



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'hôpital

Promotion 2004

**L'ÉMERGENCE DES MAISONS MÉDICALES DE
GARDE DANS LA PERMANENCE DES SOINS ET
LEUR INCIDENCE SUR L'ACTIVITÉ HOSPITALIÈRE**

Benoît MÉNARD

Remerciements

A l'issue de ce travail, je souhaite saluer celles et ceux qui m'ont consacré un peu de leur temps, rendant plus aisée ma compréhension des maisons médicales de garde, facilitant grandement ma recherche documentaire, et permettant surtout qu'en dépit des nombreuses heures de travail, ce mémoire demeure placé sous le signe de la découverte dans la convivialité.

Une gratitude particulière va à Monsieur Michel Rousseau, Directeur du Centre hospitalier de Narbonne, qui a fait preuve d'une grande disponibilité et a toujours pris le temps de relire avec attention mes différents travaux.

Merci à toute l'équipe de direction, qui m'a fort chaleureusement accueilli, et tout particulièrement à Monsieur Bruno Dumas, mon maître de stage, qui s'est régulièrement intéressé à l'évolution de mon travail et aux éventuelles difficultés auxquelles j'ai pu être confronté.

Une grande reconnaissance va par ailleurs à Madame Marie Guérard, responsable du Bureau des entrées de l'hôpital de Narbonne, qui m'a aidé à alimenter avec ponctualité et précisions mes différents tableaux d'activité.

Mes remerciements s'adressent également à Monsieur le docteur Bernard Méric, fortement impliqué dans le projet narbonnais de la maison médicale de garde, qui a su me faire part de son expérience et a bien voulu me fournir des données relatives à cette structure.

J'ai également été honoré d'être invité à Grenoble, au premier Congrès de la Fédération des maisons médicales de garde, qui m'a permis de m'entretenir avec d'autres responsables de maisons médicales.

Enfin, merci aux docteurs Michel Mora et Christophe de la Vega, chef de service et praticien hospitalier au service des urgences du Centre hospitalier de Narbonne, qui ont bien voulu me faire part de leur point de vue sur l'incidence de la maison médicale sur leur service.

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LA MAISON MEDICALE DE GARDE : UN NOUVEL ACTEUR DE SANTE DANS LE PAYSAGE DE LA PERMANENCE DES SOINS	3
1.1 Un élément de légitimation : la conjonction d'une faible participation des médecins libéraux à la permanence des soins et de services d'urgences répondant avec difficulté à la de mande croissante de la population.....	3
1.1.1 Une démographie médicale peu propice à l'organisation de tours de garde.....	3
1.1.2 L'engorgement des urgences : le glissement vers un rôle de premier recours.....	8
1.1.3 L'attitude des patients : vers un nouveau « consumérisme médical » ?.....	11
1.2 Les fondements juridiques d'une permanence des soins renouvelée : une incertaine oscillation entre obligation et volontariat.....	16
1.2.1 La permanence des soins : un nécessaire effort de définition	16
1.2.2 La participation à la permanence des soins : une exigence source de contestations	18
1.2.3 Une première réponse : la création du groupe de travail sur la permanence des soins et les conclusions du « Rapport Descours ».....	19
1.2.4 Les suites du rapport Descours : les textes des 15 septembre et 12 décembre 2003.....	22
1.3 Une impulsion politique en faveur des maisons médicales, qui s'est concrétisée le 1^{er} mars 2004 dans le cas du projet narbonnais	27
1.3.1 Un soutien ministériel marqué envers les maisons médicales de garde.....	27
1.3.2 Le projet narbonnais et son récent aboutissement.....	29

2	APPROCHE COMPAREE ET TENTATIVE D'EVALUATION DES EXPERIENCES MENEES : DES ENSEIGNEMENTS POUR LES ACTEURS NARBONNAIS	35
2.1	Un premier bilan, à Narbonne et ailleurs.....	35
2.1.1	Un mouvement qui se structure : la Fédération française des maisons médicales de garde, le Congrès de Grenoble et ses enseignements.....	35
2.1.2	Des débuts encourageants au vu des premiers résultats de la maison médicale de Narbonne	38
2.2	La relation parfois ambiguë Hôpital / Maison médicale de garde : partenariat naissant ou nouvelle rivalité public / privé ?.....	43
2.2.1	La maison médicale de Narbonne face au SAU du Centre hospitalier : une étude d'incidence.....	43
2.2.2	Au delà des chiffres : une volonté limitée de collaboration	50
2.3	Les maisons médicales demeurent une solution partielle au problème de l'encombrement des urgences hospitalières, ce qui invite à développer des approches complémentaires.....	51
2.3.1	La pérennité du financement des maisons médicales de garde reste encore incertaine	51
2.3.2	Des palliatifs à la surcharge des urgences doivent être développés, en synergie avec la pérennisation des maisons médicales de garde	55
	CONCLUSION.....	59
	BIBLIOGRAPHIE.....	61

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
CCMU	Classification clinique des malades des urgences
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CODAMUPS	Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CREDOC	Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSNP	Demande de soins non programmés
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FMMG	Fédération des maisons médicales de garde
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
MEAH	Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
MMG	Maison médicale de garde
PDS	Permanence des soins
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SAU	Service d'accueil et de traitement des urgences
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
UPATOU	Unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie
URML	Union régionale des médecins libéraux

INTRODUCTION

Le début des années 2000 a été marqué par l'apparition de nouveaux acteurs de santé, baptisés maisons médicales de garde et consistant à offrir aux patients une prise en charge des soins non programmés aux horaires de fermeture des cabinets de ville.

A Narbonne, une telle structure a ouvert ses portes le 1^{er} avril 2004, et au plan national près de 150 maisons médicales sont aujourd'hui en fonctionnement.

Les maisons médicales de garde sont avant tout présentées par leurs promoteurs comme la solution aux tours de garde souvent lacunaires que doivent théoriquement effectuer les médecins généralistes libéraux.

Au-delà, les pouvoirs publics voient dans les maisons médicales un possible remède à la surcharge d'activité des urgences hospitalières, au travers d'une collaboration renouvelée entre ville et hôpital.

La compréhension des besoins auxquels répond le concept de maison médicale, et celle de Narbonne en particulier, passe par l'analyse des éléments légitimant de telles structures. La correcte perception de son encadrement juridique nécessite en outre de resituer la maison médicale dans le cadre plus général de la permanence des soins, notion profondément remaniée au cours des dernières années.

L'existence de ce nouvel acteur de santé à Narbonne, depuis désormais plus de six mois, permet d'avoir un recul suffisant pour tirer un premier bilan de son fonctionnement. L'analyse de la maison médicale de garde narbonnaise doit être menée à l'aune des nombreuses expériences françaises, afin d'estimer notamment quels peuvent être le degré de collaboration entre maison médicale et hôpital, et l'incidence de la fréquentation de la première sur l'activité du second.

1 LA MAISON MEDICALE DE GARDE : UN NOUVEL ACTEUR DE SANTE DANS LE PAYSAGE DE LA PERMANENCE DES SOINS

1.1 Un élément de légitimation : la conjonction d'une faible participation des médecins libéraux à la permanence des soins et de services d'urgences répondant avec difficulté à la demande croissante de la population

1.1.1 Une démographie médicale peu propice à l'organisation de tours de garde

La maison médicale de garde, entité regroupant des médecins généralistes libéraux qui assurent une prise en charge aux heures de fermeture des cabinets de ville, trouve un premier élément de légitimation dans l'actuelle démographie médicale.

Baisse de la densité médicale, vieillissement, féminisation

La conjonction de plusieurs tendances que sont la diminution de la densité médicale, la féminisation de la profession et son vieillissement, a pour effet de réduire parfois très sensiblement la participation des médecins libéraux au tour de garde.

