



EHESP

Directeur d'Établissement

Sanitaire et Social Public

Promotion : **2007-2008**

Date du Jury : **12 Décembre 2008**

**Organisation de la continuité médicale
des soins et pérennité
de l'hôpital local :
l'exemple de l'hôpital local d'Yssingaux**

Rachel BORIE

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Josette MAYSONNAVE, Directrice de l'hôpital local d'Yssingaux, pour son accueil, sa disponibilité, ses conseils et son soutien tout au long de la réalisation de ce mémoire.

Je remercie également Mademoiselle Béatrice MAISONNEUVE, cadre supérieur de santé, ainsi que les cadres soignants, le qualicien et l'ensemble de l'équipe administrative qui ont facilité mon travail de recherche.

Ma reconnaissance s'adresse aussi aux médecins généralistes libéraux autorisés à exercer à l'hôpital local d'Yssingaux qui ont accepté de me consacrer du temps pour des entretiens et des échanges riches et spontanés ainsi qu'au Docteur Michel BURELLIER grâce à qui j'ai pu d'observer le fonctionnement de la régulation médicale sur le département de la Haute-Loire.

Je remercie mon référent mémoire, Madame Alice TEIL, responsable du Master II Droit et management des structures sanitaires et sociales à l'IFROSS – Université Jean Moulin – Lyon 3, pour ses conseils précieux au cours des différentes étapes de rédaction du mémoire.

Une pensée enfin pour Victorien, Mélina, Jules et Jean-Luc pour leur soutien et leur patience.

Sommaire

Introduction	1
1 La permanence médicale à l'hôpital local s'inscrit dans un contexte en pleine évolution.....	5
1.1 Un contexte réglementaire et des travaux abondants	5
1.1.1 Les textes réglementaires relatifs au fonctionnement des hôpitaux locaux.....	6
1.1.2 Les évolutions réglementaires de la permanence des soins en médecine ambulatoire.....	9
1.1.3 De nombreux travaux récents sur la permanence des soins.....	10
1.2 L'échelon régional, échelon de pilotage privilégié.....	14
1.2.1 La création des Agences Régionales de Santé (ARS)	14
1.2.2 Le SROS III Auvergne et le Projet Territorial de l'Offre de Soins (PTOS)	15
1.2.3 Le Plan Urgences	16
1.3 La médecine générale confrontée aux changements sociétaux.....	17
1.3.1 Les perspectives d'évolution d'un corps professionnel.....	17
1.3.2 Les mesures incitatives mises en place et leurs effets	22
1.3.3 Les expériences étrangères pour répondre à la pénurie médicale.....	25
2 La continuité des soins à l'hôpital local d'Yssingeaux et la permanence des soins de ville	27
2.1 La situation de l'hôpital local d'Yssingeaux	27
2.1.1 Une situation géographique plutôt favorable.....	27
2.1.2 Mais confronté à un risque de fragilité	29
2.2 L'organisation actuelle de la permanence des soins à l'hôpital local d'Yssingeaux.....	32
2.2.1 L'engagement de l'établissement et des médecins à assurer la continuité des soins	32
2.2.2 L'organisation actuelle de la permanence des soins	33
2.2.3 La continuité médicale à l'hôpital local d'Yssingeaux : axe majeur du projet d'établissement.....	34

2.3	Les évolutions qui se profilent au niveau de la permanence des soins en médecine ambulatoire sur le département.	34
2.3.1	L'organisation de la permanence des soins dans le département de la Haute-Loire	34
2.3.2	La permanence des soins en médecine ambulatoire sur le secteur d'Yssingeaux.....	38
3	Les réflexions conduites et la définition du projet.....	39
3.1	Les pistes de réflexion envisagées pour répondre à l'obligation de continuité médicale des soins à l'hôpital local	39
3.1.1	Le recours à des médecins salariés	39
3.1.2	La création d'une maison médicale de garde.....	40
3.1.3	Le projet de maison de santé pluridisciplinaire.....	41
3.2	Le projet défini aux termes des réflexions.....	42
3.2.1	Le nouveau fonctionnement de la continuité médicale des soins dans l'établissement.....	42
3.2.2	L'ouverture prochaine de la maison médicale de garde.....	43
3.2.3	Un projet à moyen terme : la maison de santé pluridisciplinaire	54
	Conclusion.....	59
	Bibliographie.....	61
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AMPP	Aide Médicale Permanente à la Population
AMU	Aide Médicale d'Urgence
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CA	Conseil d'Administration
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNAM	Conservatoire National des Arts et Métiers
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSP	Code de la Santé Publique
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DNDR	Dotation Nationale de Développement des Réseaux
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EGOS	Etats Généraux de l'Organisation de la Santé
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ETP	Equivalent Temps Plein
FAQSV	Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FIQCS	Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
HAS	Haute Autorité de Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

JORF	Journal Officiel de la République Française
MMG	Maison Médicale de Garde
MRS	Mission Régionale de Santé
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
NTIC	Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication
OBRESA	Observatoire Régional de la Santé d'Auvergne
ONDPS	Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé
PDS	Permanence des soins
PTOS	Projet Territorial d'Offre de Soins
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SMS	Short Message Service
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
USLD	Unité de Soins de Longue Durée

Introduction

« *L'hôpital local n'est plus le parent pauvre de notre système de soins; il a, au contraire, vocation à jouer pleinement le rôle de plate-forme sanitaire et sociale de proximité que lui donne la circulaire de mai 2003* », tels sont les propos de Xavier Bertrand alors Ministre de la santé et des solidarités lors de son discours au 3ème Forum National de l'hôpital local en décembre 2006.

Les hôpitaux locaux sont les héritiers des hôpitaux ruraux de proximité, lesquels s'étaient développés à la fin du XIXème siècle, afin d'être au plus près des malades pour les grandes campagnes de vaccination.

Ils ont été créés par l'ordonnance du 11 décembre 1958¹. Ce n'est qu'en 1991 que la loi² leur a reconnu le statut d'établissement public de santé.

Ainsi, ils ont été confrontés à des difficultés pour trouver leur place dans le paysage hospitalier français en raison de leur activité qui se situe à la croisée du sanitaire et médico-social.

Récemment, les orientations du SROS III sont venues conforter leur place comme premier niveau de prise en charge sanitaire et sociale. Ils constituent désormais les pivots d'une organisation médicale de proximité en réseau avec les médecins libéraux.

Leur fonctionnement médical repose pour la plupart d'entre eux sur des médecins généralistes libéraux. Cette coopération originale entre la médecine libérale et les hôpitaux locaux favorise la prise en charge des patients âgés et la continuité des soins notamment en zone rurale.

L'originalité de leur fonctionnement médical fait qu'il est extrêmement difficile d'aborder la continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés à l'hôpital local sans s'intéresser à la permanence des soins en médecine ambulatoire et aux profonds bouleversements qu'elle connaît actuellement. De nombreuses réflexions émergent dans ce domaine et des évolutions réglementaires apparaissent.

Ainsi, depuis quelques années, les pouvoirs publics ont pris conscience de l'importance que représente la question de l'organisation de la continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés à l'hôpital local. Cette problématique est en lien avec celle de la

¹ Ordonnance n°58-1198 du 11 décembre 1958.

² Loi n°91-798 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

démographie médicale et d'un égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire national dans un contexte de vieillissement de la population.

Ce constat amène à repenser l'organisation de la présence médicale au sein des hôpitaux locaux.

Ainsi, l'hôpital local d'Yssingeaux a pris toute la mesure de l'enjeu que représente l'organisation de la continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés. Avant même la publication du décret du 11 décembre 2007 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux qui désormais reconnaît la permanence médicale à l'hôpital local, l'établissement s'est intéressé à cette problématique. Lors des réflexions menées dans le cadre de l'élaboration de son nouveau projet médical, un des axes majeurs concernait la question de la permanence médicale à l'hôpital local d'Yssingeaux.

L'établissement n'a pas de médecin salarié, il fonctionne uniquement avec des médecins généralistes libéraux. Aussi, à partir du moment où les médecins généralistes demandent leur autorisation à exercer à l'hôpital local, ils s'engagent à assurer la continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés et le fait de ne pas y apporter de réponse engage leur responsabilité.

La question cruciale qui se pose donc est celle de savoir pourquoi il est nécessaire d'organiser différemment la continuité médicale des soins à l'hôpital local d'Yssingeaux pour garantir la pérennité de l'établissement.

Cette problématique constitue un enjeu majeur pour un Directeur d'hôpital local dans la mesure où elle permet d'assurer aux patients et résidents la qualité et la sécurité des soins. Elle constitue un véritable ancrage de l'établissement sur le territoire, assurant par là même sa pérennité.

Des entretiens individuels réalisés auprès de l'ensemble des médecins généralistes libéraux autorisés à exercer à l'hôpital local d'Yssingeaux ainsi que plusieurs réunions de travail, ont permis de définir différentes pistes de réflexions et le démarrage d'un projet ambitieux et novateur.

La première partie s'attachera à présenter le contexte dans lequel s'inscrit cette problématique. On verra le contexte réglementaire mais également l'importance actuelle et à venir de l'échelon régional dans le domaine de la santé ainsi que les changements sociétaux qui touchent les professionnels de santé et notamment les médecins.

La deuxième partie traitera de la continuité médicale des soins à l'hôpital local d'Yssingaux. On verra comment elle peut-être articulée avec les différentes évolutions qui se dessinent au niveau de la permanence des soins en médecine ambulatoire sur le département.

La troisième partie énoncera les différentes pistes de réflexion qui ont été proposées pour répondre à la problématique de la permanence des soins tant à l'hôpital local qu'en ville. Nous présenterons le projet qui est envisagé ainsi que les différentes étapes de mise en place à court et à moyen terme. L'objectif final est de parvenir à un projet satisfaisant tant pour les professionnels de santé et l'hôpital local que pour les usagers.

1 La permanence médicale à l'hôpital local s'inscrit dans un contexte en pleine évolution

L'organisation de la permanence médicale à l'hôpital local aujourd'hui appelée « *continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés* » (Décret du 11 décembre 2007) constitue un enjeu fort pour ces établissements. Un grand nombre d'entre eux rencontrent des difficultés pour la mettre en place.

Cette problématique est fortement influencée par tous les changements qui se dessinent actuellement dans le domaine de la santé. Ils sont essentiellement de deux ordres.

D'une part, on assiste à de fortes évolutions démographiques pour les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes.

D'autre part, elle s'inscrit dans un contexte en pleine évolution avec la parution récente de nombreux rapports et textes réglementaires.

Dans cette partie, nous nous intéresserons au cadre juridique et aux nombreux travaux concernant la permanence des soins à l'hôpital local et en médecine ambulatoire, à l'importance prise par l'échelon régional dans l'organisation des soins ainsi qu'aux changements démographiques et sociétaux qui touchent la médecine générale.

Enfin, nous observerons comment les autres pays confrontés aux mêmes difficultés mettent en place des solutions pour y faire face.

1.1 Un contexte réglementaire et des travaux abondants

De nombreux textes et travaux récents s'intéressent à la question de la permanence des soins à l'hôpital local et en médecine ambulatoire, les deux étant difficilement dissociables dans les hôpitaux locaux, notamment pour ceux qui ne fonctionnent qu'avec des médecins généralistes libéraux, comme c'est le cas à l'hôpital local d'Yssingeaux.

1.1.1 Les textes réglementaires relatifs au fonctionnement des hôpitaux locaux

A) L'hôpital local : un fonctionnement original

Réglementairement, l'article R 6141-18 du code de la santé publique détermine les missions de l'hôpital local³.

Il dispose majoritairement de lits de maison de retraite (secteur médico-social) et de long séjour (USLD). Face à l'augmentation des dépenses de santé depuis la fin des années soixante, la tendance a été de fermer des lits de médecine et de soins de suite dans ces établissements. Cette tendance a donc naturellement conduit les hôpitaux locaux vers la prise en charge des personnes âgées dans les zones rurales isolées et a contribué à l'image populaire plutôt péjorative d'hospices voire de « mouroirs ». En 1993, le rapport Colombier qualifiait l'hôpital local de "*vestige des hospices qui n'ont pu ni évoluer ni disparaître*".

Les hôpitaux locaux sont généralement faiblement médicalisés. Ils présentent l'originalité de l'articulation entre la médecine de ville et l'hôpital puisque les médecins généralistes y exercent à titre libéral. Pour pouvoir y exercer, les médecins généralistes libéraux doivent être autorisés par le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) après avis de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et du Conseil d'Administration (CA) de l'hôpital. Pour cela, ils s'engagent à respecter le projet d'établissement et le règlement intérieur de l'hôpital local et ils doivent exercer leur activité professionnelle dans une zone géographique préalablement déterminée par le directeur de l'ARH après délibération du conseil d'administration et avis de la commission médicale d'établissement, leur permettant de participer à la permanence des soins de l'établissement.

Par ailleurs, des praticiens hospitaliers du plateau technique de référence (souvent un centre hospitalier lié par convention avec l'hôpital local) peuvent assurer des consultations externes spécialisées.

Récemment, plusieurs textes sont venus conforter le rôle et la place de l'hôpital local dans l'organisation des soins. On peut citer la circulaire du 28 mai 2003⁴ relative aux missions

³ Article R6141-18 modifié par Décret n°2008-377 du 17 avril 2008 - art. 1 :
« *L'hôpital local, établissement public de santé, a pour objet de dispenser :*

1° Avec ou sans hébergement :

a) Des soins de courte durée en médecine ;

b) Des soins de suite et de réadaptation ;

2° Avec hébergement, des soins de longue durée, tels que définis au 2° de l'article L. 6111-2. »

⁴ Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

de l'hôpital local, l'ordonnance du 4 septembre 2003⁵ et la circulaire du 5 mars 2004 sur les SROS de 3^{ème} génération⁶, ainsi que la circulaire du 16 avril 2003⁷ sur la prise en charge des urgences et le plan « Urgences » de septembre 2003.

Les hôpitaux locaux sont des établissements de proximité. Ils constituent le premier niveau de prise en charge sanitaire. En tant qu'établissements publics de santé, ils doivent répondre aux mêmes exigences de qualité que des établissements de santé plus importants et garantir la sécurité des soins aux patients. Pour cela, ils ont l'obligation de s'inscrire dans la démarche de certification.

B) La circulaire du 28 mai 2003

On constate une grande diversité dans le fonctionnement médical des hôpitaux locaux. Certains ne fonctionnent qu'avec des médecins généralistes libéraux, d'autres ont un fonctionnement mixte (médecins libéraux et praticiens) et enfin les derniers ne travaillent qu'avec des médecins salariés. Ils constituent un lieu de collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière.

Les médecins généralistes autorisés et les praticiens, assurent la permanence et la continuité médicale des soins au sein de l'hôpital local. Elle est coordonnée et organisée par le médecin responsable désigné par le Directeur de l'ARH⁸.

La circulaire prévoit que « *l'organisation de cette permanence doit faire l'objet d'une mention spécifique dans les contrats d'objectifs et de moyens, s'inscrire dans le projet d'établissement et trouver sa traduction dans un engagement individuel écrit, entre le directeur et chaque médecin autorisé.* »

Elle va plus loin en précisant que « *l'hôpital local peut apporter son concours à la permanence des soins en facilitant la mise en place des organisations telles que les maisons médicales, et/ou des maisons de garde. Ces organisations répondent au souhait des médecins généralistes libéraux autorisés à exercer en hôpital local ou non, de disposer d'un « point d'ancrage » de proximité. Au-delà, elles permettent de développer une offre de soins pluridisciplinaire (composée le plus souvent du médecin et d'une infirmière), et témoignent de l'ouverture de l'hôpital local vers les médecins généralistes qu'ils soient autorisés ou non.* »

⁵ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

⁶ Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

⁷ Circulaire DHOS/O 1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

⁸ Article R 6141-33 du CSP modifié par Décret n°2007-1741 du 11 décembre 2007 - art. 6.

La nécessaire implication des médecins généralistes libéraux dans ces établissements fait qu'il est difficile d'ignorer les changements récents qu'a connus la permanence des soins en médecine ambulatoire.

