ; en grande partie expliquée par la précarité d'une part et l'impunité d'autre part.

Une étude confiée à l'INSEE par l'institut des Hautes Etudes de la Sécurité Intérieure ferait état de 500.000 crimes et délits en 1960 contre plus de 16.000.000 en 1999. Cependant, dans un rapport officiel, le Ministère de l'intérieur, qui se base sur les dépôts effectifs de plaintes, en annonce seulement 3.800.000. Il faut noter que beaucoup de gens, découragés par des classements sans suites, ne vont plus se plaindre.

Les médecins sont-ils particulièrement exposés ? Il est difficile de l'affirmer, en l'absence totale de statistiques. Le vécu d'insécurité et d'exposition aux violences urbaines est pourtant bien réel.

A ce jour, 40 patients ont été tués dans l'exercice de leur fonction depuis 1961. Dans la plupart des cas, ces homicides ont été le fait de déséquilibrés et sont, si on peut le dire ainsi, inhérents aux risques du métier.

Il est certain que les médecins, mais aussi d'autres professionnels de santé, notamment les pharmaciens, ont du faire face depuis une dizaine d'années environ, à une multiplication de « violences ordinaires », agressions et menaces, qu'elles soient verbales ou physiques, sans que l'on sache s'ils ont été davantage concernés que le reste de la population.

Une enquête effectuée par le Conseil Départemental de la Gironde en 1996 montrait qu'un tiers des médecins interrogés avait subi une agression, que dans 10% des cas elle s'était accompagnée de violences même si elles n'avaient donné lieu qu'une fois sur quatre au dépôt d'une plainte ; dans deux cas les médecins disaient avoir été malmenés ou maltraités sans que le préjudice fut décelable.

A l'origine de ces comportements agressifs, on trouve : l'obtention de certificats de scolarité ou d'arrêts de travail (17%) suivie de la demande de médicaments (16%), l'argent (15%), les bons de toxiques (8%) ou encore les vols d'ordonnances (4%).

L'insécurité touche bien sûr en priorité les grands centres urbains, les zones suburbaines mais aussi depuis peu de temps, les villes moyennes et les petites villes ; certains médecins ruraux signalent également des actes de vandalisme.

Les déséquilibrés, psychopathes, toxicomanes, alcooliques sont responsables d'agressions physiques, souvent par armes blanches ou armes à feu, recherchant argent, cartes de crédit, médicaments et ordonnances.

Les adolescents, voire des mineurs de 10 à 13 ans, organisés en bandes avec meneurs sont beaucoup plus concernés par les actes d'incivilités, de chahut, d'agressions verbales et de dégradations de matériels

Que faire ?

I. Il nous semble nécessaire et indispensable d'adresser le plus rapidement possible à tous les médecins exerçant en France un questionnaire afin de cerner au mieux la réalité du phénomène.

II. Professionnellement, il n'y a pas une solution mais des moyens plus ou moins difficiles à mettre en place en fonction des circonstances :

1°- Des lieux de soins sécurisés (AGRU, CAPS, Maison Médicale...) paraissent une solution possible. Ces lieux de soins doivent associer infirmiers, kinés, travailleurs sociaux. Leur sécurisation peut faire appel à d'éventuels vigiles et une réflexion est à mener en ce qui concerne les sas d'entrée ou les caméras enregistrant le passage des patients

2°- L'accompagnement, c'est à dire des voitures avec chauffeur disposant de moyens radio de liaison avec le centre 15 et les forces de police. Les confrères particulièrement exposés dans des zones à risque pense que l'accompagnement par des membres d'un service d'ordre aggrave souvent l'agressivité des bandes et pensent préférable de demander le concours d'une personne issue et connue de ces quartiers difficiles.

Dans ces deux cas, une coopération financière de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes sociaux ainsi que la collaboration des pompiers, des forces de sécurité publique, des SAMU, des transports sanitaires seront nécessaires. Il est donc indispensable, même à ce seul égard, de « réanimer » le plus rapidement possible les CODAMU.

Les conseils départementaux doivent également demander à participer aux contrats locaux de sécurité, structures associant les services de l'Etat mais aussi d'autres acteurs et notamment les

collectivités locales, le secteur associatif et social. Les contrats locaux de sécurité établissent un état des lieux, proposent des solutions et doivent assurer un suivi.

3°- L'appel téléphonique par le 17.

Les confrères qui le souhaitent et qui craignent pour leur sécurité sont dispensés de faire figurer noms et numéros de téléphone dans la presse locale pour les gardes. IL est indiqué, dans l'expérience de Perpignan, « Urgences médicales : appeler le 17 ». Le fonctionnaire de police recevant l'appel demande le numéro de l'appelant, vérifie sa véracité en composant le numéro et c'est à ce moment qu'il communique le numéro du médecin. Depuis 7 ans ce dispositif paraît efficace en ce qui concerne la sécurité mais représente un obstacle indiscutable pour certains patients.

III. Sans vouloir prendre parti dans le débat actuel qui traverse toute la société, et qui probablement ne cessera de s'accroître à la veille d'échéances électorales importantes et dans les années à venir, nous ne pouvons pas passer sous silence des préoccupations majeures :

- faut-il recruter davantage de policiers ?
- le redéploiement en cours dans les banlieues difficiles est-il suffisant ?
- sans porter atteinte à l'Ordonnance de 1945, texte sur « l'enfance délinquante », privilégiant la prévention sur la sanction, ne faut-il pas accentuer nos efforts en ce qui concerne l'éducation à l'école mais également dans les quartiers et banlieues difficiles, ne faut-il pas mettre en place des centres d'éducation spécialisés en nombre suffisant même si cela est coûteux en investissement et fonctionnement ?
- ne faut-il pas éloigner les meneurs et responsabiliser les parents ?