Selon une projection réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du Ministère de l'emploi et de la solidarité en 2002, le nombre de médecins par habitant pourrait baisser de 24 % d'ici 2020, après avoir augmenté de 35 % depuis 1980. Actuellement majoritaires en faculté de médecine, les femmes pourraient d'autre part devenir en 2020 plus nombreuses que les hommes parmi les médecins en exercice¹. Enfin l'âge moyen des médecins progresse régulièrement, allant de 42 ans en 1984 jusqu'à probablement 50 ans dès 2011, où il atteindrait un maximum, avant de baisser légèrement à 49 ans en 2020. La proportion de médecins de 55 ans et plus atteindrait pour sa part 40 % à compter de 2013. Si ces chiffres doivent être relativisés en raison de l'augmentation récente du *numerus clausus*, ils demeurent néanmoins des

¹ Darriné (S.), « Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par secteur d'exercice », in DREES, *Etudes et Résultats*, n°156, février 2002

indicateurs fiables, les mesures actuelles n'ayant que des effets à long terme du fait de la longueur des études médicales.

Ces tendances lourdes sont confirmées à l'échelon narbonnais. Ainsi, en 2010, 25 des 60 médecins généralistes narbonnais en activité aujourd'hui seront partis en retraite, et en 2050, 50 % des 105 médecins généralistes de l'aire narbonnaise seront partis en retraite. Or à l'heure actuelle, seuls 70 nouveaux médecins généralistes sont formés chaque années en Languedoc-Roussillon, dont 60 % de femmes.

Les densités de médecins généralistes dans l'Aude et dans le Languedoc-Roussillon, qui sont en 1998 supérieures à la moyenne nationale, devraient, selon les projections des URCAM², décroître fortement pour avoisiner la moyenne nationale en 2008 et devenir très inférieures à cette moyenne en 2013 :

	Nombre de médecins libéraux			Densités pour 100 000 habitants		
	1998	2008	2013	1998	2008	2013
Aude	376	347	295	112	99	83
Languedoc-Roussillon	2960	2731	2327	123	103	84
France	60363	61648	56804	103	101	91

En 2001, l'Union régionale des médecins libéraux du Languedoc-Roussillon a réalisé une enquête, citée dans une publication de l'ARH³, auprès des étudiants en médecine de Montpellier en fin d'études : 76 réponses ont été analysées et ont permis de définir le profil du médecin de demain, qui sera une femme dans 55 % des cas (actuellement seulement 27 % des médecins en exercice sont des femmes), et un salarié dans un établissement de soins dans 58 % des cas. Pour ceux qui décident de s'installer en libéral, 91 % souhaitent exercer dans un cabinet de groupe ; ils choisissent de préférence de s'installer dans une grande ville dans 61 % des cas, et de favoriser leur qualité de vie, leurs loisirs (10 heures par semaine) et leurs vacances (5 semaines par an).

² Les URCAM, La démographie médicale : une répartition géographique à venir, un enjeu de santé, septembre 2000

³ ARH Languedoc-Roussillon et URCAM Languedoc-Roussillon, *La permanence des soins en Languedoc-Roussillon. Etat des lieux, méthodologie et indicateurs régionaux*, Montpellier, juin 2003

Ces caractéristiques démographiques, ainsi que le souhait manifeste de ne pas sacrifier le loisir et la vie familiale devant l'exercice professionnel, expliquent pour une bonne part la difficulté récurrente à trouver des remplaçants, des associés, des successeurs, et même des volontaires pour participer au tour de garde. Une telle participation est en effet très contraignante, parfois difficilement conciliable avec une vie de famille, et impose une présence tardive fatigante et dans certains cas perçue comme une source d'insécurité.

Dans l'Aude⁴, 57 % des médecins participent à la permanence des soins (plus de 100 actes spécifiques annuels en moyenne, c'est-à-dire la nuit, le week-end et les jours fériés), ce qui est supérieur à la participation régionale, qui n'atteint que 45 %.

A Narbonne, au vu de l'état des lieux de la médecine libérale narbonnaise avant l'ouverture de la maison médicale de garde (MMG), le 1^{er} mars 2004, un constat net s'impose d'un désintéressement de plus en plus massif du tour de garde. Avant l'existence de la MMG, 70 % des gardes de week-end et de jours fériés étaient assurées par deux praticiens (l'un 50 %, l'autre 20 %). D'autres médecins se faisaient remplacer, pour les uns officiellement, par des résidents munis de licence de remplacement, pour les autres plus officieusement, par des médecins étrangers exerçant dans les hôpitaux. Seuls 15 % environ des médecins locaux assuraient personnellement leur garde de fin de semaine.

Avant l'ouverture de la MMG, et selon des témoignages de médecins généralistes narbonnais, il était fréquent, les nuits de semaine, de ne pas trouver le médecin titulaire de la garde, par défaut d'information de la population ou par oubli du médecin de garde.

Au total, cette imperfection d'organisation, quels qu'en aient été les éléments explicatifs, altèrait le service de la permanence des soins sur la ville de Narbonne. Il en résultait un glissement dans la fonction de premier recours, rôle traditionnellement dévolu aux médecins généralistes, mais en grande partie assumé par le Centre hospitalier, faute notamment d'un investissement suffisant de la médecine générale à ce niveau.

Des tours de garde lacunaires

⁴ ARH Languedoc-Roussillon et URCAM Languedoc-Roussillon, *La permanence des soins dans l'Aude. Etat des lieux et analyse départementale*, Montpellier, juin 2003

L'insuffisante participation des médecins au tour de garde a fait l'objet de vives polémiques à la suite de la canicule de l'été 2003. Le ministre de la santé lui-même, Jean-François Mattei, a critiqué la médecine de ville, sur laquelle il a fait porter une part de la responsabilité de la forte affluence aux urgences, notamment au moment de l'épisode de grippes et de bronchiolites de l'hiver 2003 : « *Il y a une insuffisance de médecins impliqués dans le système de garde*, a déclaré à l'AFP le ministre de la santé. *Je suis persuadé que si on avait une permanence de soins en ville correctement organisée et correctement assurée, les services hospitaliers d'urgence pourraient travailler dans de bien meilleures conditions. Il faut que l'on rétablisse la hiérarchie : la médecine de ville et la permanence de soins d'abord et l'urgence en recours. Ma volonté est vraiment de reconstruire cette articulation ville-hôpital* ». ⁵

Une mission de l'Inspection générale des affaires sociales a été chargée de rendre un rapport ⁶, remis au ministre de la santé en décembre 2003, au sujet du rôle joué par la médecine libérale lors de la canicule. Il ressort notamment de ce rapport que si des difficultés ont été constatées, relatives à l'établissement et au respect des tableaux de garde des soirs et week-ends, ces difficultés sont loin d'être propres à la période de la canicule.

Pendant longtemps, selon le rapport de l'IGAS, la participation à des tours de garde n'a posé aucun problème. En effet, les médecins inscrits sur les tableaux de garde soit effectuaient eux-mêmes leurs gardes, soit les transféraient vers de jeunes médecins remplaçants ou installés, volontaires pour assurer ces gardes qui constituaient à la fois une source de revenu et une façon de se constituer une clientèle.

Il semble difficile de dater précisément le moment où le nombre de volontaires a diminué de façon importante, mais le mouvement remonte au minimum au début des années 1980, notamment en milieu urbain ⁷. Il est dès lors devenu de plus en plus difficile d'élaborer des tableaux de garde complets et les conseils départementaux de l'ordre n'ont, pour la plupart, pas employé de moyens coercitifs à l'égard de leurs confrères afin de les contraindre à assurer leurs obligations de garde. C'est dans ce contexte que se

⁵ « Les médecins généralistes visés par le ministre de la santé », in *Le Monde*, 2 décembre 2003

⁶ Cuenat (J.-C.), Daniel (C.), Ollivier (R.), Roquel (T.), *Continuité et permanence des soins libéraux pendant l'été 2003*, Inspection générale des affaires sociales, Paris, 2003

⁷ Selon les médecins auditionnés par la mission de l'IGAS

sont développées des associations de médecins assurant des visites à domicile 24 heures sur 24, comme SOS Médecins. L'existence et la visibilité de telles structures ont pu à leur tour entretenir le retrait des gardes des médecins installés.

Ces difficultés ont pris une ampleur croissante dans les années 1990, si bien que dans une circulaire datée d'avril 1999 et adressée à tous les conseils départementaux, le Conseil national de l'ordre rappelle en ces termes les obligations déontologiques des médecins :

« Nous ne reviendrons pas sur les causes de la défection de nombre de confrères pour le tour de garde. Un certain laxisme de tous, tolérable quand la garde est malgré tout assurée, n'est plus acceptable quand des difficultés apparaissent dans beaucoup de villes ou de régions. Nous devons constater que les conseils départementaux ont remobilisé des confrères mais certains sont encore en peine devant la résistance de certains médecins dans tel ou tel secteur. Il est pourtant de la responsabilité du conseil départemental de veiller à l'application du Code de déontologie médicale, en particulier de l'article 77 ».

