

LA PERMANENCE DES SOINS EN LOZERE

L'URML au cours du premier semestre 2009, a effectué un travail remarquable sur la Permanence des soins en Lozère avec le Dr Dominique Jeulin Flamme et les membres de la commission « Permanence Des Soins ». Sur le constat d'une impossible réduction du nombre de secteurs comme souhaitée par le Ministère de la Santé en 2008 (cf. avenant n°27 du 8 février 2008), une enquête a été menée avec la collaboration de la société ADOPALE auprès des médecins généralistes lozériens. La participation active de Mme Françoise DEBAISIEUX, alors Préfète de la Lozère, a été des plus appréciée, permettant à la fin de l'enquête une rencontre des médecins, de l'état et des élus territoriaux.

Toutefois, le statu quo est actuellement de règle, puisque finalement, aucune décision coercitive n'a été menée jusqu'à maintenant.

L'état des lieux paraît donc inchangé avec 16 secteurs de garde, une régulation centralisée, régulée par le Centre de Régulation des Appels du Centre Hospitalier de Mende (Chef de Service : Dr Marc CHASSING). La régulation est à la fois hospitalière et libérale, par le biais d'une communication téléphonique partagée (*réception des appels au centre 15, transmission de ces appels vers le médecin de garde, qui peut être à la fois, régulateur pour des conseils médicaux, et l'effecteur en cas de consultations, visites pour la PDS classique ou l'urgence médico-chirurgicale*). La majorité des médecins participant aux gardes sont Médecins Correspondants SAMU (MCS) ou « faisant fonction » selon la signature ou pas, de la convention avec l'Hôpital de Mende et l'ARH. *Cette convention assure le règlement forfaitaire des actes en urgence par les services financiers de l'hôpital.*

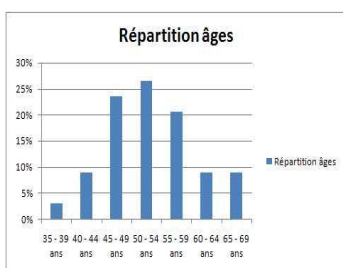
L'organisation de la PDS en LOZÈRE :

1. Au nord Est, sur le secteur de Langogne, une maison médicale de garde (MMG) est adossée à l'Hôpital local (Président : Dr Pierre Merle). Elle fonctionne depuis 2003 (créé par feu le Dr Denis Roche, également précurseur du montage télé-médecine hôpital rural/CHU). Actuellement, l'activité de cette MMG est en grand danger par la disparition malheureuse ou le départ de plusieurs médecins dans ce très grand secteur. Un dossier FIQCS complémentaire (soutien logistique de l'ALUMPS et AROMSA) est en cours pour une aide au remplacement sur des semaines et des WE de garde.
2. Au sud, à Florac, une maison médicale de garde estivale est active (soutien logistique de l'ALUMPS et AROMSA) avec des fonds FIQCS, Hôpital local et Municipalité. Le principe d'une aide au remplacement est déjà acquis pour les mois de juillet et août depuis 2005. Les secteurs Florac-Ispagnac-Sainte Enimie-Pont de Montvert, Cévennes Vallée Française, Cévennes Vallée Longue, conjuguent des contraintes géographiques et de démographie médicale. La fragile organisation de la PDS dans ces territoires varie selon la saison hivernale et estivale et selon les départs/arrivées de médecins d'installation fugace.
3. Au centre :
 - a) à Marvejols, une maison médicale de garde (soutien logistique de l'ALUMPS et AROMSA, fonds FIQCS) est en cours de constitution, adossée au Centre Médico Chirurgical (Groupe de Coopération Sanitaire entre l'Hôpital local et l'ancienne Clinique du Gévaudan). Les médecins généralistes ont adopté depuis 2007, la régulation centralisée et ils sont tous depuis Médecins Correspondants SAMU.
 - b) à Mende, la PDS sur le secteur est assurée par certains médecins généralistes, le week-end du samedi de 12 heures à 20 heures et le dimanche de 8 heures à 20 heures. 2 Médecins sont Médecins Correspondants SAMU (dont la fondatrice d'ALUM, le Dr Jacqueline Guilleré). Ce dispositif ne donne pas lieu à une rémunération PDS par l'Assurance Maladie.
4. Sur le Nord Lozère Ouest, 3 secteurs comprenant Saint Chély d'Apcher, la Margeride et l'Aubrac fonctionnent en association, sans création pour autant d'une maison médicale de garde. Dans ce territoire, en 2002, « Synergie 48 » associant les médecins libéraux