C) Le Décret du 11 décembre 2007

Le décret du 11 décembre 2007⁹ a apporté quelques modifications au fonctionnement des hôpitaux locaux. Désormais, on ne parle plus de permanence médicale à l'hôpital local mais de continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés (article R. 6141-24 du Code de la santé publique).

Un des principaux changements est que dorénavant, les hôpitaux locaux vont pouvoir rémunérer la continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés.

Toutefois, il précise bien que cette indemnisation ne peut être cumulée avec celle à laquelle le médecin généraliste peut prétendre au titre d'une participation concomitante à la permanence des soins en médecine ambulatoire.

Cela suppose donc l'élaboration de deux tableaux de gardes distincts ; un pour la continuité médicale des soins à l'hôpital local, l'autre pour la permanence des soins en médecine ambulatoire. La conséquence est une multiplication des gardes pour les médecins généralistes libéraux. Or, comme on le verra un peu plus loin, les gardes constituent une charge lourde qui dans le contexte actuel de pénurie médicale risque d'accentuer le phénomène observé de refus des médecins à s'installer en milieu rural et à demander leur autorisation à exercer à l'hôpital local.

Ce décret a été suivi d'un arrêté du 27 décembre 2007¹⁰ qui est venu préciser les modalités de l'indemnisation de la continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés.

⁹ Décret n° 2007-1741 du 11 décembre 2007 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique (Dispositions réglementaires).

¹⁰ Arrêté du 27 décembre 2007 portant détermination du plafond d'indemnisation des médecins qualifiés en médecine générale autorisés pour leur participation à la continuité médicale des soins de l'hôpital local (JORF n°0005 du 6 janvier 2008).

1.1.2 Les évolutions réglementaires de la permanence des soins en médecine ambulatoire

La permanence des soins a été reconnue mission de service public par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007¹¹ (article L6314-1 du code de la santé publique¹²).

A) Le décret du 15 septembre 2003¹³

Le décret du 15 septembre 2003, précise plusieurs points concernant la permanence des soins.

Elle est assurée en-dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres.

Elle est organisée dans le cadre départemental et, à cette fin, le département est divisé en secteurs de garde. Un arrêté du Préfet fixe le nombre et les limites des secteurs après avis du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires (CODAMUPS).

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU ou interconnectée avec ce service.

Le décret du 15 septembre 2003 pose le principe d'une participation des médecins à la permanence des soins qui repose sur le volontariat. Le conseil départemental de l'ordre des médecins (CDOM) est chargé d'organiser les gardes. Toutefois, le préfet a la possibilité de réquisitionner des médecins lorsque le tableau de garde est incomplet.

Enfin, un cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. Il est arrêté par le Préfet après avis du CODAMUPS.

¹¹ Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

¹² Article L6314-1 du code de la santé publique : « *Sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale participent à la mission de service public de permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat. Un arrêté fixe les modalités d'indemnisation des astreintes effectuées par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale.* »

¹³ Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

B) Le décret du 7 avril 2005

Le décret du 7 avril 2005¹⁴ organise la permanence des soins en médecine ambulatoire et précise les conditions de participation des médecins à cette permanence.

Ce décret modifie assez largement le décret du 15 septembre 2003.

C) L'avenant N°4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes

L'avenant N°4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes (arrêté du 26 mai 2005) détermine les nouvelles règles financières qui ont été négociées par les partenaires conventionnels relatives à l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. Il fait suite au décret du 7 avril 2005.

Le préambule de l'avenant n°4¹⁵, définit le principe de la permanence de soins de la façon suivante :

"La permanence des soins est nécessaire pour garantir à tous nos concitoyens un meilleur accès aux soins. En effet, en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux et des établissements de soins, des besoins de soins urgents existent. La réponse à ces besoins urgents ne justifie pas nécessairement l'utilisation de moyens lourds d'intervention.

C'est pourquoi, en complément de la permanence de soins en établissement et des dispositifs d'urgence, il est impératif de rendre effective la participation des médecins libéraux à la permanence des soins."

1.1.3 De nombreux travaux récents sur la permanence des soins

Dans le domaine de la santé et plus particulièrement en ce qui concerne la permanence des soins tant en ville qu'à l'hôpital local, l'actualité est extrêmement riche et les travaux abondants.

¹⁴ Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

¹⁵ Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n° 1, n° 3 et n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

A) Les Assises des hôpitaux locaux

Les Assises des hôpitaux locaux ont lieu chaque année. En 2005, elles se sont intéressées au fonctionnement médical de l'hôpital local.

Le thème était le suivant : « *Quels médecins à l'hôpital local ?* »

Préalablement, un questionnaire avait été réalisé à destination des médecins, des directeurs et des cadres de santé.

Les conclusions de ces travaux ont montré que tous les acteurs de l'hôpital local souhaitent que le fonctionnement médical de l'établissement évolue selon des propositions réalistes, adaptées aux besoins locaux.

Mais ils souhaitent que cette structure continue de fonctionner avec la participation des médecins généralistes libéraux.

Un certain nombre de pistes de réflexion concernant la permanence des soins ont émergées. Certaines ont d'ailleurs été reprises par Monsieur Xavier BERTRAND, alors Ministre de la santé et des solidarités, dans son discours lors du 3^{ème} Forum National de l'Hôpital Local, qui a eu lieu le 1^{er} décembre 2006.

A cette occasion, il a évoqué les mesures contenues dans le projet de décret en Conseil d'Etat relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux. L'une d'entre elles concernait la reconnaissance de la permanence médicale à l'hôpital local. Il a souligné que la permanence médicale était organisée et rémunérée dans tous les établissements publics hospitaliers : elle devait donc l'être également dans les hôpitaux locaux.

Il a précisé que les modalités d'organisation et de rémunération des médecins libéraux autorisés à la permanence des soins pourraient être envisagées sous la forme d'astreinte indemnisée.

Il a aussi évoqué une revalorisation du statut de médecin coordonnateur, en fonction de la taille et de l'activité de l'établissement.

Finalement, le décret a été publié au Journal Officiel de la République Française (JORF) le 13 décembre 2007¹⁶.

B) Les Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS)

Pour tenter de trouver des solutions à la problématique de la permanence des soins et plus largement des déserts médicaux, Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN,

¹⁶ Décret n° 2007-1741 du 11 décembre 2007 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique (Dispositions réglementaires). JORF n°0289 du 13 décembre 2007.

Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative a décidé d'organiser des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS).

Lors de la première phase de travaux des EGOS, en février 2008, elle a annoncé que le gouvernement aiderait à la création de 100 maisons de santé pluridisciplinaires en 2008 à hauteur de 50 000 € maximum par projet en réponse à ces enjeux.

Les maisons de santé pluridisciplinaires répondent essentiellement à deux besoins : celui de développer l'offre de soins dans les zones médicalement sous dotées, mais aussi celui, croissant, qu'ont les professionnels de santé d'exercer en groupe.

Il est indispensable de favoriser le regroupement des médecins dans les zones sous médicalisées.

Face à l'inefficacité des mesures financières mises en place jusqu'à présent, le gouvernement cherche, en favorisant la création de maisons médicales ou de maisons de santé pluridisciplinaires, à inciter les médecins à mieux se répartir sur le territoire national.

Une loi importante se prépare sur l'organisation du système de santé. Elle devrait être présentée à l'automne 2008. De nombreux rapports et travaux alimentent la réflexion gouvernementale.

Parmi les plus importants concernant la question de la permanence des soins, on s'intéressera aux suivants.

- **Les rapports GRALL portant, le premier sur les maisons médicales de garde (juillet 2006)¹⁷ et le second sur la permanence des soins (août 2007)¹⁸.**

Le rapport du Docteur Jean-Yves Grall sur les maisons médicales de garde présente une évaluation et formule des recommandations concernant le fonctionnement et le financement de ces structures.

Ces recommandations s'articulent autour des six axes suivants : établir un pilotage cohérent et opérationnel de la permanence des soins au niveau régional ; simplifier et pérenniser le dispositif des maisons médicales de garde ; établir un cadre minimal type de fonctionnement d'une maison médicale de garde ; favoriser la filière de prise en charge cohérente de santé publique en donnant intérêt à agir à tous les secteurs ; inscrire les maisons médicales de garde dans le cadre d'un dispositif de parcours de soins simplifié et lisible ; informer pour sécuriser et responsabiliser la population.

¹⁷ Docteur Jean-Yves GRALL. Les maisons médicales de garde, Juillet 2006.

¹⁸ Docteur Jean-Yves GRALL. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins, Août 2007.

Le second rapport du Docteur Jean-Yves Grall portant sur la permanence des soins met en évidence les difficultés récurrentes de la permanence des soins, témoignant de la nécessité de faire évoluer un dispositif fragile, coûteux, au pilotage trop complexe.

Afin d'y remédier, il décline une série de préconisations qui ont pour objectif de mettre en place un dispositif pérenne, efficient, fiable et lisible permettant de répondre de façon adaptée à la demande non programmée de soins et d'avis médical de la population, sur l'ensemble du territoire.

Pour cela, il envisage la fin des secteurs de garde actuels et y substitue des « points fixes de garde », autrement dit des maisons médicales de garde.

- **Le rapport RITTER sur la création des agences régionales de santé¹⁹ et le rapport d'information présenté par M. Yves BUR, Député²⁰.**

Deux rapports ont été rendus en début d'année concernant les agences régionales de la santé (ARS) qui devraient voir le jour en 2009 : le rapport du préfet honoraire Philippe Ritter, remis fin janvier à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, et le rapport de la mission d'information parlementaire présidée par le député Yves Bur, rendu public le 7 février 2008.

Le diagnostic qu'ils établissent sur le système de santé français est le même, son organisation est trop cloisonnée. Il souffre d'un manque d'efficience, son pilotage n'est ni lisible, ni efficace, il ne parvient pas à maîtriser la croissance des dépenses de santé et à faire face à la crise grave des soins primaires.

Les deux rapports préconisent de donner aux ARS un périmètre d'intervention très large couvrant les soins de ville, les soins hospitaliers, la prévention et le médico-social.

- **Le rapport LARCHER sur les missions de l'hôpital²¹.**

Parmi les propositions de la commission LARCHER, l'un d'elles reprend l'idée du développement de formes d'exercice pluridisciplinaire articulées avec les hôpitaux locaux. Il insiste sur le rôle moteur que peuvent jouer les hôpitaux locaux dans la mesure où ils

¹⁹ Philippe RITTER. Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS), Janvier 2008.

²⁰ Yves BUR. Rapport d'information déposé en application de l'article 145 du Règlement par la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé, 6 février 2008.

²¹ Gérard LARCHER. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, Avril 2008.

peuvent constituer un support aux formes d'exercice innovantes comme les centres et maisons de santé.

- **Le rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la démographie médicale, par M. Jean-Marc JUILHARD, Sénateur du Puy de Dôme²².**

Ce rapport porte sur le questionnaire suivant : « *Offre de soins : comment réduire la fracture territoriale ?* »

Il met en évidence que le développement de l'exercice regroupé est l'une des réponses proposées par le gouvernement pour optimiser l'accès aux soins dans les zones sous-médicalisées.

En réponse aux inégalités de répartition territoriale des médecins, il souligne le succès grandissant que connaissent les maisons de santé pluridisciplinaires ou maisons de santé.

Elles regroupent des médecins mais également d'autres professionnels de santé ainsi que, dans un certain nombre de cas et en collaboration avec les collectivités territoriales, des services sociaux comme l'aide à domicile ou le portage des repas.

1.2 L'échelon régional, échelon de pilotage privilégié

Nous mettrons en évidence la toute nouvelle dimension qu'est en train de prendre l'échelon régional dans l'organisation de l'offre soins notamment avec la création des Agences Régionales de Santé (ARS) et la disparition du cloisonnement ville-hôpital.

1.2.1 La création des Agences Régionales de Santé (ARS)

Le rapport RITTER²³ sur la création des agences régionales de santé met en évidence la nécessité d'un pilotage unifié au niveau régional et la disparition du cloisonnement ville-hôpital.

La compétence des ARS par rapport aux ARH sera étendue au secteur médico-social. Les ARS seront ainsi le lieu de la coordination entre le champ sanitaire, médico-social et social.

²² Jean-Marc JUILHARD. Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la démographie médicale, Rapport n° 14, 2007-2008.

Elles devraient avoir la responsabilité de l'ensemble du dispositif d'organisation des urgences et de la permanence des soins.

Un des objectifs de la réforme est de recentrer l'offre de soins vers les soins primaires, tout en permettant une permanence des soins satisfaisante qui évite l'engorgement des urgences.

Enfin, la connaissance de l'offre et des besoins, la capacité de décision et la capacité de financement seront réunis en une même main.

Parmi les propositions du rapport LARCHER²⁴, il y en a une qui concerne également la future ARS. Pour améliorer l'organisation des soins non programmés, l'ARS en tant qu'autorité de régulation devra être investie d'une mission d'organisation globale : organisation de la régulation, maillage territorial en structures d'accueil des urgences, positionnement des équipes de SMUR, permanence ambulancière (organisation des transports sanitaires en fonction des caractéristiques géographiques et démographiques du territoire) et permanence médicale et pharmaceutique (organisation des tours de garde, maisons médicales de garde).

1.2.2 Le SROS III Auvergne et le Projet Territorial de l'Offre de Soins (PTOS)

A) Le SROS III :

Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Auvergne arrêté le 15 mars 2006 pour les années 2006-2011 et révisé en février 2007 vise à garantir à l'ensemble de la population d'Auvergne la qualité des soins, l'égalité d'accès aux soins et la continuité des soins.

Déjà, il posait les principes d'une articulation organisée avec le secteur ambulatoire et le secteur social et médico-social.

Il note que les hôpitaux locaux constituent les pivots d'une organisation médicale de proximité en réseau avec les médecins libéraux et relaient l'offre des pôles hospitaliers de niveau II en matière de consultations.

²³ Philippe RITTER. Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS), Janvier 2008

²⁴ Gérard LARCHER. Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, Avril 2008

B) Le Projet Territorial d'Offre de Soins (PTOS) : un découpage en territoires de santé

A partir des grandes orientations prévues dans le SROS III, chacun des territoires de santé a élaboré un Projet Territorial d'Offre de Soins (PTOS).

Le territoire du Puy en Velay (territoire N°7) correspond au département de la Haute-Loire à l'exception du territoire de Brioude qui est regroupé avec celui d'Issoire (Puy de Dôme). Il comprend un centre hospitalier de référence situé au Puy en Velay et trois hôpitaux locaux (à savoir ceux de Langeac, Craponne sur Arzon et Yssingeaux) autour desquels gravitent plusieurs maisons de retraite.

Le SROS III d'Auvergne précise que tout territoire de santé doit s'assurer en propre ou par voie de convention de l'accessibilité permanente aux soins (secteurs libéral et hospitalier confondus) dans un délai de 30 minutes. La répartition géographique des établissements de santé assure une bonne couverture du territoire et répond ainsi à cette exigence.

Enfin, en ce qui concerne la permanence des soins, le PTOS de la Haute-Loire, prévoit la création de maisons médicales de garde permettant un maillage du territoire par l'identification de trois pôles sanitaires du territoire rattachés aux hôpitaux locaux du département.

1.2.3 Le Plan Urgences

La circulaire n° 74 du 21 février 2007²⁵ a attribué à la région Auvergne au titre du Plan Urgences une dotation de 1,9 millions d'euros afin de poursuivre la médicalisation et le renforcement de la permanence médicale dans les hôpitaux locaux.

Il s'agit en effet :

- de renforcer la continuité des soins en hôpital local, notamment par l'indemnisation des médecins libéraux pour leur participation à la permanence médicale et par le mode de nomination et de rémunération du médecin coordonnateur.
- d'élever le plafond d'actes médicaux en soins de suite et de réadaptation (SSR).
- d'indemniser à hauteur de 5 consultations par demi-journées les médecins libéraux pour leur participation à la formation continue organisée par hôpital local.

²⁵ Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2007/74 du 21 février 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 des établissements de santé.

Ces mesures ont fait l'objet d'un décret n°2007-1741 du 11 décembre 2007 (JORF du 13 décembre 2007) et d'un arrêté du 27 décembre 2007 (JORF du 6 janvier 2008).