Les statistiques de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) font apparaître une baisse très sensible du nombre de généralistes qui travaillent le dimanche, baisse beaucoup plus marquée que l'infléchissement observé pour le reste de la semaine. Ainsi, la diminution du nombre de généralistes ayant émis un acte le dimanche a été de 18,2 % entre 2000 et 2001, de 8 % entre 2001 et 2002 et de 17,2 % entre 2002 et 2003.

Les enquêtes réalisées auprès des médecins confirment cette réticence à participer à des systèmes organisés de garde. D'une manière générale, les arguments avancés par la profession pour justifier leur désengagement se retrouvent dans la plupart des départements, mais sont toutefois variables en fonction de l'âge des médecins. Le tableau suivant⁸ présente les principaux arguments avancés :

Médecins de moins de 40 ans		Médecins de plus de 50 ans	
Raisons familiales	37 %	Fatigue	19 %
Raisons d'insécurité	22 %	Raisons de santé	15 %
Charges de travail excessives	17 %	Exercice particulier de la médecine	16 %

⁸ Source : enquête menée par le Conseil de l'ordre du Rhône, sur la base de 1563 questionnaires adressés à des médecins entre juillet et septembre 2002.

Le ministre de la santé Jean-François Mattei a fait réaliser une étude auprès des différentes DDASS, concluant à un dysfonctionnement des gardes dans 75 départements⁹.

1.1.2 L'engorgement des urgences : le glissement vers un rôle de premier recours

La fonction de premier recours exercée par l'hôpital explique en partie la très forte activité du service d'accueil et de traitement des urgences (SAU). A Narbonne, comme dans le reste de la France, cette sollicitation forte du service des urgences génère de nombreux désagréments pour le patient : délais d'attente importants, difficulté pour obtenir un lit d'hospitalisation en aval du SAU, nécessité fréquente de recourir aux transferts vers d'autres établissements du département ou de la région. Pour le personnel, ces désagréments prennent la forme d'une charge de travail parfois très lourde, et plus rarement de comportements violents, imputables à une attente jugée excessive.

Entre 1990 et 1998, le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû de 43 %¹⁰. Selon l'analyse réalisée par l'URML de Poitou-Charentes¹¹, les principaux facteurs jouant un rôle dans la décision de recourir à un service d'urgences sont :

- Les caractéristiques socio-démographiques des patients : les recours aux urgences sont ainsi plus fréquents pour les jeunes, les immigrés récents, les personnes de faibles niveau de revenu et de diplôme et les isolés. En ce sens la place prise progressivement par les urgences peut s'appréhender, entre autres, comme un signe de montée de la précarité sociale.
- L'absence de prise en charge habituelle par un médecin traitant.
- Le niveau de couverture maladie.

⁹ D'après une représentante de la DHOS lors du Congrès de la Fédération des Maisons Médicales de Garde, qui s'est tenue à Grenoble le 5 juin 2004.

¹⁰ Baubeau (D.), Deville (A.), Joubert (M.), Fivaz (C.), Girard (I.), Le Laidier (S.) « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », in *DREES, Etudes et Résultats*, n°72, juillet 2000

¹¹ Etude menée en 2000 grâce à l'analyse de la littérature internationale, par Rémy Bataillon (URML de Poitou-Charentes), en partenariat avec l'URCAM et l'ARH de cette région.

- Les conditions d'accessibilité aux services d'urgences (distance) et aux médecins libéraux (horaires d'ouverture et mode de paiement).
- Enfin leur perception de symptômes nécessitant des soins urgents.

Cette déclaration du père d'un jeune enfant, venu aux urgences, est symptomatique de la confiance presque aveugle faite à l'hôpital : « *On n'a pas vu de généraliste, on est venus directement, par habitude, explique le père de Jylan, 3 ans, qui tousse un peu. Quand il est malade, c'est moi qui l'amène à l'hôpital, parce qu'on préfère les soins des docteurs hospitaliers, qui prescrivent toujours le bon médicament* »¹².

Ceci explique que nombre de passages à l'hôpital correspondent à ce que les professionnels de santé qualifient d'urgences « ressenties », voire à l'expression d'une demande de soins pour des symptomatologies ne nécessitant pas forcément une prise en charge immédiate. On peut d'ailleurs noter que durant cette même période, et alors que la fréquentation des unités d'urgence augmentait de 43 % en huit ans, soit 4,6 % par an, le nombre de patients admis en hospitalisation complète à la suite d'un passage aux urgences n'a que très peu augmenté : il s'est accru d'environ 1 % par an. Au total, entre un quart et un cinquième des passages aux urgences donnent lieu à une hospitalisation en soins de courte durée (médecine, chirurgie, obstétrique, MCO)¹³. Le Centre hospitalier de Narbonne se situe dans la moyenne nationale puisqu'en 2003, 25 % des passages aux urgences ont donné lieu à une hospitalisation dans un établissement de l'entité juridique. D'autre part, entre 1993 et 2003, le taux de progression annuel de passage aux urgences a été de l'ordre de 4 %¹⁴.

L'analyse précitée de la DREES rejoint les résultats d'une enquête conduite par le CREDOC au début de l'année 2003, qui montre que le recours aux services d'urgence d'un hôpital est nettement plus fréquent que le recours à un médecin de garde¹⁵ :

*Vous êtes-vous déjà personnellement adressé dans les cinq dernières années ? :
(début 2003)*

¹² Garcia (A.), « Six heures d'attente aux urgences pédiatriques », in *Le Monde*, 1^{er} décembre 2003

¹³ Baubeau (D.), Deville (A.), Joubert (M.), Fivaz (C.), Girard (I.), Le Laidier (S.) « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », in *DREES, Etudes et Résultats*, n°72, juillet 2000

¹⁴ Centre hospitalier de Narbonne, *Rapport de gestion 2003*, Narbonne, 2004, p. 51

¹⁵ CREDOC, *Enquête « Conditions et aspirations des Français »*, 2003

	OUI	NON
Aux services d'urgence d'un hôpital proche de chez vous	51	47
Aux services d'urgence d'une clinique proche de chez vous	16	81
A un médecin de garde sollicité en urgence	31	69

Une forme d'explication de ce phénomène peut être trouvée dans une étude conduite en juin 2003 par la ville de Saint-Denis, et relative aux motifs invoqués par les personnes qui se sont adressées aux urgences de l'hôpital de la ville du 24 au 30 juin 2002.

Cette étude fait apparaître une grande pluralité dans les motifs de venue aux urgences :

Etre soulagé rapidement	48 %
Crainte de la gravité	47,50 %
Proximité de l'hôpital	34,50 %
Existence d'un plateau technique	23 %
Qualité des soins et examens	23 %
Seul endroit connu	13 %
Médecin indisponible	10,5 %
Gratuité	8 %
Envoi par un médecin	6,5 %

Ces analyses confirment donc la multiplicité et la complexité des raisons de venue aux urgences. La part de méconnaissance de la médecine de ville est réelle, même si elle est loin d'être majoritaire. Cela montre que les informations à diffuser à la population doivent tenter de répondre à cette pluralité des motifs de recours aux urgences, dès lors qu'un objectif de réorientation des patients est poursuivi.

L'engorgement des services d'urgences trouve donc un élément d'explication dans l'attitude du patient vis-à-vis de l'offre de soins et dans son appréhension personnelle du niveau d'urgence. Naturellement, le patient ne peut toutefois pas être tenu pour unique responsable des difficultés des services d'urgences, dont il est le premier à pâtir.

L'attente aux urgences, réelle ou ressentie, et qui est génératrice d'anxiété, voire d'agressivité, reste le principal motif d'insatisfaction des patients. Dans les huit hôpitaux

étudiés par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (Meah) en octobre 2003, les temps de passage totaux varient en moyenne de 1 heure 30 à 3 heures. Ces durées moyennes cachent de grandes disparités, 20 % des patients sortant en moins d'une heure, tandis que près 15 % attendent plus de 5 heures, parfois 10 heures.