(présidée par le Dr Muriel Dousse-Douet) a construit la base de la régulation par le centre 15 en permettant l'embauche d'un P.A.R.M supplémentaire et la mise en place d'un numéro de téléphone unique dédié à la permanence de soins. Depuis 2007 et à la demande de l'URCAM et de l'ARH, les associations Synergie 48 et ALUM ont fusionné pour devenir l'ALUMPS (**A**ssociation **L**ozérienne des **U**rgences **M**édicales et de la **P**ermanence des **S**oins) présidée par le Dr Bernard Brangier.

5. Les autres secteurs sont depuis 2007 régulés par le centre 15 mais fonctionnent avec 2 médecins ou parfois un seul. 6 secteurs prennent des gardes avec leurs confrères d'un département limitrophe : Ardèche, Aveyron, Cantal, Gard, Haute Loire.

A tous moment, cette organisation de la permanence des soins peut être anéantie par un ou plusieurs départs de médecins libéraux. La charge de travail globale des médecins généralistes est importante et repose sur trop peu de professionnels. La pyramide des âges actuelle révèle une situation qui pourrait devenir rapidement alarmante. Il existe bien de nouvelles installations de médecins généralistes dans le département de la LOZERE, permettant de colmater les rotations des tours de garde en PDS et assurant une certaine continuité des soins. Malheureusement, ces nouveaux installés repartent au bout de 2 ans, fragilisant l'édifice.



Adopale juin 2009

Des propositions ont été élaborées à partir de l'enquête Adopale du 26 juin 2009. Elles ont été débattues par la commission PDS de l'URML-LR, après débat avec les médecins Lozériens. Une des priorités du projet serait de renforcer l'effectif médical par la présence de jeunes médecins, tout en conservant impérativement les médecins en exercice.

La thèse du Dr Sophie PRANLONG : « Médecine Générale en Lozère : réflexions sur la situation démographique à partir d'une enquête personnelle » soutenue le 29 octobre 2009 complète ces propositions.

Les propositions pour le maintien de la démographie médicale en LOZÈRE (la garantie de la PDS en dépend)

- Appliquer immédiatement à tout le département des conditions d'installation en zones déficitaires, (*avenant n° 20 à la Convention Nationale des Médecins Généralistes et des Médecins Spécialistes approuvé par arrêté en date du 23 mars 2007*). Cela serait possible, par exemple, en considérant l'ensemble de la Lozère comme une zone rurale montagnaise. La défiscalisation des revenus de la PDS serait une incitation pour les médecins à venir exercer en Lozère, de même que l'exonération des charges sociales et impôts sur 20% du chiffre d'affaires pour l'ensemble des médecins installés en Lozère.
 - Établir un **Plan Départemental de l'Organisation des Soins** en concertation avec tous les acteurs impliqués dans l'organisation des soins (professionnels de santé, élus, instances diverses...). Un tel plan devrait s'attacher à favoriser et à promouvoir l'exercice des jeunes médecins dans le département, proposer de nouveaux modes professionnels, conciliant qualité des conditions de l'exercice et qualité de vie personnelle ; à proposer des aides effectives pour la permanence des soins pour maintenir les médecins déjà présents ; promouvoir la mise en place de pôles de santé.
- ✓ Le pôle de santé favorise la collaboration de professionnels de santé volontaires

autour d'un projet de santé et ne peut fonctionner que sur la base d'une pluridisciplinarité et de la coordination interprofessionnelle dans le cadre d'un projet de soins et d'une approche territoriale pour couvrir les besoins en santé d'un territoire donné.