1.3 La médecine générale confrontée aux changements sociétaux

Nous présenterons les bouleversements que connaît actuellement la médecine générale. Ensuite, nous verrons les différentes mesures mises en place en France pour essayer d'inverser les choses. Enfin, nous terminerons par les solutions qui ont été privilégiées dans certains pays confrontés aux mêmes difficultés.

1.3.1 Les perspectives d'évolution d'un corps professionnel

On assiste à une évolution de la démographie médicale en France qui s'accompagne d'une inégale répartition des médecins sur le territoire ainsi que d'une forte féminisation de la profession. Ce constat aboutit à des modes d'exercices différents de la part des médecins. Il laisse craindre une diminution de l'offre de soins dans les années à venir notamment dans certaines zones rurales et périurbaines alors que dans le même temps, la demande de soins a tendance à augmenter.

A) Une baisse de la démographie médicale

Il n'y a jamais eu en France autant de médecins qu'aujourd'hui mais les projections pour les années à venir sont plutôt pessimistes.

D'après les données de l'Atlas de la démographie médicale en France, au 1^{er} janvier 2007, on compte 213 995 médecins en activité en contre 112 066 en 1979, soit une augmentation de 91 % en un peu plus d'un quart de siècle.

La densité médicale métropolitaine est passée de 206 médecins pour 100 000 habitants en 1979 à 340,4 médecins pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2007, soit une croissance d'environ 65 %²⁶.

Cependant, leur nombre devrait sensiblement diminuer pour deux raisons principalement. Tout d'abord, du fait de la réduction du numerus clausus qui a eu lieu entre le début des années 80 et la fin des années 90. A cette époque, dans un souci de maîtrise des

²⁶ Conseil National de l'Ordre des Médecins. L'atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1^{er} janvier 2007. Etude n°40, Juin 2007.

dépenses de santé, une politique de quotas a été instituée avec le numerus clausus qui limitait le nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine. Cette politique a été conduite sans tenir compte de la croissance de la demande de soins médicaux. Depuis, le numerus clausus a été relevé. Il a pratiquement doublé entre 1997 et 2006, passant de 3583 à 7100 étudiants.

D'autre part, le vieillissement du corps médical va entraîner une diminution de l'offre de soins médicaux, en raison de départs massifs à la retraite, dans les prochaines années, des médecins issus du baby-boom.

B) Un profil démographique vieillissant

On assiste à un vieillissement marqué de la population médicale. L'âge moyen des médecins en activité est de 49 ans (respectivement 47 ans pour les femmes et 50 ans pour les hommes) et l'effectif des médecins de moins de 40 ans est inférieur à celui des plus de 50 ans.

Une des craintes liée à cette situation est, que dans les zones fragiles, les médecins qui cessent leur activité ne soient pas remplacés et que des déserts médicaux apparaissent.

C) Une féminisation de la profession

En France métropolitaine, les femmes représentent 39,6% des médecins en activité globale ; soit quatre fois plus qu'au début des années 1960. On assiste à une importante féminisation de la médecine. Le conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a réalisé, en 2005, sous la présidence de Madame le Docteur Irène Kahn-Bensaude, Présidente de la section santé publique, une enquête auprès des jeunes et futurs médecins pour préciser les effets de la féminisation sur le corps médical. Elle met en évidence que « *la féminisation de la médecine est sans aucun doute le moteur du changement auquel on assiste depuis quelques années. C'est en effet, sous l'impulsion des femmes que les médecins, dans leur globalité, revendiquent aujourd'hui une meilleure qualité de vie...* »

Le travail à temps partiel est beaucoup plus développé chez les femmes médecins que chez les hommes, celles-ci préférant consacrer davantage de temps à leur vie privée.

De plus, lorsqu'elles travaillent à temps plein, elles font en moyenne moins d'heures que les hommes.

Ainsi, une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) montre que les femmes consacrent, « *toutes choses égales par ailleurs, environ 6 heures de moins par semaine que les hommes à leur exercice professionnel médical* ».

Elles partent généralement plus tôt que les hommes à la retraite.

Les femmes médecins s'orientent plus massivement vers les spécialités de soins primaires ou les spécialités médicales plutôt que vers les spécialités chirurgicales.

Elles sont davantage attirées par le salariat qui leur procure de meilleures conditions de travail (nombre d'heures de travail moins important) et leur permet plus facilement de concilier vie professionnelle et vie familiale.

Enfin, on constate qu'elles sont moins disposées à travailler dans les zones rurales, les conditions d'exercices y étant plus difficiles.

D) Une répartition inégale des médecins sur le territoire

Depuis une petite dizaine d'années, de nombreuses études ont démontré que malgré une croissance continue du nombre de médecins en France et une densité médicale aujourd'hui à son plus haut niveau historique, la répartition géographique et disciplinaire reste inégale sur l'ensemble du territoire français.

Comme on l'a déjà noté, depuis quelques années, des mesures ont été prises pour relever le numerus clausus mais elles ne se sont pas accompagnées d'une restriction à la liberté d'installation des médecins.

Aussi, la liberté d'installation qui prévaut en France se traduit par une inégalité importante entre patients dans l'accès aux soins de médecins généralistes. Des régions (le sud de la France, la région parisienne et les grandes villes) sont caractérisées par une offre très importante en médecins généralistes, tandis que d'autres (situées en zones rurales ou périurbaines) font face à de sérieuses insuffisances.

Toutefois, pour Jean de KERVASDOUE, professeur au conservatoire national des arts et métiers (CNAM), restreindre le principe de liberté d'installation des médecins serait une mesure coercitive qui ne permettrait pas forcément d'améliorer la répartition des médecins sur le territoire.

E) Vers une nouvelle conception de l'exercice médical

De multiples facteurs sont à l'origine des changements qui s'opèrent au niveau de la profession.

Tout d'abord, les médecins recherchent de meilleures conditions de travail et une meilleure qualité de vie. Pour cela, ils ne sont plus prêts à sacrifier leur vie familiale et privée au profit de leur vie professionnelle.

L'amélioration de la qualité de vie des professionnels de santé passe ainsi par une réorganisation de leur exercice.

Ils souhaitent une organisation plus collective permettant de mieux gérer leur activité (organisation de leur temps de travail, travail en réseaux,...). Il ne veulent plus travailler de façon isolée.

Les jeunes générations de médecins aspirent à un exercice qui renvoie plus aux caractéristiques du travail salarié : cela veut dire plus de stabilité, plus d'activité au sein de cabinets de groupe, et moins d'envie de s'installer immédiatement en libéral.

On constate d'ailleurs que l'âge moyen d'installation des médecins libéraux augmente. Il est aujourd'hui de 38 ans.

En définitive, les facteurs déterminant le choix d'installation des médecins doivent tenir compte de l'évolution des arbitrages entre vie professionnelle et vie privée.

D'un point de vue personnel, les médecins ont des attentes par rapport au cadre de vie et à la famille : l'activité professionnelle du conjoint, la scolarisation des enfants actuelle et future mais également l'environnement culturel, sportif et associatif sont des éléments majeurs de choix.

Au niveau professionnel, les facteurs déterminants les plus importants sont : l'installation en cabinet de groupe, l'opportunité d'installation, un environnement professionnel favorable, la proximité d'un plateau technique, un système de garde peu contraignant.

F) Une surcharge de travail aggravée par les gardes

La permanence des soins, se définit comme l'organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. La permanence des soins n'est pas la prise en charge des urgences, mais les deux dispositifs sont complémentaires.

L'organisation de la permanence des soins a été profondément remaniée suite au mouvement de grève des médecins généralistes en 2002 et à la parution des textes la régissant en 2003 et 2005. Fondée sur le volontariat des médecins, facilitée par le Conseil de l'Ordre, elle peut donner lieu à réquisition préfectorale en l'absence de réponse.

La baisse de la démographie médicale aboutit à une multiplication des gardes notamment en milieu rural, ce qui n'incite pas les jeunes médecins à faire le choix d'une installation dans ces zones compte tenu de la charge de travail que représentent ces gardes.

On constate que la médecine générale connaît une certaine désaffection de la part des étudiants en médecine, qui se tournent vers cette spécialisation en dernier ressort.

G) Un accroissement de la demande de soins non programmés

Parallèlement aux évolutions qui touchent les professionnels de santé et qui ont tendance à se traduire par une réduction de l'offre de soins, on assiste à une demande de soins non programmés qui tend à s'accroître. Les raisons sont multiples.

Elles peuvent s'expliquer par des facteurs démographiques mais aussi épidémiologiques. L'allongement de l'espérance de vie en France se traduit par un vieillissement de la population qui devrait se poursuivre dans les années à venir. Or, la demande de soins est directement corrélée à l'âge. De même, on constate que le risque épidémiologique augmente sous l'effet du développement des maladies chroniques beaucoup plus fréquentes chez les personnes âgées. Cela se traduit par un taux de recours aux soins, en ville comme à l'hôpital, nettement plus élevé chez les personnes âgées que pour la population générale.

De même, les améliorations de niveau de vie, les avancées technologiques en médecine et les attentes croissantes des usagers vis-à-vis du système de santé liées à une meilleure connaissance grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC) sont autant de facteurs qui concourent également à accroître la demande de soins médicaux.

1.3.2 Les mesures incitatives mises en place et leurs effets

- A) Régulation géographique des médecins généralistes : les incitations financières et non financières

Les médecins présentent de nouvelles attentes en termes de conditions de travail et de qualité de vie qui jouent sur le choix du lieu d'installation et les formes d'exercice.

Une étude sur un dispositif d'accompagnement à l'installation des jeunes médecins généralistes en Bretagne « DjemB »²⁷ met en évidence que pour les jeunes médecins « *le niveau de leurs revenus ne semble pas être une préoccupation. La majeure partie d'entre eux vivent en couple et sont des doubles actifs. Le choix de s'installer ou non est donc celui de la préférence et non de la nécessité.* »

Cela se traduit par des difficultés pour maintenir une offre de soins de proximité dans certaines zones rurales ou urbaines.

Pendant longtemps, les mesures se sont limitées d'une part à augmenter le nombre de médecins en relevant le *numerus clausus* et d'autre part à tenter d'effectuer un rééquilibrage régional du nombre de médecins formés et des disparités de spécialités, pour améliorer la répartition géographique et disciplinaire des médecins. Toutefois, le principe de la liberté d'installation fait que les corrections ne sont pas toujours efficaces dans la mesure où les médecins ne s'installent pas nécessairement dans la région où ils ont fait leurs études. Des travaux montrent que le taux de fuite de la région d'études est important. En effet, malgré une concurrence importante et la saturation de l'offre dans les zones à forte densité, les médecins continuent à s'y établir massivement au détriment des zones déficitaires.

Pour améliorer la répartition géographique des médecins et inciter à l'exercice dans les zones en difficultés, rurales ou urbaines, de nouvelles mesures ont été mises en place²⁸.

²⁷ Les dossiers de l'URCAM Bretagne. L'installation des jeunes médecins généralistes. Un accompagnement est-il possible ? Etude sur un dispositif d'accompagnement à l'installation des jeunes médecins généralistes en Bretagne « DjemB ». N°25, Décembre 2006.

²⁸ IRDES. Questions d'économie de la santé. « Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France ». n°122, Mai 2007.

Au niveau national, l'Etat et l'Assurance Maladie ont mis en place des aides financières à l'installation mais également au maintien en exercice. Certaines mesures donnent droit à des exonérations fiscales ou de charges dans le cas d'exercice ou d'installation dans des zones particulières (zone franche urbaine, zone de revitalisation rurale, communes de moins de 10 000 habitants). Elles s'inscrivent dans le cadre de politiques d'aménagement du territoire.

L'assurance maladie propose des outils d'information au niveau régional au moment de l'installation. D'une part, l'outil cartographique CartoS@nté permet de visualiser sur un territoire donné, jusqu'au niveau communal, l'offre et l'activité des professionnels de santé. D'autre part, l'outil InstalS@nté recense et informe sur la nature des aides que les collectivités territoriales peuvent apporter aux médecins qui souhaitent s'installer dans des zones définies comme prioritaires par les Missions Régionales de Santé (MRS).

Au niveau régional, les mesures mises en place interviennent au cours de la formation. On distingue les mesures d'information et de sensibilisation proposées dans les facultés de médecine. Les étudiants en médecine sont sensibilisés à des terrains de stages particuliers, en hôpital local ou en zone rurale par exemple.

Réglementairement, l'arrêté du 2 mai 2007 modifiant l'arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales prévoit que chaque étudiant doit effectuer un stage d'initiation à la médecine générale d'une durée de deux mois. Ce stage a pour but de sensibiliser les étudiants en médecine à l'exercice de la médecine générale en cabinet et d'appréhender de manière différente la relation médecin-patient.

Des actions d'information et de promotion de pratiques spécifiques, comme l'exercice de la médecine générale en zone déficitaire sont réalisées.

Les mesures d'incitation aux choix des disciplines ou aux environnements déficitaires se présentent généralement sous la forme de bourses d'études, sous conditions de stage ou d'installation dans la région.

Les initiatives des professionnels de santé visant à s'organiser autrement sont fortement encouragées : soutien et financement de formes d'organisation de soins innovantes et mesures sur l'accès aux nouvelles technologies de l'information et de la communication.

Ces modes d'organisation innovants renvoient principalement aux maisons de santé pluridisciplinaires ainsi qu'à des dispositifs de permanence des soins.

Ces mesures permettent de favoriser la collaboration et la coordination entre les professionnels de santé (médecine de groupe, délégation de tâches, télémédecine,...) et peuvent constituer une réponse à la pénurie médicale.

Enfin, les collectivités locales peuvent aussi favoriser l'installations de nouveaux médecins par la mise en place de mesures spécifiques : mise à disposition d'un cabinet médical ou d'un logement, par exemple, pour faciliter l'installation d'un médecin dans une zone défavorisée.

B) Des résultats modestes

Cependant, différentes études montrent que ces mesures semblent n'avoir qu'une influence modérée sur la réduction des inégalités territoriales à court terme et très faible à long terme.

L'efficacité des incitations financières et non financières visant à attirer les médecins généralistes dans les zones déficitaires est très limitée. Les arbitrages réalisés par les médecins entre la qualité de vie accessible en région parisienne, dans les grandes villes ou dans le sud de la France principalement et les incitations financières ou en nature se font à l'évidence en faveur des premières. En dépit des avantages parfois concédés aux médecins en zones rurales, ils y renoncent ou n'acceptent que pour un temps limité les délocalisations.

Ainsi, la Cour des Comptes dans son dernier rapport sur la sécurité sociale²⁹ met en évidence que : *« ces aides sont nombreuses, voire foisonnantes au niveau régional et local, rendant encore plus illisible le système. Leur recensement est difficile à faire. Ces aides ne sont, dès lors, pas forcément connues des intéressés. (...) En outre, pour les mesures régionales et locales, se pose la question de leur mise en cohérence par rapport à une évaluation nationale des besoins en professionnels de santé. Enfin, ces aides ne répondent pas aux déterminants du choix du lieu d'exercice. Ceux-ci accordent une grande importance à la dimension « qualité de vie » qui relève plus d'une problématique liée à l'aménagement du territoire que d'une question de rémunération ».*

De même, comme on l'a déjà souligné, une politique coercitive de localisation remettant en cause le principe du libre choix d'installation des médecins peut ne pas produire les effets escomptés.

²⁹ Cour des comptes. Rapport sur l'exécution de la loi de financement de la Sécurité sociale, 2007.

1.3.3 Les expériences étrangères pour répondre à la pénurie médicale

Comme la France, de nombreux pays d'Europe sont confrontés à des difficultés en ce qui concerne la régulation de la demande de soins non programmés. Des réflexions, voire des réformes d'ampleur sont en cours dans ces pays. Elles visent à prendre en compte les évolutions des modes d'exercices des médecins et à atténuer certains dysfonctionnements des systèmes actuels de permanence des soins.

De nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé se mettent en place afin d'assurer une meilleure organisation de la prise en charge des patients dans un contexte de pénurie médicale annoncée comme par exemple l'exercice de groupe et le transfert de compétences.