Selon la Meah, « *l'analyse du temps d'attente permet de suivre pas à pas le processus de prise en charge des urgences dans l'hôpital et donc d'atteindre l'organisation et ses lacunes éventuelles. L'attente aux urgences n'est en effet que le résultat final de multiples encombrements au sein de l'hôpital et cache des difficultés de toute nature : attente d'un acte médico-technique (imagerie par exemple), attente logistique (brancardier), attente de l'accord d'admission d'un service clinique, attente d'un diagnostic médical ...* »¹⁶. C'est pourquoi l'ajout de moyens supplémentaires aux urgences sans accompagnement par une réflexion organisationnelle peut ne modifier que marginalement les temps de passage.

1.1.3 L'attitude des patients : vers un nouveau « consumérisme médical » ?

L'encombrement des urgences n'est toutefois pas exclusivement lié au mode d'organisation de ce service particulier constituant une porte d'entrée directe dans l'hôpital. En effet, la forte sollicitation des urgences hospitalières par les patients trouve des éléments d'explication dans un consumérisme médical de plus en plus marqué. Les praticiens rencontrés, tant libéraux qu'hospitaliers, confirment une tendance du patient à consulter fréquemment et pour des motifs parfois injustifiés. De plus en plus, un patient aura tendance à exiger très rapidement une consultation, même pour une douleur bénigne qui ne nécessiterait pas de prise en charge immédiate. Quant à l'urgence réelle, elle n'est pas toujours distinguée du simple soin non programmé non urgent, qui ne nécessiterait pas un passage par un SAU. Il y a ainsi une fréquente confusion entre ces deux notions, accentuant l'idée qu'il faut se diriger d'abord vers un établissement hospitalier.

Dans le département de l'Aude, selon Jean Guilhem, médecin généraliste et secrétaire du Conseil de l'ordre départemental, « *on appelle parfois le médecin pour des problèmes*

¹⁶ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, *Rapport d'étape «Le temps d'attente aux urgences »*, Paris, 15 octobre 2003

sociaux, des différends familiaux ou des débordements alcooliques. 5 % seulement des appels concernent des urgences vitales »¹⁷. Dans ces conditions une maison médicale permet au médecin de permanence de faire « *des consultations de nuit et de week-end au lieu d'aller au domicile* ».

Ce nouveau mode de consommation médicale est à mettre en parallèle avec l'accroissement constaté des appels reçus par les SAMU¹⁸. En dix ans, le nombre d'appels reçus par les centres de réception et de régulation des appels (CRRA, ou centres 15) des SAMU a été multiplié par trois. Depuis 1991, le nombre d'appels connaît une progression sensible d'environ 10 % par an.

Cette augmentation est pour une part due à la généralisation des centres 15 (on en dénombre aujourd'hui 105 sur l'ensemble du territoire), ainsi qu'à l'interconnexion des numéros 15 et 18 (sapeurs-pompiers) qui permet aux services concernés de se tenir informés réciproquement de leurs interventions. Mais d'autres éléments, liés à l'évolution de la société, peuvent contribuer à cette croissance : problème, déjà évoqué, de disponibilité des médecins de ville, le soir ou le week-end, mais aussi développement des sports à risque, ou encore augmentation, au cours des années 1990, du nombre de personnes en situation de précarité.

Il faut toutefois noter que comme pour les passages aux urgences hospitalières, les appels au centre 15 sont loin de constituer tous des cas graves. Ainsi, 30 % des dossiers traités par les centres 15 se limitent à une simple information ou conseil médical par téléphone. Quant à l'envoi d'une équipe médicalisée par le centre 15, elle reste très limitée, les sorties des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) étant en diminution depuis plus de 10 ans, et représentant seulement 12 % des réponses apportées par les SAMU.

Cependant, si la population semble être mieux informée, et avoir désormais acquis le « réflexe du n°15 », il en va encore tout autrement du « réflexe du généraliste ». Ainsi, l'absence de consultation d'un médecin préalablement à l'arrivée aux urgences est symptomatique de la tendance à considérer les urgences hospitalières comme l'échelon

¹⁷ J.P., « Bientôt des maisons médicales pour assurer les gardes de nuit », in *L'Indépendant*, 8 octobre 2002

¹⁸ Chanteloup (M.), Gadel (G.), « Les appel d'urgence aux centres 15 en 1997 », in *DREES, Etudes et Résultats*, n°55, mars 2000

de premier recours aux soins. Près de 75 % des usagers des services d'urgence s'y présentent directement, sans contact médical préalable, même par téléphone¹⁹, alors que dans certains cas le passage par un médecin généraliste pourrait être suffisant. Ceux qui ont un médecin traitant, mais qui n'ont pas cherché à le contacter, expliquent le plus souvent qu'ils n'y ont pas pensé (33 % d'entre eux) ou que c'était en dehors de ses heures de rendez-vous (20 %).

Cette pratique est partiellement imputable, selon le Dr Dominique Monchicourt²⁰, au manque de moyens des praticiens libéraux pour se faire connaître. Le patient connaîtrait trop peu ce que la médecine libérale peut lui offrir en termes de prise en charge.

Il en résulte un recours systématique à l'hôpital, pour des cas qui souvent pourraient relever de la médecine générale dans une maison médicale. Selon le Docteur Mora, chef de service des urgences de l'hôpital de Narbonne, et président de la commission médicale de cet établissement, « *cette idée de maison médicale est ancienne (...) car il faut savoir que les urgences font beaucoup de médecine générale, ce qui n'est pas leur vocation* »²¹.

Une enquête téléphonique réalisée par les services du ministère de la Santé²² auprès de 3000 personnes venues aux urgences permet de conforter l'idée d'une insuffisante connaissance, par les patients, des autres dispositifs susceptibles de répondre à une demande de soins non programmés. Elle met l'accent sur une familiarité avec l'hôpital, et plus particulièrement avec les services d'urgences, allant de pair avec une certaine méconnaissance du système de soins en ville. Ainsi, 20 % des patients interrogés ne savent pas s'il existe un médecin de garde dans la commune, et 9 % des usagers disent ne pas savoir comment s'y prendre pour connaître le nom du médecin de garde, qu'ils aient ou non connaissance de son existence. Cette méconnaissance des possibilités

¹⁹ Barresi (V.), « Faut-il sauver le Plan urgences ? », in *Décision Santé*, avril 2004

²⁰ Baubeau (D.), Carrasco (V.), « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », in *DREES, Etudes et Résultats*, n°212, janvier 2003

²¹ Ferrières (F.), « Une maison médicale en projet pour soulager les urgences », in *L'Indépendant*, 25 août 2002

²² Baubeau (D.), Carrasco (V.), « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », in *DREES, Etudes et Résultats*, n°215, janvier 2003

offertes par les soins de ville est plus forte chez les patients âgés : 24 % des patients de plus de 70 ans ignorent s'il y a un médecin de garde.

Les patients interrogés dans l'étude précitée ont également fait part du motif ayant justifié le recours au service des urgences hospitalières. Les quatre types de problèmes les plus fréquemment rencontrés sont les suivants :

Type de problème	Cas où le problème est cité (en %)
Accident	59
Douleur	43
Gêne	15
Fièvre	9

Sans doute certains de ces cas ne constituent-ils pas une véritable urgence devant relever d'un service hospitalier, bien qu'il soit très difficile de déterminer dans quelle proportion. On peut néanmoins se fonder sur la durée du séjour aux urgences pour appuyer cette idée : il est inférieur à deux heures pour plus de la moitié des patients, et seuls 6 % d'entre eux signalent un séjour de plus de 6 heures.²³

Evaluer précisément et sur une longue période la part de patients se présentant au SAU de l'hôpital de Narbonne pour des problèmes ne nécessitant pas un service d'urgence est rendu délicat par l'absence d'informatisation du service (projet en cours). Toutefois, une étude réalisée par le SAU de Narbonne en 2001 sur les passages de deux semaines choisies de manière aléatoire, confirme l'existence de très nombreux cas pouvant relever d'une maison médicale, et ne nécessitant pas de plateau technique.

