

**Relations entre la médecine libérale et le SAMU.
L'expérience du SAMU de Haute-Savoie.**

Table ronde : Agir sur le terrain

Dr. PERFUS Jean-Pierre - Chef de service.



La permanence des soins (PDS)

L'interface entre la médecine libérale et le SAMU se situe essentiellement dans le cadre de la permanence des soins. Fin 2002, début 2003, alors que les professionnels commençaient à manifester contre les modalités de la PDS en vigueur à cette époque, le SAMU 74 proposait au Conseil Départemental de l'Ordre (CDO) la mise en place d'une PDS qui s'arrête le soir à 22 heures (Cet horaire est choisi pour assurer au praticien une fin d'activité pas trop tardive) et qui est assurée au cabinet du médecin ; le déplacement à domicile est une exception.

Cette proposition naissait de deux observations principales:

- La première, partagée par tous les partenaires, était que le médecin généraliste était inutilement sollicité, particulièrement en période nocturne. Vu du SAMU, la demande était consumériste, et, le médecin régulateur qui essayait de faire correctement son métier, se voyait régulièrement menacé de recours en justice pour ne pas avoir voulu mobiliser son confrère assurant la PDS ; à contrario, durant les premiers épisodes de grève de la PDS, l'écoute du demandeur aux conseils prodigués par le régulateur était attentive et l'entretien se concluait généralement par des remerciements.
- La seconde, était que l'impact sur les services d'urgence des établissements de soins serait modéré : la majorité des urgences était déjà dirigée vers ces services après avoir été prise en charge dans le cadre de la PDS ; quelques consultations supplémentaires, peu consommatrices de temps et ne nécessitant pas d'hospitalisation étaient attendues. L'intervention à domicile pour ces cas était envisagée avec sérénité dans la mesure où le département était à la même époque département pilote pour expérimenter de nouvelles modalités de la permanence des transports sanitaires : une réponse ambulancière rapide et de qualité (basée sur un cahier des charges et des formations spécifiques) était garantie sur tout le territoire départemental.

Quelques difficultés étaient attendues, en particulier pour ce qui concernait la rédaction de certificats de décès : il était décidé d'y pallier via les SMUR.

La mise en place se fit d'abord sur quelques secteurs expérimentaux et se déroula sans incidents : la prise en charge de toutes les urgences était assurée de façon satisfaisante et l'impact sur les urgences s'avéra modéré.

Ce dispositif est maintenant en place depuis 2004 sur l'ensemble du département (à l'exception des agglomérations d'Annecy et d'Annemasse où existent des associations de type SOS Médecins) et est formalisé dans le cahier des charges départemental de la PDS. Au fil des évaluations successives du dispositif et sur proposition des professionnels des secteurs de PDS se sont regroupés. Deux « Maisons médicales » ont été créées ; il s'agit en fait de lieux de consultations situés au sein de services d'urgence (Sallanches et Thonon Les Bains).

Le bilan est toujours très positif. La prise en charge des malades chroniques en période nocturne pose peu de problèmes et l'on a coutume de dire qu'il y a peu de problème la nuit car le médecin généraliste a maintenant le « temps » de faire son travail le jour. Le point à améliorer est la prise en charge des malades en EHPAD. La prise en charge s'appuyait beaucoup sur la PDS traditionnelle et a été déstabilisée par ce nouveau dispositif. Les professionnels s'attachent à corriger ces lacunes par des permanences spécifiques et les hospitalisations

inadaptées pour cette catégorie de patients diminuent. Les semaines d'afflux touristique (la population du département peut doubler) sont des périodes intéressantes où il faut expliquer au citoyen le bon usage de la PDS départementale.

L'évolution pressentie pour les années à venir va dans le sens d'une poursuite de la diminution des secteurs de PDS et de leur implantation dans des lieux fixes. Sous l'impulsion du CDO et des organisations professionnelles, un projet de couverture d'un secteur déficitaire en médecins (Frangy) avec une maison médicale armée par des médecins d'un secteur urbain voisin est en bonne voie de réalisation.

La régulation médicale.

A l'occasion des nombreux échanges pour la mise en place de ces nouvelles modalités de PDS, les relations entre le SAMU et les médecins libéraux ont évolué vers un climat de confiance mutuelle. C'est dans ce contexte, que la régulation médicale, initialement « libérale » s'est mise en place au sein du Centre 15. On parle aujourd'hui de « régulation médicale généraliste » car c'est bien la qualification de ce praticien qui est recherchée au-delà de son mode d'exercice. La qualité de la réponse apportée par le Centre 15 dépend étroitement de la complémentarité entre le médecin urgentiste (hospitalier) et le médecin généraliste (libéral) ; les formations continues à la régulation sont menées de concert chacun apportant son expérience pratique.