A) L'exercice de groupe

En France, la médecine de groupe en soins ambulatoires, souvent appelés soins primaires à l'étranger, est peu développée comparativement à d'autres pays, même si elle tend à augmenter.

Dans la plupart des pays développés, on assiste au développement d'une pratique plus collective des médecins : cabinets de groupe ou centres de santé, modes de regroupements en réseaux,...

Cette pratique de groupe est surtout dominante en Finlande, en Suède, au Royaume-Uni, et elle est majoritaire au Canada (Québec et Ontario) et aux Pays-Bas.

Les processus de regroupements et les modes d'exercice des médecins sont variés selon les pays : centres publics de santé avec équipes multidisciplinaires en Finlande et en Suède, cabinets privés sous contrat avec l'autorité locale au Royaume-Uni, cabinets privés au Québec, en Ontario et aux Pays Bas, gérés par des professionnels de santé indépendants.

De même, les modes de rémunération des médecins sont variables : salariat, capitation, forfait, paiement à l'acte.

B) Les transferts de compétences

La France est également très en retard par rapport à ses voisins européens en matière de transferts de compétences entre professionnels de santé.³⁰ Ils en sont au stade expérimental et ne constituent pas aujourd'hui une réponse à la pénurie médicale.

Toutefois, la Haute Autorité de Santé (HAS) en collaboration avec l'Observatoire National de la Démographie des Professionnels de Santé (ONDPS) a rédigé une recommandation publiée en avril 2008 qui portait sur le questionnement suivant : « *Délégation, transferts, nouveaux métiers... Comment favoriser des formes nouvelles de coopération entre professionnels de santé ?* »

Cette recommandation s'intéresse aux nouvelles formes de coopération entre professionnels de santé, définies comme une nouvelle répartition de tâches existantes ou la répartition de nouvelles tâches entre professionnels de santé. Elle s'inscrit, par conséquent, dans la problématique générale de l'amélioration de l'organisation des soins dans un contexte où se mêlent l'apparition de nouveaux besoins de santé, l'évolution de la demande adressée aux professionnels, des progrès technologiques importants et la diminution annoncée du nombre de médecins.

A l'étranger, les transferts de compétences des activités médicales aux acteurs paramédicaux sont nombreux et pour certains anciens. Les principales expériences se sont développées aux Etats-Unis, au Canada et au Royaume-Uni.

Les anglais sont ceux qui ont le plus délégué aux professionnels paramédicaux (infirmiers, orthoptistes,...). Ainsi, au Royaume-Uni, aucune loi ne réglemente actuellement le titre « d'infirmière praticienne » c'est à dire les infirmières formées essentiellement pour les soins spécialisés. La seule loi existante est celle qui encadre leur pouvoir de prescription.

De même, aux Etats-Unis, aux Pays Bas ou en Norvège, les manipulateurs en radiologie peuvent réaliser des échographies.

³⁰ IRDES. Questions d'économie de la santé. « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? ». n° 127, novembre 2007.

2 La continuité des soins à l'hôpital local d'Yssingeaux et la permanence des soins de ville

Dans cette partie, nous ferons une analyse du contexte de l'hôpital local d'Yssingeaux au regard de sa situation géographique et de la démographie médicale avant de nous pencher sur l'organisation de la permanence des soins à l'hôpital local et en médecine ambulatoire, et de voir dans quelle mesure les deux sont fortement corrélées.

2.1 La situation de l'hôpital local d'Yssingeaux

2.1.1 Une situation géographique plutôt favorable...

A) La localisation géographique de l'hôpital local d'Yssingeaux

Bien que située en zone semi-rurale, la ville d'Yssingeaux bénéficie d'une situation géographique privilégiée. La ville est chef-lieu d'un arrondissement qui comprend toute la partie Est du département de la Haute-Loire, dont elle est sous-préfecture.

Elle se situe au carrefour de trois influences : l'Auvergne par son rattachement administratif, le Languedoc par son histoire et la région Rhône-Alpes par ses activités économiques.

Sa localisation sur un axe de circulation d'importance nationale, l'axe Lyon – Toulouse, à 30 km du Puy en Velay, à 50 km de Saint Etienne et à 100 km de Lyon a conduit à une augmentation de la population de la ville et de ses environs depuis quelques années.

Actuellement, le secteur d'Yssingeaux ne rencontre donc pas de problème de pénurie de médecins du fait de sa situation géographique.

Cette situation favorable est amplifiée par la présence d'un hôpital local qui rend attractif l'installation de nouveaux médecins. De plus, l'hôpital local d'Yssingeaux dispose d'une palette de prises en charge extrêmement diversifiée. Il dispose d'un secteur sanitaire comprenant 25 lits de médecine, 15 lits de SSR et 60 lits d'USLD et d'un secteur médico-social composé de 106 lits d'EHPAD, 10 places d'accueil de jour et 44 places de SSIAD (43 places pour personnes âgées et 1 pour personne handicapée).

L'établissement s'inscrit dans une véritable dynamique projets avec la création de 5 lits d'hébergement temporaire à l'issue de la restructuration du secteur EHPAD qui est en cours ainsi que l'extension du SSIAD avec la création de 26 places supplémentaires approuvée par les membres du Conseil d'Administration (CA) lors de la séance du 2 juin 2008.

Cependant, tout risque n'est pas écarté dans un avenir proche, en raison de la démographie médicale du secteur.

- B) Le secteur d'Yssingaux : en zone non déficitaire au sens des Mission Régionale de Santé (MRS) mais qui risque de devenir fragile

La Mission Régionale de Santé (MRS) composée de l'ARH et de l'URCAM a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie³¹.

C'est elle qui définit les zones déficientes en offre de soins.

La MRS détermine les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS).

La MRS détermine également, « *après avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins prévu à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique* ³² ».

En Auvergne, les zones déficientes en médecine générale ont été arrêtées par la MRS Auvergne le 25 octobre 2005. La classification des zones est révisée tous les cinq ans.

Au regard de cette classification, l'hôpital local d'Yssingaux n'est situé ni en zone déficiente, ni même en zone de revitalisation rurale.

Cependant, le ministère a demandé aux URCAM de retravailler sur les zones déficientes. Il s'agit d'une nouvelle vision des zones déficientes et fragiles. L'analyse reprend des éléments prospectifs. Elle s'appuie sur la prise en compte de plusieurs critères auxquels ont été appliqués un système de pondération.

³¹ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. JORF n°190 du 17 août 2004.

Les critères sont les suivants :

- densité de la population de la zone ;
- existence d'un pôle de santé complet ou incomplet (un pôle de santé correspond à la présence de 5 services : médecins généralistes, infirmiers, dentistes, kinésithérapeutes et pharmaciens) ;
- part des médecins de plus de 55 ans ;
- densité médicale ;
- activité moyenne des médecins de la zone ;
- répartition par âge de la population ;
- accessibilité à un service d'urgences.

Ainsi, l'URCAM Auvergne a présenté au CODAMUPS d'avril 2007 un document sur « La *démographie médicale en Haute-Loire* ». Dans ce document, la nouvelle carte des zones déficitaires et fragiles du département en 2007 classe Yssingaux et Retournac en zone fragile. Toutefois, il n'y a pas eu pour l'instant de nouvel arrêté sur les zones déficitaires et fragiles.

Cela met en évidence que bien que la situation géographique d'Yssingaux soit favorable à court terme, tout risque de pénurie médicale sur le secteur n'est pas écarté à moyen terme.

2.1.2 Mais confronté à un risque de fragilité

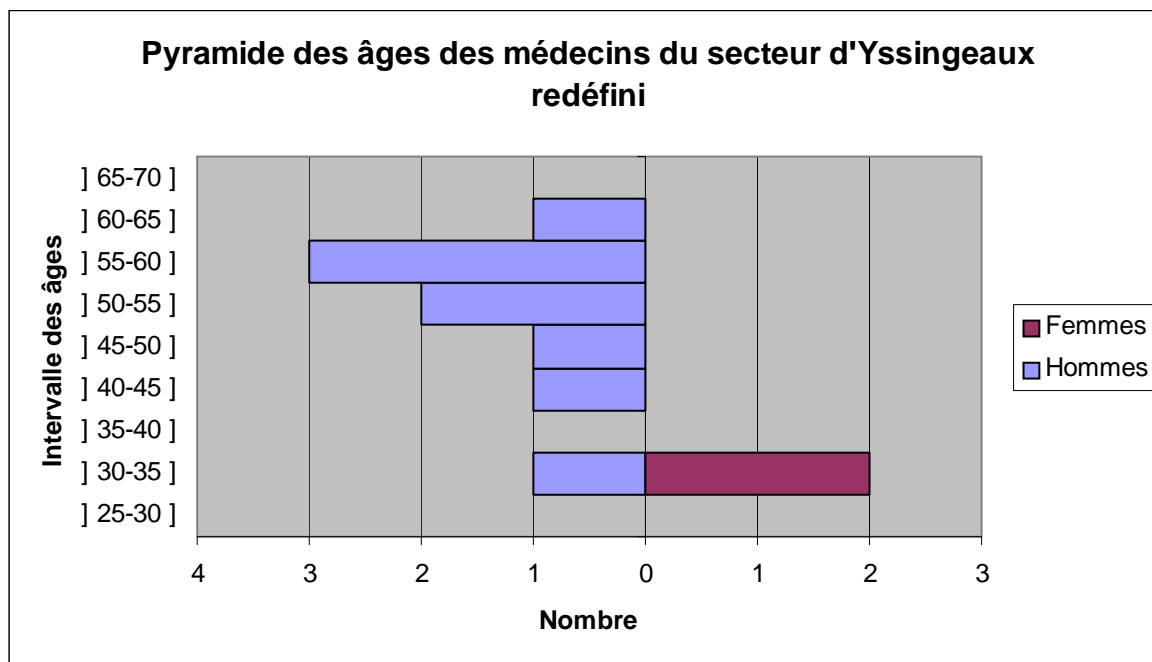
A) Pyramide des âges des médecins

Le secteur d'Yssingaux est confronté à court terme à un problème de démographie médicale, plusieurs médecins yssingelais atteignent l'âge de la retraite. Leur succession laisse peser des craintes pour l'avenir.

Pour le Président de l'Ordre des Médecins de la Haute-Loire³³, « *la campagne rebute ; en cause l'aménagement du territoire qui ne suit pas : il n'y a plus de commerces, ni de services publics, les gens s'y sentent enfermés. Et souvent, ils doivent travailler seuls.* »

³² Code de la sécurité sociale. Article L162-47 modifié par la loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 (art. 46).

³³ La Gazette N°388. Du 21 au 27 février 2008



La pyramide des âges ci-dessus prend en compte l'ensemble des médecins du secteur d'Yssingeaux ainsi que les deux médecins de Retournac. Comme on le verra un peu plus loin, ces deux médecins devraient rejoindre le secteur d'Yssingeaux à l'issue des travaux de redéfinition des secteurs sur le département de la Haute-Loire.

Neuf médecins ont demandé leur autorisation à exercer à l'hôpital local d'Yssingeaux :

- les sept médecins exerçant à Yssingeaux (cinq hommes et deux femmes),
- deux médecins exerçants sur des communes voisines : un à Saint Maurice de Lignon (12 km), l'autre à Lapte (11 km).

Les deux médecins de la commune de Retournac devraient venir se joindre à eux dans le cadre de l'organisation de la permanence des soins du secteur redéfini. Ils ne sont actuellement pas autorisés à exercer à l'hôpital local d'Yssingeaux.

La moyenne d'âge des médecins est relativement élevée. Elle est de 48,82 ans.

Actuellement, sur le secteur en cours de redéfinition (soit le secteur actuel de garde d'Yssingeaux élargi aux communes de Retournac, Chamalières sur Loire, Mézères et Solignac sous Roche), un médecin a plus de 60 ans, trois médecins ont plus de 55 ans et deux ont 54 ans.

Compte tenu de l'âge des médecins en exercice sur le secteur, un risque de pénurie médicale n'est pas à exclure dans les 5 à 10 prochaines années si rien n'est fait pour attirer de nouveaux médecins généralistes.

B) La féminisation des médecins d'Yssingeaux

Le secteur d'Yssingeaux n'échappe pas au phénomène de féminisation de la profession de médecin. Les deux dernières installations de médecins dans la commune concernent deux jeunes femmes âgées de 34 et 35 ans. Toutes les deux ont des enfants en bas âge. Lors des entretiens individuels réalisés avec chacun des neuf médecins autorisés à exercer actuellement à l'hôpital local d'Yssingeaux³⁴, elles ont clairement évoqué leur volonté de ne pas sacrifier leur vie personnelle au profit de leur vie professionnelle.

Ce sont surtout elles qui ont pointé du doigt une organisation de la permanence des soins à l'hôpital local reposant principalement sur le médecin traitant.

De plus, elles ont évoquées leur souhait de travailler différemment pour pouvoir consacrer davantage de temps à leurs enfants.

C) Un changement dans les pratiques médicales

A l'heure actuelle, les deux médecins installés à Saint Maurice de Lignon et à Lapte exercent seul ainsi que les deux médecins de Retournac.

Sur Yssingeaux, deux médecins exercent seul, les autres travaillant dans des cabinets de groupe (un groupe de trois médecins et un groupe de deux médecins).

Une des craintes qui apparaît est que le remplacement de ces médecins ayant un exercice isolé ne se fasse pas, les jeunes médecins ne voulant plus s'installer seuls aujourd'hui.

Les entretiens conduits auprès des médecins mettent en évidence une volonté de changement dans leurs pratiques médicales. Les médecins d'Yssingeaux qui exercent en cabinet de groupe avouent y trouver un grand confort d'exercice. Certains ont même précisé qu'ils n'auraient pas envisagé de s'installer seul, notamment en milieu rural.

Par contre, l'organisation de la permanence des soins qui avait été mise en place, il y a plusieurs années à l'hôpital local d'Yssingeaux et qui convient bien aux anciens médecins, ne convient plus du tout aux souhaits d'exercice des jeunes médecins.

³⁴ Cf. annexe 1.

2.2 L'organisation actuelle de la permanence des soins à l'hôpital local d'Yssingeaux

L'hôpital local d'Yssingeaux en tant qu'établissement public de santé a l'obligation de garantir la continuité des soins auprès des patients hospitalisés. Toutefois, l'organisation de la permanence des soins mise en place n'est satisfaisante ni pour les médecins autorisés à exercer, ni pour le personnel soignant de l'établissement.

2.2.1 L'engagement de l'établissement et des médecins à assurer la continuité des soins

A) Le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM)

Dans le cadre du CPOM signé le 6 juillet 2007 entre l'ARH et l'établissement, ce dernier s'est engagé à assurer la continuité des soins.

Ainsi, l'article 9 du CPOM est rédigé de la façon suivante :

« Article 9 – Condition de continuité des soins

Afin d'assurer la continuité des soins, l'établissement s'engage à rechercher les modalités les plus adaptées en termes d'astreintes, y compris avec les autres établissements de santé du territoire ou en inter territoires.

Pour les activités de soins se déroulant en ambulatoire et qui le nécessitent, l'établissement met au point les procédures permettant au patient de bénéficier d'une continuité de prise en charge médicale. »

B) Le règlement intérieur du fonctionnement médical

Lorsque les médecins généralistes libéraux demandent leur autorisation à exercer à l'hôpital local d'Yssingeaux, ils s'engagent à respecter le règlement intérieur du fonctionnement médical. Ce dernier précise qu'ils doivent participer à la permanence médicale des soins auprès des patients et des résidents de l'établissement.

2.2.2 L'organisation actuelle de la permanence des soins

L'organisation de la permanence des soins doit répondre à deux objectifs essentiels. D'une part, elle doit répondre aux principes d'égalité, d'accessibilité, de continuité de la permanence des soins à la population. D'autre part, elle doit offrir un cadre de travail répondant aux attentes des professionnels en matière de contraintes et de conditions d'exercice.

La procédure qui existe actuellement à l'hôpital local est la suivante :

« La journée, appeler le médecin traitant en premier lieu et s'il n'est pas là, appeler le médecin de garde.