Cette étude a été utilisée et mise en avant par les promoteurs de la MMG dans la rédaction du projet. Selon les données collectées, sur 484 passages enregistrés en deux semaines par le SAU, aux actuels horaires d'ouverture de la MMG, 195, soit plus de 40 %, pourraient être pris en charge par une MMG. Il s'agit d'une part de soins non programmés ne présentant aucun caractère d'urgence, d'autre part d'urgences de faible niveau de gravité, enfin de petites sutures superficielles (nécessitant moins de cinq points).

²³ Baubeau (D.), Carrasco (V.), « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », in *DREES, Etudes et Résultats*, n°215, janvier 2003

De même, à l'UPATOU de la Polyclinique du Languedoc, également située à Narbonne, si l'on suit l'analyse rapide effectuée en 2002 par le médecin promoteur de la MMG, le docteur Bernard Méric, environ 40 % des cas pourraient relever d'une MMG, en retenant les critères énoncés ci-dessus.

Ces éléments narbonnais viennent étayer l'argumentation en faveur des maisons médicales de garde, considérées comme de possibles sources d'un rééquilibrage ville – hôpital, et donc de réponses plus adaptées à la demande de soins. Ils sont corroborés par les situations nationale et régionale.

En effet, des études nationales²⁴ indiquent que 88 % des patients ayant recours aux urgences sont dans un état clinique jugé non susceptible de s'aggraver. Cette donnée se fonde sur la classification clinique des malades des urgences (CCMU), utilisée par les spécialistes de l'urgence en France pour évaluer la gravité de l'état des patients adultes admis aux urgences et comportant cinq classes. Les deux premières classes correspondent à des états qui ne sont pas susceptibles de s'aggraver, la différence entre le niveau 1 et le niveau 2 étant liée à la réalisation d'un acte diagnostique ou thérapeutique. La CCMU 3 correspond à un état susceptible de s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital, contrairement aux CCMU 4 et 5, qui nécessitent des actes lourds, voire un recours à la réanimation (CCMU 5) pour préserver le pronostic vital menacé. L'étude de la DREES fait ainsi apparaître 14 % des patients en CCMU 1 et 74 % en CCMU 2.

Au plan régional, une enquête de l'ARH du Languedoc-Roussillon²⁵ réalisée en juin 2002 confirme cette tendance, en montrant que 86 % des recours aux urgences hospitalières concernent des patients relevant de la CCMU niveau I ou II. Ces urgences concernent des états jugés stables dont la majorité aurait pu être prise en charge en secteur ambulatoire.

Il y a là une légitimation supplémentaire à la mise en place de structures d'accueil par des médecins généralistes, ne nécessitant pas de plateau technique, et pouvant permettre de renforcer une permanence des soins dont le cadre juridique reste encore mal stabilisé.

²⁴ Baubeau (D.), Carrasco (V.), « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », in *DREES, Etudes et Résultats*, n°212, janvier 2003

²⁵ ARH du Languedoc-Roussillon, *Enquête « PMSI urgences »*, juin 2002

1.2 Les fondements juridiques d'une permanence des soins renouvelée : une incertaine oscillation entre obligation et volontariat

1.2.1 La permanence des soins : un nécessaire effort de définition

Deux concepts doivent tout d'abord être distingués:

- l'aide médicale urgente (AMU), visant à organiser la prise en charge, et le cas échéant l'hospitalisation, des patients devant être secourus de manière immédiate ; cette mission est assumée par les services d'urgence hospitaliers.
- la permanence des soins (PDS) désigne la capacité à organiser les prises en charge non urgentes (demande de soins non programmés, DSNP), ce qui en fait une mission essentiellement dévolue à la médecine ambulatoire. Plus précisément, « la permanence des soins (...) est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés, par des médecins de garde et d'astreinte »²⁶.

La permanence des soins est organisée en liaison avec les établissements de santé publics et privés, dans le cadre départemental. Ainsi, dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS) est institué par l'article L. 6313-1 du code de la santé publique²⁷, remplaçant l'ancien CODAMU.

Le CODAMUPS est un organe de concertation qui a pour mission de faire des propositions au préfet en matière d'aide médicale urgente et de permanence des soins, et d'en assurer le suivi. Il se compose de deux sous-comités :

- le sous-comité médical,

²⁶ Code de la santé publique, article R. 730, introduit par le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003

²⁷ 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

- le sous-comité des transports sanitaires, qui règle les problèmes liés aux transports sanitaires privés.

C'est le lieu où est vérifiée l'adéquation entre les besoins et les propositions d'organisation émanant des professionnels de santé. Le CODAMUPS permet de valider l'organisation départementale de la réponse aux soins non programmés, tant de la permanence des soins que de l'aide médicale urgente, et de définir les procédures de coopération entre les différents intervenants de la permanence des soins et de l'aide médicale urgente.

La limite entre permanence des soins et aide médicale urgente, ne fait toutefois pas l'unanimité parmi les professionnels de santé, en particulier l'assurance de permanence des soins entre 20 heures et 8 heures. Ainsi, selon le syndicat MG France²⁸, la permanence des soins devrait plutôt être entendue comme s'exerçant entre 20 heures et 23 heures, et une tranche le matin et l'après-midi des dimanches et jours fériés. En effet, au-delà de 23 heures, il s'agit, selon ce syndicat, de cas exigeant une intervention immédiate, relevant donc de l'aide médicale urgente, ce qui implique des équipes mobilisables 24 heures sur 24, de la compétence spécifique, ainsi que du matériel de réanimation.

C'est pourquoi de nombreux départements choisissent actuellement une sectorisation de la permanence des soins avec des points de consultation, comme les maisons médicales de garde, de 20 heures à 23 heures environ, puis un système d'astreinte de 23 heures à 8 heures. Les premières réalisations de maisons médicales de garde ont en effet montré que le nombre d'interventions des médecins généralistes en deuxième partie de nuit est extrêmement faible et ne justifie pas le maintien d'une structure permanente²⁹.

Selon les omnipraticiens libéraux, la permanence des soins doit concerner les actes pour lesquels une intervention dans la demi-journée est suffisante³⁰, une intervention

²⁸ L'avis relatif à l'enquête de représentativité publié au Journal officiel du 3 juillet 2002 a considéré comme étant représentatives de la médecine libérale les organisations suivantes : Alliance-Intersyndicale des médecins indépendants de France, la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF), la Fédération des médecins de France (FMF), la Fédération française des médecins généralistes de France (MG France) et le Syndicat des médecins libéraux (SML)

²⁹ Etude réalisée par le syndicat de médecins généralistes MG France

³⁰ Site internet du syndicat MG France

nécessitant une prise en charge en moins d'une demi-journée devant pour sa part relever de l'aide médicale urgente.

La permanence des soins doit enfin être distinguée de la continuité des soins qui désigne, non la capacité à apporter en toute circonstance une réponse à l'expression d'un besoin de santé, mais l'aptitude à prendre en charge le patient dans la durée (la lettre de sortie envoyée par l'hôpital au médecin généraliste du patient favorise ainsi la continuité des soins de ce dernier).

La continuité des soins est pour sa part régie par l'article 47 du Code de déontologie médicale : « *Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée (...)* ».

1.2.2 La participation à la permanence des soins : une exigence source de contestations

Les médecins généralistes ont longtemps organisé eux-mêmes, la réponse aux demandes de soins aux horaires de fermeture des cabinets médicaux. Le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale formalisait cette contrainte pesant individuellement sur chaque médecin : « Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit. Le Conseil départemental de l'Ordre peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et éventuellement de ses conditions d'exercice »³¹.

Le code de déontologie était complété par l'article L. 4122-1 du Code de la santé publique, qui précise que le conseil national de l'ordre est chargé de veiller à l'observation, par tous les membres de l'ordre, des devoirs professionnels et des règles édictées par le Code de déontologie. En cas de refus de participer au tour de garde, un médecin s'exposait donc à des sanctions de la part du conseil régional de l'ordre des médecins.

En outre, la section disciplinaire du Conseil national avait, par une décision du 22 avril 1998, arrêté qu'il appartenait au conseil départemental de l'ordre d'organiser la garde en cas de défaillance.