Une présence accrue, c'est à dire permanente, des médecins généralistes au sein des centres 15, au-delà des horaires conventionnels actuels, devrait favoriser l'évolution de l'exercice de la PDS (regroupement des secteurs et diminution des plages horaires) et améliorer la servitude dans les zones déficientes.

La régulation s'attache à être présente dans les réseaux de prise en charge des malades chroniques, non pas comme acteur permanent, mais comme gestionnaire des situations de crise. C'est ainsi que le SAMU s'implique comme interlocuteur de l'hospitalisation à domicile et des réseaux de soins palliatifs, comme formateur pour le juste recours à l'urgence pour certains malades chroniques (insuffisants coronariens, insuffisants cardiaques ...). Une expérience originale de suivi par le SAMU de malades diabétiques pris en charge pour hypoglycémie est développée : les malades suivis à domicile sont systématiquement rappelés dans les jours suivants pour vérifier leur état de santé et s'assurer qu'ils ont bien pris contact avec leur référent médical habituel.

Les réseaux de soins d'urgence.

A l'initiative des médecins de montagne, regroupés en association, ont été créés les médecins correspondants de SAMU (MCS).

Les stations de ski, « villes temporaires à la montagne » sont généralement distantes des hôpitaux et des points d'implantation des SMUR ; cet isolement peut être aggravé par des conditions climatiques particulières avec des délais d'accès terrestres des SMUR supérieurs à l'heure. La pratique des médecins s'adapte à cet environnement particulier et de nombreux gestes et explorations sont réalisés au cabinet, particulièrement dans le domaine de la traumatologie. C'est pourquoi les médecins de montagne ont sollicité les trois SAMU de l'arc alpin (38,73,74) pour importer une expérience développée par leur association dans un secteur des Pyrénées.

Les principes régissant les MCS sont les suivants :

- La candidature est volontaire,
- La formation initiale et continue à l'urgence est assurée par les SAMU,
- Les MCS reçoivent une dotation en matériel et médicaments de l'urgence,

- Le MCS est déclenché uniquement sur des situations urgentes qui impliquent le déclenchement du SMUR : il assure ainsi les premiers soins et le relais avec le SMUR (qu'il peut éventuellement annuler si son intervention n'est pas nécessaire).
- Le MCS assure donc une permanence uniquement pour les détresses vitales qui est disjointe de la PDS; sollicité par le SAMU, son intervention est optionnelle et dépend de sa disponibilité au moment de l'appel..

Au fil du temps ce dispositif a évolué :

- Les formations initiales, un peu trop « hospitalières » se sont adaptées pour répondre aux attentes des médecins généralistes de montagne. Les médecins de SAMU ont dû prendre en compte, la maîtrise et l'enseignement de techniques telles que les alternatives à l'intubation endo-trachéale, à la pose de voie veineuse centrale, etc... ce qui au final, a permis d'améliorer leur pratique quotidienne ; à l'inverse, certains MCS ayant acquis un certain degré de maîtrise ont pu développer des techniques de thrombolyse pour la désobstruction précoce de l'infarctus du myocarde et permettre une prise en charge équivalente sur piste à celle d'un milieu urbain. Ainsi s'est instauré un véritable partenariat ville-hôpital où chaque acteur valorise l'autre par ses compétences particulières. La prochaine étape attendue est la formation des médecins hospitaliers à la traumatologie du ski par les MCS.
- Le financement, initialement soumis à des dispositifs destinés à soutenir des expérimentations est désormais pérenne : les MCS sont inclus comme partenaires dans le réseau nord alpin des urgences (RENAU) qui a vocation à fédérer les acteurs de l'urgence sur le territoire de l'arc alpin et à harmoniser leurs pratiques. Le réseau finance en particulier la maintenance du matériel, le renouvellement des médicaments de l'urgence, les formations et participe à l'évaluation du dispositif.

En conclusion, la collaboration entre le SAMU et la médecine libérale se décline selon une réflexion concertée d'aménagement du territoire pour organiser de façon optimale la permanence des soins : aménagement des secteurs de PDS avec un souci de mutualisation pour répondre aux problèmes de démographie médicale, création de réseaux de médecine d'urgence avec implantation de MCS dans les zones distantes de SMUR. Cette évolution est rendue possible par la présence accrue des médecins d'exercice libéral, collaborateurs du service public au sein de la régulation médicale des SAMU-Centre 15.