La nuit, la procédure est la même que précédemment sauf en situation d'urgence vitale où le médecin de garde sera appelé en première intention ».

Mais cette organisation de la permanence des soins à l'Hôpital local d'Yssingeaux doit être revue car elle n'est plus adaptée aux modes d'exercice des médecins généralistes, et n'est pas complètement efficiente pour le personnel soignant de l'établissement.

Ainsi, au cours des entretiens réalisés auprès des médecins, certains ont exprimé leur insatisfaction par rapport à l'organisation actuelle de la permanence des soins à l'hôpital local d'Yssingeaux. En effet, le fait d'appeler le médecin traitant en première intention fait qu'ils n'ont jamais l'esprit libre. Ils ont toujours la crainte d'être appelés. Cependant, la plupart avouent être très rarement dérangés par le personnel soignant de l'établissement et quand ils le sont, la situation est toujours justifiée.

De même, le personnel soignant est confronté à une difficulté liée à la procédure qui prévoit d'appeler le médecin traitant en première intention. Ainsi, il ne sait pas toujours quel médecin contacter quand un patient ou un résident présente un problème médical en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux, la nuit, les week-ends et jours fériés, et que son médecin traitant est absent et n'assure pas la garde libérale. De plus, le personnel de l'établissement hésite toujours à déranger le médecin traitant quand celui-ci n'est pas de garde.

2.2.3 La continuité médicale à l'hôpital local d'Yssingeaux : axe majeur du projet d'établissement

La problématique de l'organisation de la continuité médicale des soins à l'hôpital local d'Yssingeaux s'inscrit dans un contexte de réécriture du projet d'établissement.

Un nouveau projet d'établissement doit être rédigé au cours de l'année 2008.

Un séminaire animé par un consultant externe en présence des médecins autorisés à exercer à l'hôpital local d'Yssingeaux a été organisé en juin 2007 par la direction de l'établissement pour définir les principaux axes stratégiques du projet médical de l'établissement.

Parmi les différents points abordés, une des difficultés majeures qui est apparue au cours de la journée est l'organisation de la permanence des soins au sein de l'établissement. Il n'existe actuellement pas de tableau de garde propre à l'établissement. La permanence des soins dans l'établissement est la même que la permanence des soins en médecine ambulatoire.

Or, pour l'établissement, garantir la continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés est indispensable. Elle participe à la pérennité de l'hôpital local. Cela est encore plus vrai dans un hôpital local comme celui d'Yssingeaux où n'interviennent que des médecins libéraux.

2.3 Les évolutions qui se profilent au niveau de la permanence des soins en médecine ambulatoire sur le département.

2.3.1 L'organisation de la permanence des soins dans le département de la Haute-Loire

Il est extrêmement difficile de dissocier la permanence des soins de ville et la continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés à l'hôpital local. Un rapide tour d'horizon de l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire sur le département de la Haute-Loire est nécessaire pour bien définir son fonctionnement actuel. Ensuite, nous nous intéresserons aux évolutions qui se profilent notamment la réduction du nombre de secteurs de garde.

A) Une sectorisation en cours d'évolution

La Haute-Loire compte actuellement 186 médecins généralistes en exercice. 175 médecins généralistes effectuent des astreintes. Certains en sont exemptés par le Conseil de l'Ordre, essentiellement pour des raisons de santé.

La situation de la présence médicale dans le département de la Haute-Loire est contrastée avec des zones relativement bien dotées en médecins et d'autres où il y a peu voire plus du tout de médecins.

A l'origine le département de la Haute-Loire était divisé en 25 secteurs. La création de la maison de garde de Craponne sur Arzon au début de l'année 2007 a permis la fusion de trois secteurs (Craponne sur Arzon, Saint Pal en Chalencon et La Chaise Dieu)³⁵. Sur ce secteur, la permanence est désormais assurée par deux effecteurs, le premier délivrant les soins au cabinet médical de garde, le second effectuant les visites à domicile.

L'effecteur mobile de médecine générale, comme le préconise le rapport GRALL³⁶, assure sur des secteurs élargis les visites à domicile. Ces dernières s'avèrent indispensables pour les personnes âgées vivant seules à domicile ou en institution, pour les familles isolées, mais également pour la délivrance des certificats de décès. Elles doivent toutefois rester marginales.

Récemment, au niveau national, il a été décidé de réduire les secteurs de garde dans les départements sur la base de la population de chaque département.

La réduction des secteurs s'inscrit dans un contexte de rationalisation des moyens financiers.

Pour la Haute-Loire, il s'agit donc de passer de 23 à 7 secteurs de permanence des soins³⁷.

Compte tenu de la superficie (4977 km²) et de la situation géographique du département, l'objectif fixé paraît difficile à atteindre, la Haute-Loire étant un département rural et de moyenne montagne. Ces éléments ont un impact sur l'accessibilité aux patients et les délais d'intervention des médecins.

³⁵ Cf. annexe 2.

³⁶ Docteur Jean-Yves GRALL. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins, Août 2007.

³⁷ Cf. annexe 3.

Ainsi, dans le dossier qui a été présenté par le Préfet à la Mission nationale d'appui, il est proposé le maintien de 13 secteurs de garde avec à terme des perspectives d'évolution du dispositif de permanence des soins portant sur l'implantation de 6 maisons médicales de garde (au Puy en Velay, à Brioude, à Craponne sur Arzon, à Langeac, à Yssingeaux et à Monistrol)³⁸ couvrant l'ensemble du département de la Haute-Loire.

La plupart s'appuieraient sur un centre hospitalier ou un hôpital local sauf celle de Monistrol où il n'existe pas de structure hospitalière et dont le lieu reste à définir. Ainsi, cette dernière pourrait se situer soit dans des locaux de la maison de retraite, soit dans des locaux attenants à la caserne des pompiers.

Le fait d'avoir six points de consultations sur le département permettrait d'organiser la permanence des soins avec des délais de route raisonnables pour les patients.

La première sur le département, celle de Craponne sur Arzon a ouvert en janvier 2007, la seconde devrait être celle d'Yssingeaux.

La mise en œuvre de ce dispositif va se faire progressivement. Un délai 2 ans et demi est prévu pour que toutes ces structures soient en place (2008-2010) car elles nécessitent l'adhésion des médecins et du temps pour monter les dossiers de financements.

En ce qui concerne le secteur de garde d'Yssingeaux, il devrait être peu modifié compte tenu de l'importance de la population. Le secteur actuel de garde pour Yssingeaux devrait seulement être élargi aux communes de Retournac, Chamalières sur Loire, Mèzères et Solignac sous Roche. Par contre, une fois redéfini, le secteur comprendra un hôpital local et trois EHPAD.

Enfin, contrairement à certains secteurs du département qui vont être fortement élargis, il ne devrait donc pas y avoir d'effecteur mobile sur le secteur d'Yssingeaux. Mais, en l'absence d'un centre hospitalier doté d'un service d'accueil des urgences et d'un SMUR, les médecins d'Yssingeaux continueront à être mobilisables en astreinte pour l'aide médicale d'urgence (AMU) après minuit.

B) Le fonctionnement de la régulation sur le département

Dans le cadre de l'organisation de la permanence des soins, il est important de s'intéresser au fonctionnement de la régulation médicale sur le département de la Haute-Loire.

Au cours du stage de professionnalisation, j'ai eu l'opportunité d'assister, un dimanche matin, à la régulation médicale départementale située dans les locaux du centre

³⁸ Cf. annexe 4.

hospitalier Emile Roux du Puy en Velay. Ainsi, cela m'a permis d'avoir une vision plus claire de son fonctionnement.

Les demandes de soins sont classées en quatre niveaux, suivant leur degré d'urgence :

- **Niveau 1** : urgence absolue : départ d'une équipe médicale dans les deux minutes ;
- **Niveau 2** : urgence vraie : un avis médical est nécessaire dans les 15 à 20 minutes.

Les niveaux 1 et 2 constituent l'aide médicale d'urgence (AMU) et l'organisation d'une réponse à ces demandes de soins relève du SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente).

- **Niveau 3** : un avis médical est nécessaire dans la demi-journée,
- **Niveau 4** : il se limite à un conseil médical.

Les niveaux 3 et 4 correspondent à la permanence des soins (PDS).

L'organisation d'une réponse à ces demandes de soins relève du médecin traitant pendant la journée en semaine et de l'astreinte libérale (médecin généraliste de garde) sur les plages de la PDS (la nuit de 20 heures à 8 heures, le samedi après-midi à partir de 12 heures, les dimanches et jours fériés).

Sur le département de la Haute-Loire, cohabitent, depuis octobre 2007, une régulation par le SAMU centre 15 et une régulation libérale (assurée par des médecins libéraux). Les régulateurs libéraux assurent actuellement une présence sur les créneaux horaires où le nombre d'appel est le plus important autrement dit les dimanches et jours fériés pendant la journée. Par contre, pour les samedis après midis et la première partie de nuit (de 20 heures à minuit), un partenariat a été conclu avec les régulateurs hospitaliers. Ainsi, la régulation du SAMU centre 15 assure le relais sur les plages où les médecins libéraux ne sont pas présents.

En dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux libéraux, deux numéros d'appels différents coexistent pour bien différencier les flux :

- Le 15 : pour tout ce qui relève de situation de détresse et de l'urgence vitale.
- Un numéro à 10 chiffres : pour les consultations ou demandes de conseil ou renseignements. Les régulateurs libéraux ne régulent que les appels reçus sur ce numéro à 10 chiffres.

Quelque soit le numéro composé, tous les appels arrivent au même endroit.

L'objectif de cette organisation est d'arriver à une meilleure utilisation des ressources médicales.

Les médecins généralistes volontaires pour participer à la mise en place d'une régulation médicale libérale se sont organisés en association et ont créé REGLIB 43.

Ils se disent prêts à assurer l'ensemble des plages horaires de permanence des soins sous réserve d'avoir un nombre suffisant de médecins volontaires et formés.

Une évolution possible du système a été évoquée par le médecin libéral régulateur : à l'avenir, grâce au système d'informations en place, les médecins libéraux régulateurs, s'ils le souhaitent, auront la possibilité de travailler en régulation déportée. Autrement dit, ils pourront effectuer une régulation des appels directement de leur cabinet médical ou de leur domicile, sans avoir besoin de se déplacer au centre hospitalier du Puy en Velay.

2.3.2 La permanence des soins en médecine ambulatoire sur le secteur d'Yssingeaux

Si la continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés pose quelques problèmes, en revanche les médecins d'Yssingeaux estiment que l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire sur le secteur actuel fonctionne plutôt bien. Les médecins et les patients sont satisfaits, ces derniers ayant toujours une réponse en cas d'urgence.

Aussi, les médecins craignent que l'extension du secteur aux communes de Retournac, Chamalières sur Loire, Mézères et Solognac sous Roche ne viennent contrarier le fonctionnement actuel.

A ce jour, seuls les médecins d'Yssingeaux assurent la permanence des soins du secteur. Le médecin de Saint Maurice de Lignon est exempt de permanence des soins et le médecin de Lapte assure la permanence des soins avec les médecins du secteur voisin de Montfaucon.

Les médecins d'Yssingeaux s'organisent entre eux. Deux fois par an, ils se réunissent pour établir le tableau de garde du semestre suivant.

Lors des entretiens tous ont dit que ce système fonctionnait bien. Ils mettent peu de temps pour établir le tableau de garde. De plus, ils arrivent très facilement à se faire remplacer par un confrère lorsque celui qui est de garde à un imprévu.

L'extension du secteur d'Yssingeaux à quatre nouvelles communes n'est pas très importante comparativement à d'autres secteurs mais elle suppose l'intégration dans le tour de garde de deux nouveaux médecins de Retournac, seule commune du secteur redéfini qui a des médecins. Actuellement, ces derniers assurent des astreintes sur un autre secteur et ne sont pas autorisés à exercer à l'hôpital local d'Yssingeaux.

3 Les réflexions conduites et la définition du projet

Différentes pistes de réflexion ont été envisagées pour améliorer l'organisation de la permanence médicale des soins à l'hôpital local d'Yssingeaux.

3.1 Les pistes de réflexion envisagées pour répondre à l'obligation de continuité médicale des soins à l'hôpital local

3.1.1 Le recours à des médecins salariés

Un grand nombre d'hôpitaux locaux ont un fonctionnement qui repose essentiellement sur des médecins généralistes libéraux. Mais des textes récents sont venus élargir les possibilités offertes.

La circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local selon laquelle «...*Une seconde spécificité est son fonctionnement médical qui repose, pour l'essentiel, sur des médecins généralistes libéraux : l'hôpital local constitue un lieu de collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière.* » met en évidence la possibilité d'avoir recours à la fois à des médecins généralistes libéraux et à des praticiens hospitaliers pour assurer la continuité des soins au sein des hôpitaux locaux.

Cela a été précisé à l'Article R6141-30 du Code de la santé publique (Nouvelle partie Réglementaire) : « *Par délibération du conseil d'administration et après avis de la commission médicale d'établissement, si l'activité le justifie, l'hôpital local peut recruter des praticiens, dans les mêmes conditions que celles qui sont prévues à l'article R. 6141-29, pour les soins de suite ou les soins de longue durée ou pour assurer le fonctionnement de la pharmacie.* »

L'idée d'un recours à des médecins salariés a donc été envisagée dans le cadre des réflexions menées sur le projet médical mais elle n'a pas été retenue pour l'instant par la direction de l'hôpital local d'Yssingeaux, ni souhaitée par les médecins généralistes libéraux.

Toutefois, cette solution reste une possibilité qui ne doit pas être complètement abandonnée. Un désengagement des médecins généralistes libéraux est toujours possible dans le futur même si aujourd'hui, les médecins en exercice sur le secteur ne l'envisagent pas.

Ils considèrent que l'hôpital local constitue un outil de travail intéressant. Il leur permet de garder un contact avec le milieu hospitalier. Ils peuvent continuer à suivre leurs patients hospitalisés. L'hôpital local permet pour certaines pathologies d'hospitaliser les patients à proximité de leur domicile et de leur entourage. Il assure ainsi une continuité des soins pour les patients.

Enfin, les médecins admettent que l'hôpital local leur permet d'obtenir de bonnes suites de soins pour leurs patients grâce à une prise en charge de qualité par du personnel qualifié.

3.1.2 La création d'une maison médicale de garde

La circulaire N° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire a pour objet de mettre en œuvre les propositions faites par le Docteur Jean – Yves GRALL dans son rapport de juillet 2006 sur les maisons médicales des gardes.

Cette circulaire définit la maison médicale de garde « *comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée. Elle répond à un besoin bien identifié et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractué avec la MRS.* »

Le projet de maison médicale de garde à Yssingaux s'inscrit dans la réflexion menée sur l'organisation de la permanence des soins dans la Haute-Loire en application du décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de la santé publique.

L'implantation de la maison médicale de garde participe à la structuration de la PDS en milieu rural.

Ainsi, dans le cadre de la resectorisation, un projet de création de 6 maisons médicales de garde sur le département de la Haute-Loire a été envisagé.

Une première structure existe à Craonne sur Arzon, Elle fonctionne depuis le 1^{er} janvier 2007. Elle est adossée à l'hôpital local.

La prochaine maison médicale de garde qui devrait voir le jour est celle d'Yssingeaux. L'enjeu d'une telle structure est de conforter la place de l'hôpital local d'Yssingeaux sur le territoire de santé grâce à une présence médicale libérale suffisante, indispensable à son fonctionnement.

3.1.3 Le projet de maison de santé pluridisciplinaire

Ce projet s'inscrit pleinement dans les orientations définies par Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN, ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative, lors de la première phase de travaux des Etats Généraux de l'Organisation de la Santé (EGOS), en février 2008 et qui soutenait la création de maisons de santé pluridisciplinaires.

Le cahier des charges relatif aux maisons de santé pluridisciplinaires³⁹ définit ces structures de la façon suivante :

« Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) visent à offrir à la population, sur un même lieu, un ensemble de services de santé principalement de premier recours (soins primaires).

Regroupant des activités médicales et paramédicales, elles favorisent les prises en charge coordonnées et constituent une réponse à l'évolution des modes d'exercice souhaitée par de nombreux professionnels.