³¹ Ancienne rédaction de l'article 77 du Code de la santé publique

Un certain nombre de médecins s'étaient donc organisés afin que soient assurés des tours de garde. En 2001, le syndicat MG Urgences a ainsi pu recenser 3100 tours de garde. Mais les difficultés, précédemment développées, pour trouver des volontaires, ainsi que les exigences de nombreux patients, qui se sont accentuées, parfois sans raison sanitaire, ont abouti à une montée des mécontentements parmi les professionnels. Cette situation a culminé avec l'important mouvement des médecins généralistes lors de l'hiver 2001-2002. Le mécontentement a confirmé une forte demande de réorganisation des gardes, astreintes, et de la régulation des appels durant les heures de la permanence des soins. Surtout, il a soulevé la question des limites à poser dans la mise en œuvre de la permanence des soins.

Ce conflit a débuté en novembre 2001 entre généralistes et caisses d'assurance maladie, sur la revalorisation des honoraires. Il a eu des conséquences importantes sur l'organisation de la permanence des soins. Une « grève des gardes » s'est poursuivie pendant des mois, s'étalant, dans certains départements, sur la totalité de la période comprise entre la mi-novembre 2001 et la fin juin 2002. Les préfets ont alors été contraints de prendre des arrêtés de réquisition.

Entre janvier 2002 et juin 2002, trois accords successifs vont intervenir avec les caisses nationales d'assurance maladie en vue du règlement du conflit. Ainsi, l'avenant n° 10 à la convention nationale, signé le 14 juin 2002 et approuvé par arrêté le 28 juin 2002, prévoit de « *mettre en place, sur la base du volontariat, une rémunération du médecin d'astreinte désigné par l'autorité compétente* ». L'astreinte rémunérée est celle effectuée la nuit de 20 heures à 8 heures ainsi que le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 20 heures, et son montant est fixé à 50 euros.

L'introduction de cette référence au volontariat dans un texte conventionnel constitue donc une nouveauté importante, s'inscrit pour partie en porte-à-faux par rapport à la rédaction alors en vigueur de l'article 77 du Code de déontologie médicale, et nécessite que soit engagée une réflexion sur l'évolution juridique de la permanence des soins.

1.2.3 Une première réponse : la création du groupe de travail sur la permanence des soins et les conclusions du « Rapport Descours »

Le 12 juillet 2002, le ministre de la Santé a confié au sénateur Charles Descours la responsabilité d'un groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. La

mission de ce groupe était d'une part de définir la nature de la mission de permanence des soins et d'analyser les obligations déontologiques qui lui sont associées, d'autre part de définir des solutions susceptibles d'être mises en œuvre pour garantir un égal accès aux soins.

Compte tenu de ces missions, le groupe a effectué une analyse des dispositifs existants afin :

- d'identifier les motifs de recours à une médecine de proximité la nuit, les week-ends et jours fériés ;
- d'établir l'éventail des possibilités pour répondre à ces demandes ;
- de définir les modes de collaboration entre les médecins libéraux et les structures hospitalières, notamment les services d'urgences et les SMUR, dans la réponse à la permanence des soins.

Parallèlement à la constitution du groupe autour de Monsieur Descours, le ministère a dressé auprès des DDASS, à l'automne 2002, un état des lieux des modalités d'organisation des médecins libéraux et des évolutions en cours dans chaque département. Cet inventaire a fait ressortir des situations très disparates d'un département à l'autre et a mis en lumière l'existence, grâce à l'implication de certains médecins sur ce sujet, d'expériences de coopération, comme les quelques maisons médicales de garde déjà en fonctionnement fin 2002.

D'autre part, et avant même que le groupe de travail ne rende son rapport, le cadre juridique de la permanence des soins a évolué sur la base des premières propositions du groupe. Ainsi la permanence des soins s'est-elle vu reconnaître le caractère de mission d'intérêt général. Cette notion d'intérêt général a été introduite grâce à un amendement, déposé par le gouvernement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Un article L. 6325-1, devenu L. 6314-1 avec l'ordonnance du 1^{er} juillet 2004³² a été inséré à cette fin dans la partie législative du Code de la santé publique par l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003³³.

Ces nouvelles dispositions ont donné force légale à des obligations jusqu'alors déontologiques.

³² Ordonnance n° 2004-637 du 1^{er} juillet 2004, relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre

³³ Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002, portant loi de financement de la sécurité sociale pour 2003

La sixième partie du Code de la santé publique se présente désormais comme suit :

Partie 6 : Etablissements et services de santé.

Livre 3 : Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires et autres services de santé.

Titre 1 : Aide médicale urgente, permanence des soins et transports sanitaires.

Chapitre 4 : Permanence des soins.

Cette consécration législative de la notion de permanence des soins est formalisée à l'article L. 6314-1 :

« 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, et à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale participent, dans un but d'intérêt général, à la permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat ».

Au-delà de la reconnaissance symbolique de la permanence des soins résultant de son inscription dans la loi, souligner de manière formelle la dimension d'intérêt général de cette mission justifie son accompagnement financier et sa prise en charge par l'assurance maladie. Sur ce point, un volet financier a complété le dispositif, également par le biais d'un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Il confère aux caisses d'assurance maladie et aux représentants des organisations professionnelles la responsabilité de définir, dans le cadre de négociations conventionnelles, le mode et le niveau de rémunération de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins.

Outre ces évolutions juridiques, concomitantes aux réflexions du groupe animé par Monsieur Descours, la notion de permanence des soins s'est enrichie des propositions formulées dans le rapport remis au ministre de la santé le 22 janvier 2003.

L'une des toutes premières revendications des professionnels qu'a tenu à exprimer le rapport est que la participation des médecins à la permanence des soins doit reposer sur le principe du volontariat.

Pour autant, en l'absence de volontariat, le rapport admet qu'il est nécessaire de définir l'autorité compétente qui aura la charge d'organiser la permanence des soins, cette charge revenant déontologiquement au Conseil départemental de l'ordre des médecins.

Le CODAMUPS (qui figurait aussi parmi les propositions du rapport, à la suite duquel il s'est substitué au CODAMU afin d'intégrer un volet « permanence des soins ») devrait selon le groupe de travail constater l'absence de volontaires, le Conseil départemental de l'ordre ayant à sa charge la recherche de solutions appropriées. En cas de carence durable de volontaires, et en dernier recours, le rapport n'exclut pas une possibilité d'intervention du préfet pour permettre de garantir la permanence des soins, les pouvoirs publics ayant le devoir d'assurer ce service à la population.

Le rapport Descours insiste ensuite sur l'importance de renforcer la régulation des demandes, avec pour objectif d'assurer un meilleur filtrage, en réorientant les demandes ne présentant aucun caractère d'urgence et pouvant faire l'objet d'un traitement dans le cadre d'une consultation programmée. Cette régulation peut passer par une centralisation de toutes les demandes de soins non programmés, via un numéro unique d'appel, le 15. Elle peut aussi être gérée de manière autonome, avec un numéro d'appel spécifique et distinct du 15, les deux centres de régulation devant, dans cette seconde hypothèse, être interconnectés.

Au plan de l'organisation de la permanence des soins, dans le cadre départemental, le groupe de travail a mis l'accent sur la nécessité de diviser le département en secteurs. La sectorisation doit faire l'objet d'une large concertation avec l'ensemble des acteurs, les secteurs devant être arrêtés par le représentant de l'Etat, sur proposition du sous-comité médical du CODAMUPS et après consultation du conseil de l'ordre des médecins et des syndicats.

Trois maîtres mots se détachent ainsi du rapport Descours : ceux de volontariat, de régulation et de sectorisation, auxquels on peut rajouter l'exigence de communication. Le rapport plaide en effet d'une part pour qu'une campagne d'information rappelle aux usagers les motifs de recours à la permanence des soins, d'autre part pour que l'organisation départementale mise en place fasse l'objet d'une communication régulière dans un souci de lisibilité.

1.2.4 Les suites du rapport Descours : les textes des 15 septembre et 12 décembre 2003

- Les décrets du 15 septembre 2003

Deux décrets en Conseil d'Etat, en date du 15 septembre 2003, sont tout d'abord venus préciser la notion de permanence des soins.

Le premier texte³⁴ a été pris en application de l'article L. 6325-1 du code de la santé publique, évoqué ci-dessus, qui a fait de la permanence des soins une exigence de niveau législatif et l'a reconnue comme une mission d'intérêt général.

