

ARTICULATION

MEDECINE AMBULATOIRE ET MEDECINE HOSPITALIERE

Table ronde : Faire évoluer le système pour renforcer la coopération ville-hôpital

Par le Docteur Jean-François BEC

Chef de Service des Urgences



Les médecins hospitaliers sont souvent pragmatiques et ont cherché à organiser leur travail, surtout avec leurs collègues libéraux, en créant des réseaux ; l'évolution de la pratique médicale et les contraintes administratives demandent maintenant une formalisation et une organisation plus rationnelle de ces réseaux quand ils existent déjà, sinon leur création.

De nombreux rapports ont déjà été publiés ; la FHF a aussi publié des recommandations dans un guide récemment paru. Celui-ci envisage une collaboration plus active entre 2 mondes de soins, un monde libéral et un monde public, au sens administratif du terme. La cohabitation fonctionnelle de ces 2 mondes pose d'importants problèmes administratifs de gestion, notamment financiers.

En ce qui concerne mon expérience, j'aborderai le sujet des soins non programmés, par le biais du recours au Service d'Urgence (SU), que ce soit dans le cadre d'une hospitalisation « rapide » mais en dehors de l'urgence vraie, ou dans le cadre de la permanence des soins (PDS).

L'hospitalisation d'un patient relève souvent d'un véritable « parcours du combattant » pour un médecin libéral : obtenir de parler avec le médecin spécialiste, obtenir une place (avec quel délai ?), trouver une ambulance... de guerre lasse, les malades sont envoyés directement au SU..., parfois avec la complicité des médecins hospitaliers (« les urgentistes trouveront bien une place »...).

Pour aider à faciliter ces relations, l'échange téléphonique reste la solution idéale, mais parfois difficile à mettre en œuvre, tant les réticences des spécialistes hospitaliers sont grandes, alors que les spécialistes libéraux en ville ou en clinique l'ont bien compris. Un intense travail de persuasion est en cours au sein des hôpitaux publics pour cela.

Pour la PDS, une expérience originale a été mise en place dans mon service à Vienne ; avec le concours des médecins généralistes de garde, un cabinet médical de garde a été installé au sein du SU ; l'hôpital fournit au médecin de garde un local équipé pour examiner les patients, avec téléphone, après que celui-ci ait passé une convention avec le CH de Vienne (toujours pour des problèmes administratifs, en particulier d'assurance). Le médecin est rémunéré sur un mode libéral et utilise ses feuilles d'honoraires habituelles. La salle d'attente est commune avec celle du service. Cela a sécurisé la prise de la garde et a permis à des médecins (femmes) de reprendre des gardes. En échange, le SU assure la PDS des soins de la ville entre minuit et 8h. Ce cabinet fonctionne actuellement le samedi, dimanche et JF. Une demande d'extension au reste de la semaine est en cours d'instruction par la DASS au niveau du CODAMU. Les patients de ce cabinet sont adressés par le centre 15 (30%) et par réorientation interne du SU après triage à l'accueil (70%). Ceci entraîne une diminution du nombre de passages au SU, sans diminuer l'activité de tri. Le risque de « perdre » une tranche de crédits budgétaires est réel et incite notre directeur à la prudence, quant à l'extension de ce cabinet de garde.

Notre souhait est pouvoir comptabiliser ces actes de tri, au regard du nombre de passages ouvrant droit au budget au prorata du nombre de passages, même si ces actes de tri ne sont pas facturés.

Par ailleurs, le nombre de secteurs de garde doit être révisé à la baisse (en Isère, on doit passer de 54 à 38 secteurs de garde) ; les syndicats et l'Ordre des médecins seraient d'accord à condition que la PDS s'arrête à minuit (dans un 1^{er} temps) ; cela revient à confier la PDS de la ville aux SU du département, sans qu'aucun moyen supplémentaire en personnel ne soit envisagé pour l'instant.

Nos relations avec nos partenaires de ville sont bonnes dans l'ensemble et reposent sur la confiance ; une enquête, diligentée par notre hôpital, a été réalisée en début d'année sur ce sujet ; elle confirme les difficultés que j'ai évoquées au début de cette intervention et le rôle majeur que doivent jouer les secrétariats des services ; nous nous efforçons d'élargir la durée d'ouverture de ceux-ci et de faciliter les mises en communication téléphoniques avec les médecins spécialistes.

Notre informatique ne nous permet pas pour l'instant de tenir les médecins de ville au courant du passage de leur patient au SU par mail (crypté), mais le prochain plan informatique qui se déploiera à partir de l'an prochain, avec l'aide de l'ARH, le permettra ; de même, un accès direct (avec clé de protection) permettra aux médecins de ville de prendre connaissance du dossier médical avec les examens para cliniques. En effet une meilleure communication de l'information médicale est un gage de sécurité pour le patient et d'économie pour la santé.

Enfin nous envisageons de faire avec les médecins qui le désireront, des actions de formation et d'évaluation communes de type EPP (traitement des pneumopathies, suivi du diabète, participation aux RCP de cancéro, ...).

En conclusion, la démographie médicale nous incite à œuvrer tous ensemble, en partenariat étroit, pour le bien des patients qui nous sont confiés.