Elles apparaissent comme une solution concourant au maintien voire au développement de l'offre de soins dans les secteurs définis comme déficitaires. »

Le projet de maison de santé pluridisciplinaire, fortement sollicité par les professionnels de santé, a obtenu l'adhésion de tous les médecins généralistes d'Yssingeaux.

Il consiste donc à réunir dans un même lieu des personnes qui ont vocation à travailler ensemble. Un des principaux objectifs est de favoriser l'installation de nouveaux médecins généralistes sur Yssingeaux mais aussi de professionnels de santé en leur offrant des conditions d'exercice facilitées.

Le projet répond également à un besoin en termes de locaux de certains professionnels médicaux, paramédicaux et même sociaux. C'est le cas notamment du laboratoire d'analyses de biologie médicale ou du cabinet de radiologie situés à Yssingeaux qui ne disposent pas à l'heure actuelle d'une surface suffisante pour leurs locaux professionnels.

³⁹ Cahier des charges relatif aux maisons de santé pluridisciplinaire. Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Il s'agit d'un projet ambitieux et novateur de part le nombre et la diversité des professionnels susceptibles d'y participer, articulée avec l'hôpital local d'Yssingaux. Il vise à procurer une offre médicale et sociale diversifiée à la population.

3.2 Le projet défini aux termes des réflexions

Nous verrons qu'à ce stade d'avancement du projet, il a été décidé de modifier le fonctionnement actuel de la continuité des soins à l'hôpital local tout en le confortant par l'ouverture d'une maison médicale de garde à l'automne et la création d'une maison de santé pluridisciplinaire à moyen terme.

Ce dispositif participe au renforcement de la place des hôpitaux locaux dans le système de santé français par l'élaboration de projets pilotes novateurs.

La solution adoptée lors de la CME du 29 avril 2008 consiste, dans le cadre de l'élaboration du projet médical, à repenser la permanence des soins à l'hôpital local d'Yssingaux en mettant en place un projet en deux étapes.

Tout d'abord, un projet à très court terme (fin 2008) de mise en place d'une maison médicale de garde doit permettre de répondre à la fois à la problématique de l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire à l'issue de la refonte des secteurs de garde et de la permanence des soins à l'hôpital local d'Yssingaux.

Ensuite, dans un second temps, un projet plus ambitieux devrait voir le jour avec la création d'une maison de santé pluridisciplinaire.

Un des principaux objectifs du projet est d'anticiper les difficultés à venir du secteur d'Yssingaux en raison de la démographie médicale et plus largement des professionnels de santé.

3.2.1 Le nouveau fonctionnement de la continuité médicale des soins dans l'établissement

Lors de la réunion du 24 juin 2008 en présence des médecins du secteur en cours de redéfinition, du médecin inspecteur de santé publique de la DDASS et de la direction de l'hôpital local, une nouvelle organisation a été validée.

Les médecins d'Yssingaux ne souhaitent pas qu'il y ait deux tableaux de gardes différents pour la permanence des soins en médecine ambulatoire et pour la

continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés à l'hôpital local. Ils ne souhaitent pas multiplier la charge de travail occasionnée par les gardes.

Il a donc été décidé de n'avoir qu'un seul tableau de garde, pour les deux. En cas de problème à l'hôpital local, c'est dorénavant le médecin de garde qui est appelé par le personnel soignant de l'établissement, en première intention. Le médecin traitant ne sera donc plus dérangé lorsqu'il est en repos sauf s'il a donné au personnel des consignes particulières et qu'elles ont bien été notées dans le dossier médical du patient.

Un problème a toutefois été soulevé : en l'absence de médecin effecteur mobile sur le secteur d'Yssingeaux, si le médecin de garde effectue une visite à domicile et qu'une urgence vitale se produit à l'hôpital local d'Yssingeaux, que doit faire le personnel soignant. La procédure prévoit que lorsque ce cas de figure se présente, ce dernier doit appeler directement le centre 15.

3.2.2 L'ouverture prochaine de la maison médicale de garde

A) Le promoteur du projet

Lors des premières réunions de travail, il avait été décidé que le promoteur du projet serait l'hôpital local.

Mais après avoir sollicité des conseils auprès du Directeur de l'URCAM pour le montage du dossier de financement auprès du FIQCS, ce dernier a précisé que l'hôpital local n'était pas légitime pour présenter le dossier car il s'agit de fonds destinés aux soins de ville. Les médecins ont donc décidé de créer une association dénommée «DOCS' SUCS ».

L'assemblée générale constitutive a eu lieu le 24 juin 2008. Les statuts ont été déposés à la sous-préfecture d'Yssingeaux le 1^{er} juillet 2008.

L'hôpital local reste partenaire du projet. Il a apporté une aide technique à son élaboration notamment par la rédaction des statuts de l'association et la constitution du dossier de demande de financement en vue de la mise en place d'une maison médicale de garde auprès du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)⁴⁰.

⁴⁰ Le cahier des charges du Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) a été élaboré suite à la publication de la Circulaire N° DHOS/DSS/CNAMTS/01/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire et sur la base du cahier des charges national concernant les maisons médicales de garde.

Un projet de convention de fonctionnement de la maison médicale de garde entre l'association Docs' Sucs et l'hôpital local d'Yssingeaux est en cours de finalisation.

Tout ce travail a été réalisé en collaboration avec les services de la DDASS qui ont apporté un soutien important au projet.

B) L'élaboration du projet

a) *Les différentes sources de financements possibles*

Le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS)

Le Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS) est né de la fusion du Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) (Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 n° 2006-1640 du 21 décembre 2006). Le décret d'application n° 2007-973 portant création du FIQCS du 15 mai 2007 prend effet au 1er juillet 2007.

Le FIQCS finance :

« *des actions et des expérimentations concourant à **l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville**, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé ;*

- *le développement de **nouveaux modes d'exercice et de réseaux** liant des professionnels exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux ;*
- *des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la **permanence des soins** et notamment les maisons médicales de garde (MMG) ;*
- *des actions ou à des structures visant au maintien de **l'activité et à l'installation de professionnels de santé** pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire ;*
- *des actions favorisant **un exercice pluridisciplinaire et regroupé** des professionnels de santé. »*

Il est possible d'obtenir des financements pour la maison médicale de garde sur la base d'une convention pluriannuelle d'une durée de 5 ans maximum par la mission régionale de santé (MRS) sur des crédits du FIQCS.

Le Directeur de l'URCAM Auvergne a bien précisé que le FIQCS procure une aide au démarrage de projet, mais pour garantir la pérennité de la structure, il est nécessaire de rechercher d'autres sources de financement. Les financements du FIQCS sont prévus pour une durée limitée et ils peuvent être dégressifs.

L'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH)

L'ARH peut allouer des crédits aux maisons médicales de gardes, dans le cadre de mutualisations de moyens, si celles-ci s'appuient sur un établissement public de santé notamment pour le financement de temps infirmier.

Dans le cadre du **Plan urgences 2007 Hôpitaux locaux** et en application du décret du 11 décembre 2007, l'hôpital local d'Yssingeaux a obtenu des crédits pour un montant de 63 065 €.

L'établissement a évalué le montant nécessaire pour financer la continuité des soins auprès des patients hospitalisés à 20 064 € pour l'année 2008 sur la base d'une consultation à 22 € :

	Prévisionnel 2008	
	Nombre de Consultations	Valorisation
Nombre de consultations par demi-journée d'astreintes	52	1 144,00 €
Nombre de consultations par journée d'astreintes	130	2 860,00 €
Nombre de consultations par nuit d'astreintes	730	16 060,00 €
Total	912	20 064,00 €

Le reste des crédits servira à financer le nombre d'actes supplémentaires en SSR, l'augmentation de rémunération du médecin coordonnateur et la formation continue des médecins libéraux.

La direction de l'hôpital local d'Yssingeaux n'envisage pas de solliciter de nouveaux crédits auprès de l'ARH pour du personnel infirmier mis à disposition de la maison médicale de garde. Elle propose de financer elle-même ce temps infirmier supplémentaire.

sur la base des crédits qui lui ont été octroyés dans le cadre du Plan Urgences 2007 Hôpitaux locaux et dédiés à la rémunération des médecins pour assurer la continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés. Les médecins ne voulant pas établir deux tableaux de gardes différents ne percevront aucune rémunération pour la continuité médicale des soins à l'hôpital local d'Yssingeaux qui sera assurée dans le cadre de la PDS de ville.

Les autres partenariats

Des partenariats avec d'autres acteurs institutionnels (collectivités territoriales) sont encouragés et notamment avec la région dans le cadre de la mise en place d'une politique régionale de santé.

Les médecins peuvent également participer au financement de la maison médicale de garde.

b) Les médecins participant à la maison médicale de garde

La mise en place du nouveau dispositif départemental de permanence des soins qui est en cours de finalisation sur le département de la Haute-Loire va modifier les choses. Actuellement, la garde est organisée par les 7 médecins d'Yssingeaux. Or, même si le secteur d'Yssingeaux ne devrait pas beaucoup évoluer dans l'avenir compte tenu de l'importance de la population, une commune assez importante, celle de Retournac, qui compte 2535 habitants (Données INSEE – Population provisoire en 2004) devrait être rattachée à ce secteur ainsi que trois autres communes plus petites (Chamalières sur Loire, Mézères et Solignac sous Roche). Le secteur de garde redéfini porterait donc sur un bassin de population d'environ 20 000 habitants. Deux nouveaux médecins, ceux de Retournac, viendront rejoindre les médecins d'Yssingeaux pour participer au tour de garde. Pour l'instant, ces deux médecins participent aux astreintes d'un secteur de garde voisin.

D'autres interrogations devront également être levées. Actuellement, le médecin de Saint Maurice de Lignon est exempt pour participer à la PDS. En dehors des heures d'ouverture de son cabinet, ce sont les médecins d'Yssingeaux qui assurent la PDS pour ses malades. Sa participation à la maison médicale de garde va devoir être discutée.

De même, le médecin de la commune de Lapte est autorisé à exercer à l'hôpital local d'Yssingeaux, mais il fait partie d'un autre secteur de garde en médecine ambulatoire.

Il est nécessaire de déterminer clairement si la commune sur laquelle il exerce doit être rattachée au secteur d'Yssingeaux ou si au contraire elle reste dans le même secteur qu'actuellement. Si cette deuxième solution est retenue, la question de son autorisation à exercer à l'hôpital local d'Yssingeaux devra être posée.

Au final, sans changements majeurs dans les prochains mois, les astreintes à la maison médicale de garde seront assurées par 10 ou 11 médecins en fonction de la décision finale du médecin de Lapte sur son rattachement ou non au secteur d'Yssingeaux.

c) *L'indemnisation des médecins*

Le décret du 11 décembre 2007 prévoit l'indemnisation des médecins généralistes autorisés au titre de la continuité médicale des soins mais « *le médecin qualifié en médecine générale autorisé ne peut cumuler cette indemnisation avec celle à laquelle il peut prétendre au titre d'une participation concomitante à la permanence des soins* » en médecine ambulatoire.

L'hôpital local d'Yssingeaux ne fonctionne actuellement qu'avec des médecins généralistes libéraux.

Ce texte suppose l'élaboration de deux tableaux de garde différents : un pour l'hôpital local et un pour la garde libérale à la maison médicale de garde.

Or, comme on l'a vu, les médecins du secteur ne souhaitent pas multiplier les gardes et refusent d'organiser deux tableaux différents. De plus, la rémunération de la continuité médicale des soins à l'hôpital local est nettement inférieure à celle de la permanence des soins en médecine ambulatoire. A titre d'exemple, les médecins perçoivent une indemnité d'astreinte pour la PDS, la nuit, qui s'élève actuellement à 150 € alors que l'indemnité versée par l'hôpital pour la continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés est de deux consultations par nuit d'astreinte soit actuellement 44 €⁴¹.

⁴¹ Arrêté du 27 décembre 2007 portant détermination du plafond d'indemnisation des médecins qualifiés en médecine générale autorisés pour leur participation à la continuité médicale des soins de l'hôpital local.

La régulation

Conformément à l'article R.6315-3⁴² du Code de la santé publique, toutes les consultations réalisées à la maison médicale de garde devront être régulées par le centre 15 ou la régulation libérale.

Les médecins souhaitent qu'il n'y ait pas d'accès direct des patients à la maison médicale de garde. Pour cela, ils n'envisagent pas pour l'instant de définir des plages horaires fixes pour les consultations, contrairement à ce qui se fait à la maison médicale de garde de Craonne sur Arzon.

De plus, comme il n'est pas prévu qu'il y ait un médecin effecteur mobile sur le secteur d'Yssingaux, les visites à domiciles devront donc rester très rares. Cela suppose une bonne régulation des demandes de soins non programmés par le centre 15 et la régulation libérale.

d) Les moyens nécessaires

Les moyens humains

Du personnel peut être financé dans le cadre du projet.

La solution qui a été retenue à la fois par la direction de l'hôpital local et par les médecins est du temps infirmier mutualisé avec l'établissement ainsi que du temps de secrétariat.

⁴² Article R6315-3 du CSP modifié par Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 - art. 2 du JORF 28 décembre 2006 :

« L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le service d'aide médicale urgente.

Toutefois, l'accès au médecin de permanence peut également être assuré par des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le service d'aide médicale urgente. Les modalités de l'interconnexion sont définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier où est situé le service d'aide médicale urgente et l'association de permanence des soins. La convention précise également les modalités de collaboration entre le service d'aide médicale urgente et l'association ainsi que les procédures d'évaluation de cette collaboration. La convention est approuvée par le préfet après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires.

La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente peut être organisée en dehors des périodes de permanence des soins définies à l'article R. 6315-1, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée. »

Ainsi, l'hôpital local mettra à disposition du médecin de garde, du personnel infirmier à hauteur de 0,65 équivalent temps plein (ETP). Celui-ci assistera le médecin dans l'organisation de la PDS. Il sera chargé de l'accueil et de l'installation du patient. Il pourra préparer le patient (prise de tension, de température,...) et assister le médecin si l'état du patient le nécessite. Il pourra notamment l'aider pour la petite chirurgie, par exemple lorsque le médecin réalise une suture chez un enfant en bas âge.

Il assurera le suivi et le réapprovisionnement du petit matériel fourni par la pharmacie à usage intérieur (PUI).

L'hôpital mettra aussi, à disposition de la maison médicale de garde, du temps de secrétariat à raison de 0,30 ETP.

En lien avec les médecins et le personnel infirmier, la secrétaire sera en charge du suivi, de l'évaluation de l'activité de la maison médicale de garde et de la tenue des dossiers médicaux.

Les moyens matériels

La maison médicale de garde sera installée dans des locaux situés dans l'enceinte de l'hôpital local d'Yssingaux.

L'établissement met à disposition de la structure deux bureaux : un de 15 m² pour le bureau médical, un de 25 m² aménagé en salle de pansements ainsi qu'un espace accueil comprenant une salle d'attente et des sanitaires.

Ces locaux serviront également pour les consultations externes. Ils sont actuellement utilisés par les psychiatres et infirmiers psychiatriques du Centre Hospitalier Spécialisé du Puy en Velay dans le cadre de consultations externes. Ils continueront à être utilisés par ces professionnels qui interviennent uniquement en journée. Ils ne sont jamais utilisés aux horaires d'ouverture de la maison médicale de garde.

Ces locaux sont également mis à disposition de la médecine du travail deux jours par mois.

L'hôpital local assurera l'entretien des locaux, la fourniture de l'électricité, de l'eau, du chauffage, du téléphone moyennant une redevance mensuelle versée par l'association Docs' Sucs. Son montant sera revalorisé chaque année par délibération du Conseil d'Administration.

Les locaux sont mis à disposition de la maison médicale de garde à titre gracieux, aucune location n'est demandée.

De même, compte tenu du faible volume susceptible d'être produit, l'hôpital local d'Yssingeaux prendra à sa charge le tri, le conditionnement et l'élimination des déchets.