Ce décret précise que la permanence des soins est assurée de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés. Il reprend l'idée d'une sectorisation départementale arrêté par le préfet, prévoit la constitution d'un tableau nominatif des médecins de permanence et d'un cahier des charges départemental, et surtout, dans la droite ligne du rapport Descours, fonde la permanence des soins sur la base du volontariat.

En cas d'absence ou d'insuffisance constatée par le conseil départemental de l'ordre de l'ordre, il est prévu par le décret que ce conseil complète le tableau de permanence. Si le tableau reste incomplet à l'issue de la consultation du conseil de l'ordre, alors le préfet peut procéder aux réquisitions nécessaires.

Enfin ce décret reprend les dispositions relatives aux possibilités d'exemption de permanence pour des motifs d'âge, de santé, et éventuellement de conditions d'exercice de certains médecins. Antérieurement contenues dans le code de déontologie médicale, ces dispositions n'y figurent plus désormais, le code de déontologie ayant été modifié par le 15 septembre 2003.

En effet, le deuxième décret du 15 septembre 2003³⁵ a introduit une nouvelle rédaction de l'article 77 du code de déontologie médicale. La formulation retenue est à présent la suivante :

« Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

³⁴ 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)

³⁵ Décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale

Ce qui est à noter n'est pas tant le caractère novateur de l'article – la nouvelle formulation diffère au final assez peu de l'ancienne – que le maintien d'un « devoir de participer », qui était loin d'être acquis.

En effet, au début des travaux du groupe Descours, l'abrogation de l'article 77, et à travers elle la fin de toute « obligation », avait été considérée comme un préalable à toute discussion. Partie de la base, cette revendication avait été reprise notamment par les syndicats CSMF et MG-France. Le Conseil de l'ordre avait pour sa part proposé une réécriture de l'article 77 réaffirmant avec force le caractère obligatoire de la permanence des soins, suscitant un tollé auprès de nombreux professionnels. Le ministre de la santé, Jean-François Mattei, avait pour sa part laissé entendre qu'il n'avait pas l'intention de revenir sur le caractère « obligatoire » de la permanence des soins dans l'exercice médical, au risque d'irriter la profession : « Dans le métier de médecin, il y a des obligations. Les gardes de nuit et de week-end en font partie. Nous sommes en train de reconstruire le dispositif. J'espère que les médecins vont jouer le jeu »³⁶.

Au final, le dispositif retenu par les décrets du 15 septembre 2003 est un compromis entre les partisans de deux thèses totalement opposées, qui se sont exprimées au sein du groupe de travail Descours :

- d'un côté les syndicats de généralistes souhaitaient une abrogation pure et simple de l'article 77 du Code de déontologie et l'instauration de gardes assurées par les seuls volontaires, sans aucune contrainte ;
- face à eux, les représentants du Conseil de l'ordre estimaient nécessaire le maintien d'une obligation de participation du médecin libéral à la permanence des soins.

Les deux décrets du 15 septembre 2003 définissant la permanence des soins constituent ainsi un compromis, puisque si l'un des décrets fait toujours référence au devoir du médecin, l'autre précise que la participation des médecins repose sur le volontariat. Ainsi, si le principe du volontariat paraît acquis, il ne l'est qu'à titre individuel, et la permanence des soins demeure une obligation collective. Pour le sénateur Charles Descours, cette obligation collective reposant sur le volontariat a nécessité que chacun fasse un pas vers l'autre : « les syndicats ne voulaient plus entendre parler de l'article 77, ni du Conseil de

³⁶ Entretien accordé à la revue L'Expansion

l'ordre dans l'organisation de la permanence des soins, et le Conseil de l'ordre a accepté de revenir sur ses prérogatives »³⁷.

Le rapport de l'IGAS consacré à la permanence des soins libéraux pendant l'été 2003 présente une première évaluation de l'application de ces nouveaux décrets dans plusieurs départements³⁸. Il en ressort que ce compromis entre devoir individuel et volontariat encadré, sur lequel reposent les textes, est interprété de façon variable selon les départements.

Dans certains départements, les conseils de l'ordre constatent que le contenu du nouveau décret a conduit des médecins à reconsidérer leur participation aux gardes. Ainsi, dans le département de l'Isère, où le système fonctionnait bien, le préfet a été amené à signer un premier arrêté de réquisition le vendredi 21 novembre 2003 par suite d'un mouvement de désengagement de médecins s'expliquant pour partie par la parution du nouveau décret. Au 7 décembre 2003, sept arrêtés avaient été notifiés.

Dans un autre département, en Seine-Saint-Denis, le conseil de l'ordre s'est efforcé depuis la publication des décrets du 15 septembre 2003 de mobiliser les généralistes afin de rétablir des services de garde qui ont totalement disparu. Dans cette optique, il a adressé le 3 octobre 2003 un questionnaire aux 1072 généralistes du département afin de connaître leurs souhaits. Sur les 402 ayant répondu au 30 octobre, seuls cinquante se sont déclarés volontaires pour participer à la permanence des soins dans les conditions prévues par le décret du 15 septembre 2003.

- L'arrêté et la circulaire du 12 décembre 2003

L'arrêté du 12 décembre 2003³⁹ a permis de préciser quel devait être le contenu du cahier des charges départemental, mentionné dans le premier décret du 15 septembre 2003.

³⁷ De Saint-Roman (H.), « Les décrets sur la permanence des soins. Un compromis qui satisfait les médecins, malgré des lacunes sur le financement », in *Le Quotidien du médecin*, 18 septembre 2003

³⁸ Cuenat (J.-C.), Daniel (C.), Ollivier (R.), Roquel (T.), *Continuité et permanence des soins libéraux pendant l'été 2003*, Inspection générale des affaires sociales, Paris, 2003

³⁹ Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire

Ce cahier des charges doit notamment présenter :

- L'état des lieux départemental : données géographiques, routières, démographiques, médicales (offre et besoin) ;
- La sectorisation retenue ;
- Le type de régulation médicale mis en place : modalités d'organisation et de fonctionnement de la régulation des appels téléphoniques relevant de la permanence des soins ;
- Le tableau de permanence des soins : modalités d'élaboration, durée de validité, ou encore conditions de participation au tableau de permanence des médecins exerçant en maison médicale.

La circulaire⁴⁰ prise le même jour par le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées vise pour sa part à préciser les modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine de ville.

En termes de sectorisation, la circulaire précise que la définition des nouveaux secteurs doit aboutir pour le 31 janvier 2004. Elle reconnaît de plus que la nouvelle sectorisation doit favoriser la qualité de vie des médecins impliqués : *« la diminution du nombre de secteurs existants (...) reste un objectif à poursuivre dans chaque département afin de limiter le nombre de médecins concernés, de leur garantir un plus grand confort de vie tout en préservant l'accessibilité des populations aux soins les plus appropriés »*.

La circulaire du 12 décembre 2003 précise que les acteurs de la permanence des soins peuvent être, outre des médecins agissant individuellement, des associations de permanence de soins. Ceci est favorable à la constitution de maisons médicales, dont l'association ainsi constituée pourra assurer l'organisation et la gestion. Par exemple, la centralisation des noms des volontaires, nécessaire à l'élaboration du tableau départemental de permanence, peut être réalisée *« par un ou des médecins participant à cette permanence ou par une association qu'ils constituent à cet effet »*⁴¹. C'est le mode de fonctionnement retenu à Narbonne, ainsi qu'il est décrit ci-dessous, où une association, baptisée PULMAN, s'est investie dans l'organisation de la permanence des soins et dans la gestion de la maison médicale de garde.

⁴⁰ Circulaire DHOS/01/2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire

⁴¹ Code de la santé publique, article R. 712-31

La circulaire réaffirme par ailleurs le rôle des hôpitaux locaux dans la permanence des soins, rôle déjà abordé dans une précédente circulaire du 28 mai 2003⁴². Les hôpitaux locaux peuvent ainsi apporter leur concours à la mise en place d'organisation telles que les maisons médicales, afin de permettre aux médecins libéraux, exerçant ou non en hôpital local, de bénéficier d'un point d'ancrage de proximité. Le directeur d'un hôpital local peut également autoriser un médecin généraliste libéral, dans le cadre de sa permanence des soins en médecine ambulatoire, à intervenir dans les situations d'urgence exceptionnelles au sein de l'établissement. Il doit alors en informer le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le président du conseil départemental de l'ordre dans les 24 heures suivant l'intervention.