- ✓ Cette pluridisciplinarité permettra de faciliter les actions de prévention et d'éducation pour la santé.
 - ✓ Tout ceci est bien sûr basé sur le principe de la solidarité entre les médecins déjà installés et en corrélation avec les attentes des jeunes médecins fraîchement diplômés qui privilégient le travail collectif comme l'indique l'étude du Dr Sophie Pralong.
 - ✓ De manière plus large, il serait intéressant d'expérimenter de nouvelles formes d'exercice et de rémunération. Certains médecins souhaitent exercer dans un cabinet principal en zone urbaine tout en assurant la permanence et la continuité des soins en zone rurale dans des cabinets secondaires (ce modèle pourrait d'emblée se mettre en place entre la Bastide Puylaurent et Langogne).
 - ✓ Négocier un compromis entre les « vieux » médecins de campagne, isolés, habitués à travailler seul mais qui finalement s'épuisent face à l'exigence de la société et ces futurs jeunes diplômés, certes très dépendants du système universitaire et encore peu impliqués par la déontologie médicale.
- Le relèvement du Numérus Clausus à la Faculté de Médecine, l'augmentation du nombre de médecins généralistes en formation, la finalisation et l'intensification de la filière universitaire de Médecine Générale doivent tenir compte, dans l'état actuel des comportements, du fait que tous les médecins généralistes n'exerceront pas la médecine de premier recours (activités salariales, remplacements réguliers, MEP, ...). Les résultats de l'enquête du Dr Sophie PRANLONG en sont une preuve ; en effet, une grande partie des internes en médecine générale s'orientent ou le projettent du moins, vers une formation complémentaire type DESC. Cette « sur-spécialisation » aboutit à l'exercice d'une médecine générale plus ou moins éloignée du niveau de premier recours.
 - Promouvoir le concept de Maison Médicale Universitaire. La médecine générale est une discipline à exercice ambulatoire dominant, et sa filière ne peut donc pas se développer au sein de structures hospitalières comme c'est le cas pour les filières des autres spécialités. L'objectif est donc de créer une dynamique autour d'un pôle de santé pluridisciplinaire en Soins Primaires en utilisant l'existant avec accompagnement universitaire.
 - ✓ L'accueil de stagiaires DCEM pourrait être encouragé afin de faire découvrir le métier à des jeunes en cours de formation. La formation initiale des futurs médecins généralistes reste majoritairement axée sur le système hospitalier avec une absence de sensibilisation à ce mode d'exercice avant le troisième cycle pour ceux des étudiants qui optent pour le DES de médecine générale ; à cet égard, la mise en place d'un stage de deuxième cycle chez des médecins généralistes agréés, prévue depuis 1997, mais dont la traduction juridique a attendu la fin de l'année 2006, constitue à l'évidence une voie prometteuse.
 - ✓ Créer un troisième stage ambulatoire de 6 mois pendant le troisième cycle de médecine générale, en milieu rural exclusif. Pour cela il est indispensable d'inciter et former les médecins généralistes installés en zone rurale à devenir Maître de Stage. Les Maîtres de Stage sont des omnipraticiens agréés par le Département Universitaire de Médecine Générale après avis du conseil départemental de l'Ordre.
 - Aide financière des internes en formation, soit selon l'initiative du Conseil Général de la Lozère, soit selon des décrets d'application de la loi HPST, qui inclue des possibilités d'attribution de bourses aux jeunes médecins.

- Développer la technologie de Télé médecine facilitant la formation et donc les pratiques médicales. Un projet Télé médecine en Pôle d'Excellence Rurale est en cours d'exécution dans le département 48. Dans la partie « Télé médecine et urgence », ce projet complète l'équipement des MCS en liaison avec le SAMU du Centre Hospitalier de Mende. Il est porté par ALUMPS et son dynamique employé chargé de mission, M. Laurent CROZAT.
- Maintenir la sectorisation existante en laissant « naturellement » le nombre de secteurs décroître.
- Organiser des tours de garde avec des jeunes médecins de la région Languedoc Roussillon.