Sous la responsabilité du pharmacien de la pharmacie à usage intérieur, l'établissement fournira à la maison médicale de garde les consommables et dispositifs médicaux nécessaires à son fonctionnement. Ils seront ensuite facturés à l'association Docs' Sucs.

L'association Docs' Sucs prend en charge l'adaptation et l'équipement des locaux ainsi que l'achat du matériel nécessaire au fonctionnement de la maison médicale de garde. Un médecin généraliste libéral et le cadre supérieur de santé de l'établissement ont établi la liste de tout ce qui est nécessaire pour équiper les locaux.

Il est indispensable de sécuriser l'accès à la maison médicale de garde pour éviter que des intrus pénètrent dans l'établissement notamment la nuit où le personnel hospitalier est en effectif réduit.

L'établissement est déjà équipé d'un système de vidéosurveillance. La fermeture des portes est automatisée. Elles sont fermées à 21 heures. Leur ouverture est gérée par l'infirmier de nuit grâce à un interphone extérieur.

Toutefois, quelques aménagements restent à faire, essentiellement en matière de signalétique, pour signaler aux usagers l'entrée de la maison médicale de garde.

Enfin, il faut réfléchir à un système d'appel du médecin de garde en lien avec la régulation médicale départementale notamment lorsque celui-ci n'est pas à la maison médicale de garde et qu'un patient y a été orienté par le médecin régulateur.

Le logiciel utilisé par la régulation libérale permet de s'adapter à l'organisation souhaitée par chaque médecin de garde, même si à l'heure actuelle cela n'est pas encore mis en place. Ainsi, le médecin de garde peut être informé de l'envoi d'un patient à la maison médicale de garde par SMS ou par mail. Le logiciel permet également de gérer le planning de la garde du médecin en fixant des rendez-vous aux patients à des heures déterminées. Cela permet d'éviter un afflux de patients à certaines heures de la PDS.

e) Le délai de mise en place

La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) souhaitait une mise en place de la maison médicale de garde avant le début de l'été.

Mais, un délai raisonnable de trois mois semble nécessaire pour l'élaboration, puis l'instruction du dossier ainsi que pour la réalisation des aménagements nécessaires des locaux et l'achat de matériel pour équiper le cabinet médical.

La mise en place est donc fixée à l'automne 2008.

C) Une structure qui présente de nombreux intérêts

Les maisons médicales de garde présentent plusieurs intérêts.

Elles rendent plus lisible l'organisation de la PDS pour les usagers en instaurant un lieu fixe et facilement identifiable (ici, l'hôpital local) pour les consultations urgentes, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux. Elles permettent d'accueillir rapidement toute consultation non programmée.

Un des principaux objectifs est de désengorger les services d'urgences des hôpitaux, où les délais d'attente sont souvent longs.

Elles limitent les coûts pour la sécurité sociale. Selon un rapport de la Cour des Comptes publié en 2007, le coût moyen d'un passage aux urgences est nettement supérieur (223 €) à celui d'une consultation en maison médicale de garde (48 €).

Compte tenu de l'évolution de la démographie médicale sur le secteur d'Yssingeaux, une maison médicale de garde devrait permettre d'anticiper les départs à la retraite en rendant plus attractives les conditions d'exercice, facilitant ainsi l'installation de nouveaux médecins.

Les maisons médicales de garde peuvent, par conséquent, contribuer à la remédicalisation du milieu rural. Ainsi, lorsque ces structures existent, les médecins vont d'autant plus volontiers s'installer en zone rurale qu'ils ne sont pas obligés d'y vivre et d'assurer la PDS à leur cabinet.

De même, le fait que la maison médicale de garde se situe au sein d'un hôpital local devrait faciliter leur fonctionnement lors des astreintes.

Elle participera à l'amélioration de la continuité médicale des soins auprès des patients hospitalisés à l'hôpital local. Les médecins seront présents dans l'établissement sur des créneaux horaires élargis.

De plus, cette structure permettra d'optimiser les coûts en mutualisant les locaux et les moyens, notamment les moyens en personnel, et en faisant bénéficier la maison médicale de garde des tarifs d'approvisionnement de l'hôpital local en matière de consommables, en lien avec la pharmacie à usage intérieur et les services économiques de l'établissement.

En définitive, les maisons médicales de garde permettent de développer une véritable coopération entre l'hôpital local et les médecins généralistes libéraux en optimisant les ressources et en partageant les contraintes notamment dans les zones rurales.

L'engagement dans ce projet s'inscrit donc dans une stratégie « gagnant-gagnant » pour les médecins mais aussi pour l'hôpital local d'Yssingaux.

Tout d'abord, les gardes des médecins sont mieux organisées, dans des locaux bien équipés, au sein d'un établissement public de santé qui leur fournit ses compétences en matière de logistique et de personnel facilitant ainsi leur exercice durant les astreintes.

Ensuite, pour l'établissement, cela lui permet de répondre à son obligation d'assurer la permanence médicale des soins auprès des patients hospitalisés et d'assurer une plus grande sécurité dans la prise en charge des patients et dans le travail pour le personnel soignant.

Tout l'enjeu pour la direction de la présence d'une maison médicale de garde au sein de l'hôpital local est de permettre de bien ancrer l'établissement dans le secteur. Cette décision stratégique participe à la pérennité de l'établissement.

D) Les inconvénients

Au cours des réflexions menées sur le projet plusieurs problèmes ont été soulevés.

a) *La problématique de la pharmacie de garde :*

Les patients du secteur sont dirigés par la régulation vers la maison médicale de garde mais la pharmacie de garde peut être située relativement loin, les secteurs de gardes pharmaceutiques étant plus étendus que les secteurs de garde des médecins, actuellement.

Le Docteur GRALL dans son rapport soulève ce problème. Il évoque la nécessaire symétrie entre l'organisation de ce qu'il appelle l'Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP)⁴³ et l'accès à la garde pharmaceutique.

Ainsi, il note qu'il faut « *faire coïncider la garde pharmaceutique de ville avec les points fixes de médecine générale si ceux ci ne sont pas situés à proximité immédiate d'un*

⁴³ Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP) : cette appellation unique regrouperait à la fois la permanence des soins et l'aide médicale urgente.

service d'urgences. Une autre solution serait dans ces cas de permettre l'activité de pharmacie pour une pharmacopée simple et définie par avance. »⁴⁴

Une réflexion sur cette problématique doit être conduite par la direction de l'établissement en lien avec le pharmacien salarié de l'établissement et les officines de ville du secteur de gardes pharmaceutiques afin d'envisager une solution adaptée qui éviterait aux patients d'avoir à se déplacer pour obtenir les médicaments prescrits.

b) Le risque d'accroissement de la demande médicale pendant les horaires de la permanence des soins

La demande médicale pendant les horaires de la permanence des soins risque de s'accroître en raison d'une part du vieillissement de la population et d'autre part, de la politique de maintien à domicile des personnes dépendantes.

Par ailleurs, les demandes de consultations se déplacent progressivement en début de soirée sous l'effet de plusieurs facteurs : du développement du travail des deux conjoints dans un foyer, de l'allongement des temps de transports domicile – travail mais aussi de l'augmentation des demandes de consultations qui n'ont pas pu être satisfaites en journée.

Ainsi, il convient de responsabiliser l'utilisateur dans son utilisation de la permanence des soins pour éviter que de telles dérives ne se produisent.

Pour cela une large communication doit être mise en place auprès de la population locale qui rappelle les motifs de recours à la permanence des soins.

c) Le risque d'augmentation des consultations non régulées, les patients se présentant spontanément à la maison médicale de garde.

Le risque inhérent à ce type de structure est une expansion de la demande d'où la nécessité absolue que toutes les consultations soient régulées.

Cette exigence a été rappelée par les médecins libéraux d'Yssingaux dans le cadre de l'élaboration du projet.

⁴⁴ Docteur Jean-Yves GRALL. Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins, Août 2007. p.33

3.2.3 Un projet à moyen terme : la maison de santé pluridisciplinaire

A) Le promoteur du projet

L'hôpital local d'Yssingeaux conduit actuellement un vaste projet architectural concernant tout le secteur EHPAD. Toutefois, ce projet ambitieux de maison de santé pluridisciplinaire n'a pas été prévu par l'établissement au moment de l'élaboration du programme technique détaillé. L'établissement ne dispose donc pas de locaux suffisants pour pouvoir accueillir une telle structure. De plus, ce projet, même s'il est essentiel qu'il soit articulé avec l'hôpital local, est beaucoup plus large. Il devrait concerner de nombreux professionnels médicaux, mais aussi paramédicaux et sociaux. Il est donc intéressant de prévoir la maison de santé pluridisciplinaire dans des locaux différents mais situés à proximité de l'hôpital local.

L'hôpital local ne sera pas porteur du projet. C'est un projet qui appartient aux professionnels de santé.

Il a donc été proposé que la mairie d'Yssingeaux soit le promoteur du projet dans la mesure où la commune est susceptible de proposer une solution en termes d'immobilier.

B) La définition du besoin

Plusieurs pistes de réflexions ont commencé à émerger.

Tout d'abord, il est essentiel de définir le besoin. Une étude préalable d'opportunité et de faisabilité est indispensable. Elle doit s'attacher à faire ressortir les attentes des professionnels de santé, des institutions, des élus locaux, des patients et de la population locale.

Dans un premier temps, une enquête auprès de tous les professionnels susceptibles d'être intéressés pour exercer à la maison de santé pluridisciplinaire va être réalisée. Il s'agit d'avoir une vision plus globale et réaliste de l'étendue des besoins immobiliers.

Il est donc nécessaire, en tout premier lieu, de rechercher des financements pour effectuer l'étude d'opportunité et de faisabilité.

Ensuite, deux médecins généralistes d'Yssingeaux qui ont cessé récemment leur activité sont intéressés pour travailler sur ce projet. Ils vont donc être sollicités pour participer à son montage.

C) L'intérêt d'un exercice de groupe pluridisciplinaire

La maison de santé pluridisciplinaire présente l'avantage pour les patients de leur faciliter l'accès à une offre de soins diversifiée, dans un lieu unique, identifié et facilement accessible.

En ce qui concerne les professionnels de santé, l'un des principaux objectifs est d'améliorer leurs conditions d'exercice afin de favoriser leur installation et d'anticiper une situation qui risque de devenir problématique à l'avenir sur le secteur d'Yssingeaux si rien n'est fait pour les attirer.

Ce mode d'exercice constitue également une réponse aux changements sociétaux des médecins mais aussi des autres professionnels de santé.

Pour Patrick VUATTOUX, médecin généraliste à la maison médicale Saint-Claude à Besançon et président de la Fédération des maisons de santé comtoise (Femasac) c'est « *une autre façon de voir son métier et d'organiser l'offre de santé de demain* ».

S'installer en groupe permet une mutualisation des moyens : économie en termes de fonctionnement (secrétariat commun, achats groupés de consommables, petit matériel médical à usage unique,...), mais il ne se limite pas à cela.

Ces structures reposent sur un mode de fonctionnement collégial. L'exercice groupé facilite les remplacements pendant les congés sans avoir besoin nécessairement de recourir à des remplaçants.

Il facilite également l'exercice au quotidien : plusieurs médecins ont évoqués lors des entretiens que l'exercice groupé pouvait représenter un soutien en cas de coup dur avec un patient ou une aide dans une situation d'urgence. Il permet d'échanger sur les dossiers, mais aussi sur les problèmes rencontrés par les uns ou les autres. Les professionnels de santé sont parfois confrontés à des situations difficiles et un sentiment d'échec ressenti face à un patient pourra être désamorcé par la présence d'un confrère.

Aujourd'hui, les médecins ont bien conscience qu'il est quasiment impossible de s'installer seul. Ce phénomène est encore plus prégnant en milieu rural. On retrouve souvent à l'origine des projets déjà existants la volonté d'un médecin généraliste de ne plus exercer seul.

Lors des entretiens réalisés auprès des médecins, ce qui ressort par rapport à la mise en place d'une telle structure est de rendre attractif l'installation de nouveaux médecins à Yssingeaux.

Les maisons de santé pluridisciplinaires peuvent aussi constituer des lieux privilégiés de stage pour les médecins et pour tous les professionnels de santé.

Elles peuvent permettre de développer des actions de prévention et d'éducation pour la santé.

La pluridisciplinarité des équipes peut permettre d'initier des pratiques innovantes, de favoriser la délégation de tâches et la mise en place de protocoles communs.

Une articulation de la MSP avec l'hôpital local assure une meilleure prise en charge des patients et résidents de l'établissement dans la mesure où l'attractivité de la structure auprès des différents professionnels de santé peut amener une diversification de l'offre de soins. Ainsi, la mise en place de consultations avancées (en cardiologie, pneumologie,...) pourra bénéficier aux patients de l'établissement qui n'auront plus besoin de se déplacer au centre hospitalier de référence pour certaines consultations spécialisées. Le fait de limiter le recours aux transports sanitaires représente un gain financier non négligeable.

De même, une réflexion sur un système d'information permettant la mise en place d'un dossier patient partagé à la fois par les professionnels de santé et par l'hôpital local a été envisagée.

Les médecins interrogés souhaitent que la structure bien que n'étant pas située dans l'enceinte de l'hôpital local soit à proximité de l'établissement. Un médecin a parlé de la nécessité d'une « passerelle » entre les deux, au sens propre comme au sens figuré du terme.

Enfin, la problématique du remplacement du médecin de Saint Maurice de Lignon et de celui de Lapte qui exercent seuls a été évoquée. Leur succession risque d'être difficile. Aussi, les médecins d'Yssingeaux ont envisagé la possibilité de créer des cabinets secondaires dans ces deux communes pour pallier à un éventuel non remplacement de ces médecins, qui seraient en lien avec la maison de santé pluridisciplinaire.

D) Les obstacles à la structure

Au cours des entretiens réalisés auprès des médecins autorisés à exercer à l'hôpital local d'Yssingeaux, il est apparu trois grandes difficultés liées à l'exercice de groupe pluridisciplinaire.

Le premier frein est en lien avec l'ampleur du projet qui prévoit le regroupement d'une trentaine de professionnels. Or, les médecins interrogés ont relevé les difficultés qu'il y a à travailler ensemble parfois. Ainsi, plus ils seront nombreux et plus le fonctionnement sera complexe et nécessitera de l'écoute et des concessions de la part de chacun. Dès le départ, il est donc indispensable de bien penser la conception architecturale du projet afin d'assurer un fonctionnement qui garantisse au maximum sa pérennité.

Lors des entretiens, un médecin a évoqué que le fait d'avoir une salle d'attente commune à tous les médecins pouvait poser des problèmes à certains patients pour certaines consultations (gynécologiques ou pour conduites addictives par exemple). Dans ce cas, ils peuvent parfois préférer consulter un autre médecin que leur médecin traitant habituel.

Une des craintes évoquées plusieurs fois par les médecins au cours des entretiens est le risque de lourdeur de la structure. Plus il y a de personnes impliquées dans le fonctionnement d'une telle structure, plus les décisions risquent d'être longues à prendre.

Il est nécessaire d'obtenir un financement sur le long terme si on veut pérenniser dans le temps la maison de santé pluridisciplinaire et développer de nouveaux modes de prise en charge.

Enfin, si on reprend les propos de Michel SERIN, Président de la fédération des maisons de santé, concernant la rémunération des professionnels de santé, il considère que la rémunération à l'acte n'est pas adaptée au fonctionnement des maisons de santé pluridisciplinaires dans la mesure où les professionnels développent également des actions de santé publique.

Conclusion

L'hôpital local constitue le cadre original d'une collaboration entre la médecine libérale et la médecine hospitalière. Deux cultures différentes sont en présence et doivent se rassembler autour d'une même finalité : assurer la continuité des soins à une population vivant dans une zone géographique de proximité.

L'hôpital local d'Yssingeaux a fait le choix à ce jour de poursuivre dans la même voie et de continuer à ne fonctionner qu'avec des médecins généralistes libéraux. La direction ne souhaite pas actuellement avoir recours à des médecins salariés y compris à temps partiel comme les textes le lui permettent désormais. Cette solution lui paraît peu réaliste dans un contexte de pénurie médicale.

Toutefois, cette décision présente des risques pour l'établissement, liés d'une part à l'évolution démographique des médecins sur Yssingeaux et d'autre part à leur désengagement de l'hôpital local par un retrait de leur autorisation à exercer.

L'établissement se trouverait ainsi confronté à une insuffisance de médicalisation de ses services de médecine et de soins de suite et de réadaptation, qui pourraient les amener à disparaître.

Par conséquent, ces différents risques associés aux nombreuses évolutions qui sont en cours dans le domaine de la santé interrogent sur le devenir des hôpitaux locaux.

Cependant, l'hôpital local d'Yssingeaux bénéficie d'atouts. Il se situe dans un arrondissement proche de la zone urbaine de Saint-Étienne. Celui-ci connaît une augmentation sensible de sa population et les projections réalisées confirment cette tendance pour les années à venir.

Toutefois, il est indispensable de réfléchir à de nouvelles organisations pour anticiper les problèmes de démographie médicale sur le secteur d'Yssingeaux.

L'hôpital local d'Yssingeaux a joué un rôle moteur dans l'élaboration du projet de création d'une maison médicale de garde et il souhaite bien être un partenaire actif du projet de maison de santé pluridisciplinaire dans la mesure où il participe à assurer sa pérennité.

Au final, la réussite de ces projets passe par l'implication des professionnels de santé, de l'hôpital local mais également par l'investissement des collectivités locales et le soutien de la population.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Circulaire DHOS/DGAS/O3/AVIE/ n° 2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.
- Décret n° 2007-1741 du 11 décembre 2007 relatif au fonctionnement des hôpitaux locaux et modifiant le code de la santé publique (Dispositions réglementaires) - JORF n°0289 du 13 décembre 2007 page 20148 - texte n°32.
- Arrêté du 27 décembre 2007 portant détermination du plafond d'indemnisation des médecins qualifiés en médecine générale autorisés pour leur participation à la continuité médicale des soins de l'hôpital local – JORF du 6 janvier 2008 – texte n°19.
- Loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 n° 2006-1640 du 21 décembre 2006). Le décret d'application n° 2007-973 portant création du FIQCS du 15 mai 2007 prend effet au 1er juillet 2007.
- Circulaire N° DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.
- Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).
- Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat).

- Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n° 1, n° 3 et n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.
- Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2007/74 du 21 février 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 des établissements de santé.

RAPPORTS :

- Les maisons médicales de garde - Docteur Jean-Yves GRALL – Juillet 2006.
- Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins - Docteur Jean-Yves GRALL - Conseiller Général des Etablissements de Santé - Août 2007.
- Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS) – par Philippe RITTER – Préfet honoraire – Janvier 2008.
- Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidée par M. Gérard LARCHER – Avril 2008.
- Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales sur la démographie médicale, par M. Jean-Marc JUILHARD, Sénateur du Puy de Dôme – Rapport n° 14, 2007-2008.
- La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner - Rapport présidé par le Professeur Yvon BERLAND.
- « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » - rapport d'étape présenté par le Professeur Yvon BERLAND – Octobre 2003.
- Rapport sur l'exécution de la loi de financement de la Sécurité sociale, Cour des comptes, 2007.

ARTICLES DE PERIODIQUES :

- Un exercice collectif en maison de santé – La Gazette Santé-Social – N°40 – Avril 2008.
- Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe – Revue française des affaires sociales – N° 2-3 – Avril-Septembre 2006 – 60^{ème} année.

MEMOIRE :

- Isabelle MARTIN - 2003 – « La création des maisons médicales de garde dans la permanence des soins : une réponse à la sur-utilisation des services d'urgences adultes du CHU de Toulouse ? » - Mémoire Directeur d'Hôpital - Ecole Nationale de Santé Publique.

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTE PUBLIQUE :

- MIP groupe n°6 – 2003 – « L'évolution du rôle des médecins généralistes libéraux à l'hôpital local » - Ecole Nationale de Santé Publique.
- MIP groupe n°6 - 2007 - « L'organisation de la permanence des soins de ville » - Ecole Nationale de Santé Publique.
- MIP groupe n°33 - 2007 - « Pôle santé : quelle évolution des pratiques professionnelles ? » - Ecole Nationale de Santé Publique.

ETUDES STATISTIQUES :

- La démographie médicale en Haute-Loire – Bilan et perspective – URCAM Auvergne – Avril 2007.
- L'atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1^{er} janvier 2007 – Etude n°40- Conseil National de l'Ordre des Médecins – Juin 2007.

AUTRES :

- Schéma régional d'organisation sanitaire d'Auvergne 2006-2011 – ARH Auvergne – Mars 2006.
- Bilan MRS 2006 – Mission Régionale de Santé d'Auvergne - 10 janvier 2007.
- Cahier des charges relatif aux maisons de santé pluridisciplinaires – Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).
- Référentiel national - Maisons de santé pluridisciplinaires.
- IRDES – Questions d'économie de la santé n° 92 – « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen - Première partie : les déterminants des inégalités sociales de santé et le rôle du système de santé » – Février 2005.
- IRDES - Questions d'économie de la santé n° 127 – « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? » - novembre 2007.
- IRDES – Questions d'économie de la santé n° 122 – « Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France » – Mai 2007.

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien médecins généralistes libéraux

Annexe 2 : Carte des secteurs actuels de garde des médecins libéraux

Annexe 3 : Carte des perspectives d'évolution des secteurs de garde des médecins

Annexe 4 : Carte des perspectives d'implantations des maisons médicales de garde et territoires desservis

ANNEXE 1

GRILLE D'ENTRETIEN MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX

ETAT CIVIL

Sexe :

Féminin

Masculin

Age :

Situation familiale :

En couple

Célibataire

Profession du conjoint :

Avez-vous des enfants ? :

Oui

Non

Si oui, combien ?

Age des enfants :

PARCOURS PROFESSIONNEL

Depuis quand êtes vous installé sur le secteur d'Yssingeaux ?

Qu'est ce qui dans votre parcours professionnel a motivé votre choix d'exercer en médecine libérale ?

Quelles sont les raisons personnelles et professionnelles qui vous ont amené à faire le choix d'une installation à Yssingeaux ou ses environs ?

- Raisons personnelles :
 - Situation professionnelle du conjoint :
Oui Non
 - Enfants :
Oui Non
 - Autres :

- Raisons professionnelles :
 - Présence d'un hôpital local :
Oui Non
 - Autres :

Quels sont les avantages de l'exercice médical en milieu rural ?

Quels sont les inconvénients ?

Comment voyez-vous l'évolution de votre métier dans les années à venir ?

PERMANENCE DES SOINS ET EXERCICE DE GROUPE

Par qui et comment est organisée la permanence des soins ambulatoire sur le secteur d'Yssingaux ?

Exercez-vous au sein d'un cabinet médical de groupe ?

Oui Non

Si non, seriez-vous favorable à un exercice de groupe ?

Oui Non

Quels avantages et quels inconvénients voyez-vous à l'exercice de groupe ?

Avantages :

Inconvénients :

Si un regroupement en un même lieu de professionnels de santé était mis en place à Yssingaux, seriez vous favorable à rejoindre cette structure ?

Oui Non

Quel type de structure faudrait-il privilégier à votre avis ?

Maison médicale

Maison médicale de garde

Maison de santé pluridisciplinaire

Autre :

De quelle nature juridique :

SCM

SCP

GIE

GCS

Association

Hôpital local

Autre :

A quels professionnels faudrait-il selon vous l'étendre ?

Laboratoire d'analyses médicales

Cabinet de radiologie

Kinésithérapeutes

Infirmiers libéraux

Chirurgiens dentistes

Autres Professions :

Cette structure devrait –elle être articulée avec l'hôpital local ?

Oui

Non

Si oui, de quelle manière devrait elle être articulée avec l'hôpital local ?

EXERCICE A L'HÔPITAL LOCAL

Quels sont les avantages de la présence d'un hôpital local pour votre activité libérale ?

Quelles sont les raisons qui vous ont conduit à demander votre autorisation à exercer à l'hôpital local d'Yssingeaux ?

L'organisation actuelle de la permanence des soins à l'hôpital local vous satisfait-elle ?

Oui

Non

Si non, pourquoi ?

Qu'est ce que vous proposeriez ?

Etes-vous souvent appelé (en tant que médecin traitant) par le personnel de l'hôpital local en dehors des horaires d'ouverture de vos cabinets médicaux ?

Oui

Non

Quelle est la fréquence moyenne mensuelle ?

1 à 5 fois

6 à 10 fois

11 à 15 fois

16 à 20 fois

+ de 20 fois

Etes-vous souvent appelé par le personnel de l'hôpital local lorsque vous êtes de garde en ambulatoire ?

Oui

Non

Quelle est la fréquence moyenne par garde ?

Jamais

1 fois

2 à 5 fois

6 à 10 fois

+ de 10 fois

Lorsque vous êtes appelé par l'hôpital local, l'appel concerne plutôt quel service de l'établissement ?

Médecine

Soins de suite et de réadaptation

Long séjour

Unité Alzheimer

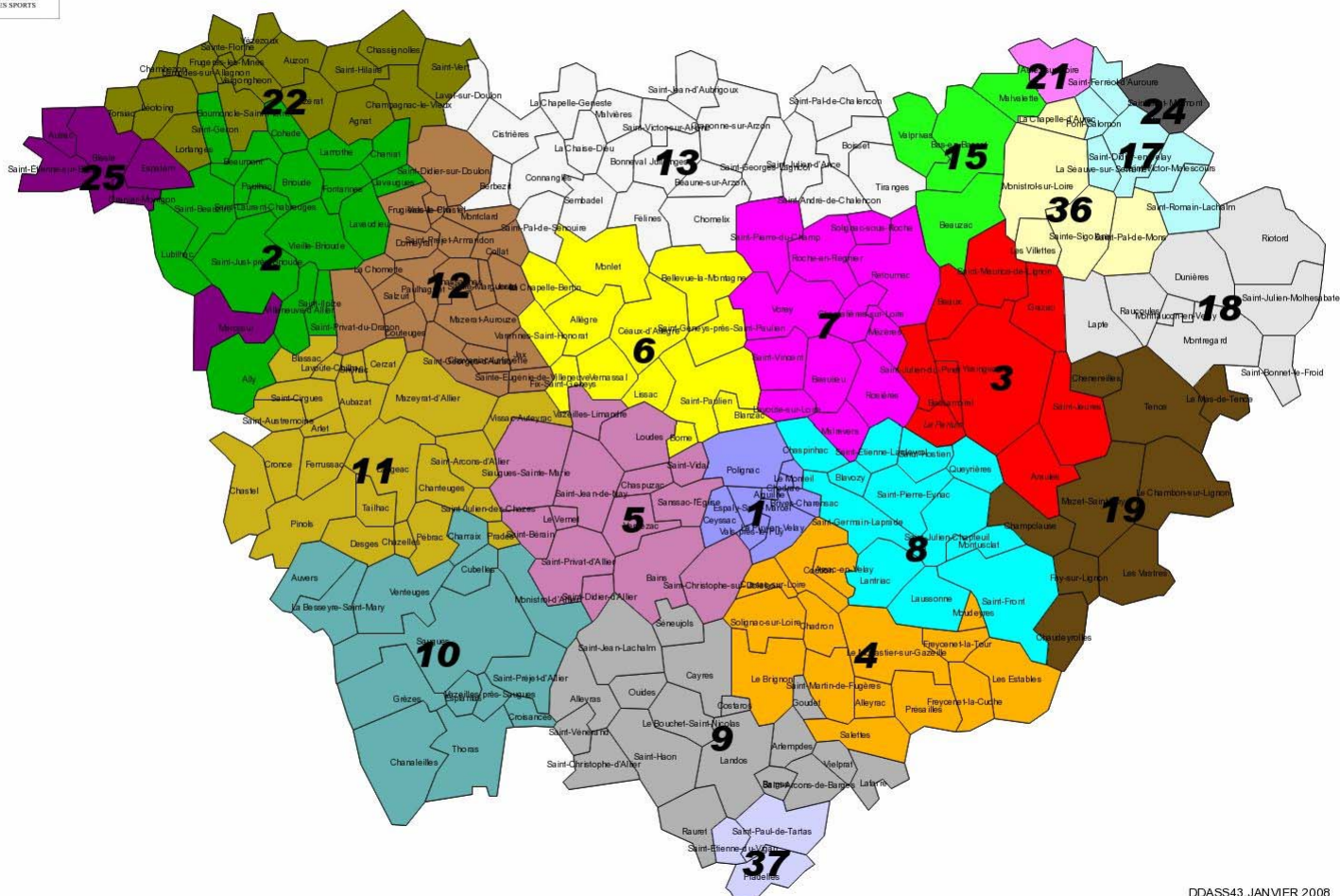
EHPAD

Pouvez-vous faire une description des relations que vous avez avec l'hôpital local (nature des relations, entente, respect mutuel,...)

ANNEXE 2



SECTEURS DE GARDE DES MEDECINS LIBERAUX

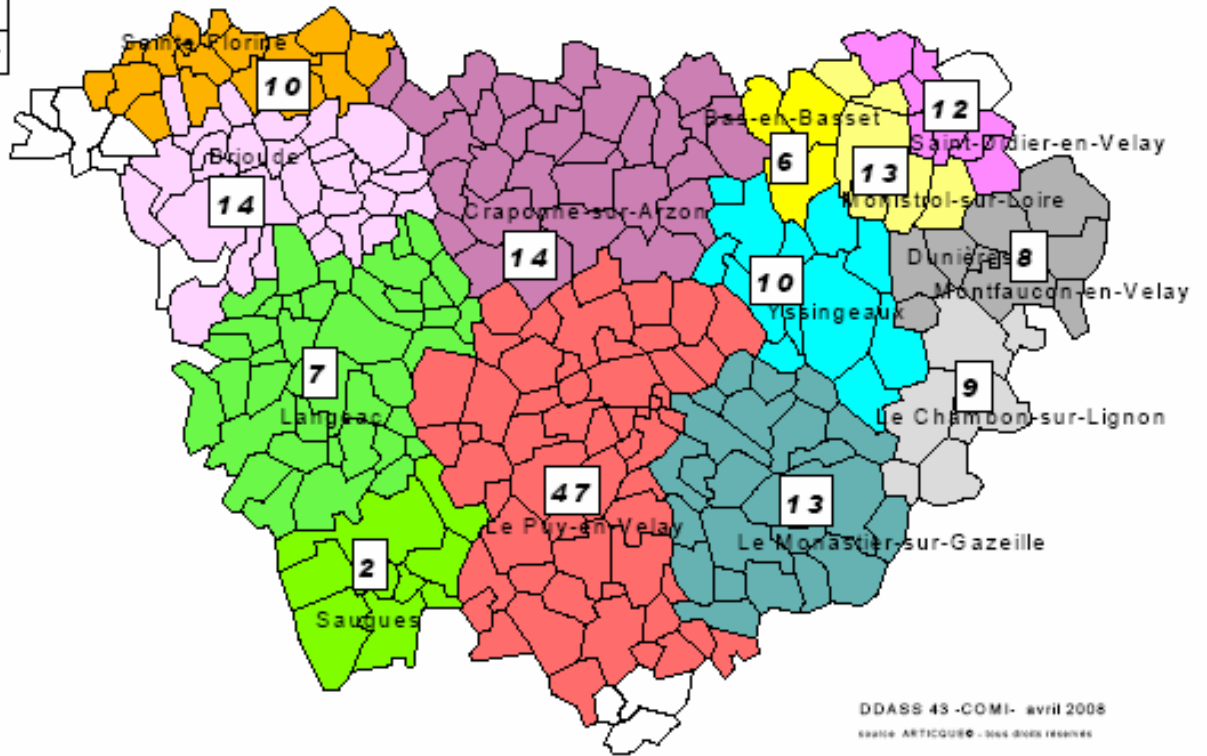


DDASS43 JANVIER 2008

ANNEXE 3



PERSPECTIVES D'EVOLUTION DES SECTEURS DE GARDE DES MEDECINS
Nombre de médecins assurant les permanences par secteur



ANNEXE 4

PERSPECTIVES D'IMPLANTATIONS DES MMG ET TERRITOIRES DESSERVIS