Enfin est soulignée la nécessaire information des usagers, afin de leur faire connaître le fonctionnement de l'ensemble du dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire et en particulier ses modalités d'accès. Le patient doit en particulier être sensibilisé au fait que les soins ambulatoires doivent normalement être dispensés aux heures ouvrables dans les cabinets de ville.

Cette circulaire, tout comme les textes législatifs et réglementaires récents ainsi que le rapport précité ont ainsi créé un contexte propice au développement de maisons médicales de garde : nécessaire implication de la médecine libérale dans la permanence des soins, souhaits des médecins de bénéficier de meilleures garanties de sécurité et de structures collectives, enfin reconnaissance désormais réaffirmée de cette mission d'intérêt général qu'est la permanence des soins.

1.3 Une impulsion politique en faveur des maisons médicales, qui s'est concrétisée le 1^{er} mars 2004 dans le cas du projet narbonnais

1.3.1 Un soutien ministériel marqué envers les maisons médicales de garde

⁴² Circulaire DHOS/03/DGAS/AVIE/2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local

Dès 2002, le ministre de la santé, Jean-François Mattei, a apporté son soutien au projet de « maisons médicales » (le terme de maisons médicales « de garde » est alors peu employé), où les médecins libéraux effectueraient des consultations à proximité des hôpitaux avec pour objectif de désengorger les services d'urgences⁴³.

Ces maisons médicales pourraient ainsi, selon le ministre, assurer un rôle d'aiguillage, vers les services d'urgences ou la médecine de ville, les urgences se consacrant dès lors « aux cas les plus graves, et pas au soin d'une entorse ».

Plus encore, c'est en 2003 que le ministre de la santé s'est fait le promoteur des maisons médicales de garde, au travers du Plan urgences, présenté le 30 septembre 2003, et dont l'objectif était d'améliorer l'ensemble de la chaîne des urgences grâce notamment à un investissement de 489 millions d'euros sur cinq ans.

Ainsi, afin de renforcer les médecins libéraux dans leur rôle de premier recours, le Plan urgences a souligné l'importance du rôle des maisons médicales, au nombre de 34 à ce moment là, et classées en trois catégories :

- Les premières structurent la médecine libérale en limitant l'isolement des médecins généralistes. Peu reliées à l'hôpital, elles sont adaptées aux situations de diversification médicale en zone rurale, mais pas pour limiter l'augmentation du nombre de passages aux urgences.
- Les deuxièmes contribuent à une meilleure organisation des urgences, par l'établissement de protocoles avec les services d'urgences et le SAMU. Ouvertes plutôt en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux, elles stabilisent le nombre de passage aux urgences.
- Les troisièmes enfin sont des consultations externes sans rendez-vous situées à l'intérieur même des établissements, à proximité des services d'urgences.

Le Plan urgences évoquait en outre les possibilités de financement de ces maisons médicales par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), les collectivités territoriales et les établissements de santé. Il fixait aussi un objectif de 80 projets à échéance 2005, objectif largement atteint puisqu'à la mi-2004 environ 150 maisons médicales de garde ont déjà vu le jour.

⁴³ Entretien accordé au journal *Le Progrès*, 29 juillet 2002

Cette politique a été déclinée dans une circulaire du 16 avril 2003⁴⁴, élaborée par un groupe de travail ayant pour thème l'aide médicale urgente, tandis que le groupe Descours était consacré à la permanence des soins. La circulaire vise tout particulièrement à mieux articuler la permanence des soins de ville et les services des urgences.

Dans cette perspective, il est demandé aux ARH et aux DDASS, en lien avec le Conseil de l'ordre des médecins, les Unions régionales des médecins libéraux et les Caisses d'assurance maladie, de lancer une démarche de centralisation des appels, pour faire jouer la complémentarité des régulations libérale et hospitalière. Cette centralisation doit permettre de mieux orienter les usagers et de faire évoluer leur demande initiale depuis les services des urgences vers la médecine ambulatoire, notamment vers les maisons médicales.

La circulaire du 16 avril 2003 précise par ailleurs les modalités d'un soutien de l'ARH à une maison médicale. Celui-ci est conditionné, d'une part, à la formalisation des engagements réciproques, par les représentants de la maison médicale et ceux du service des urgences, dans une convention définissant notamment les modalités de réorientation entre les deux structures et, d'autre part, à la mise en place d'un dispositif d'évaluation de cette convention.

Enfin la circulaire insiste, dans son annexe⁴⁵, sur l'importance d'expliquer au patient l'intérêt de son orientation vers la maison médicale. A cette fin, il semble préférable, afin de « [faciliter] l'acceptation d'une réorientation par le patient » que la maison médicale soit située à proximité de l'établissement de santé. C'est cette voie qui a été retenue dans le cas de la ville de Narbonne, où la Maison médicale de garde jouxte le Centre hospitalier.

1.3.2 Le projet narbonnais et son récent aboutissement

L'historique du projet

⁴⁴ Circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

⁴⁵ « *Principes d'organisation des urgences et de la permanence des soins* », annexe à la circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

A Narbonne, la défaillance de la permanence des soins était particulièrement nette, puisque l'ensemble de l'agglomération (60 à 70 000 habitants) était couverte par une seule ligne de garde.

C'est pourquoi, à l'initiative du Conseil départemental de l'ordre des médecins et de quelques praticiens locaux, les médecins exerçant à Narbonne, réunis le 11 décembre 2002 à la Chambre de commerce et d'industrie de Narbonne ont décidé de se regrouper en association et de transférer à cette dernière la charge de l'établissement du tableau de garde.

Cette démarche a abouti à la création, en janvier 2003, de l'association PULMAN : Association pour la Permanence des soins et Urgences Libérales des Médecins généralistes de l'Aire Narbonnaise. Les principaux buts de l'association PULMAN sont :

- Créer et gérer une Maison médicale de garde à Narbonne.
- Assurer la permanence des soins non programmés dans son aire géographique de compétence.
- Participer en collaboration avec les autres structures de soins de la ville et du département à la prise en charge des urgences de niveau 1 et 2⁴⁶.
- Former les médecins généralistes à la pratique de la permanence des soins, à l'urgence, et à la régulation des appels de médecine générale.

Plus globalement, la MMG s'inscrit dans le cadre de l'amélioration des pratiques professionnelles dans un triple intérêt :

- Celui des patients : la création d'une maison médicale de garde, facile à trouver, doit permettre de prendre en charge les demandes de soins non programmés, quand le cabinet du médecin est fermé.
- Celui des collectivités et des pouvoirs publics, par la création d'une structure de soins cadrant avec les nouvelles dispositions légales, pour rendre attractif à des médecins volontaires un service de permanence des soins dans un but d'intérêt général.
- Celui des praticiens narbonnais, en améliorant leur condition d'exercice par la sécurisation de la structure, par l'aide administrative apportée par des assistantes

⁴⁶ Les urgences de niveau 1 sont définies par l'association PULMAN comme des situations médicales nécessitant un avis ou un traitement dans les 12 heures. Les urgences de niveau 2 sont celles qui nécessitent un examen spécialisé.

médicales et par une répartition plus large de la charge de la garde médicale. Cette amélioration de la condition d'exercice était en effet présentée, dans le projet, comme un préalable pour participer à nouveau à la permanence des soins.

Selon le Docteur Méric, l'un des promoteurs du projet dès ses débuts et animateur de l'association qui regroupe une soixantaine de praticiens généralistes narbonnais : « Les objectifs sont multiples et convergents. Il s'agit à la fois d'améliorer la vie des médecins et la sécurité des patients. D'où ce changement fondamental : ce n'est plus le médecin qui se déplace vers le patient, mais l'inverse. Ainsi, tous les jours de 19 h à 24 h et tous les week-ends, du samedi 8 h au lundi 8 h⁴⁷, un médecin de permanence, assisté d'une secrétaire, recevra les patients dans la maison de garde »⁴⁸.

La particularité du projet narbonnais est d'intégrer trois volets :

- Un volet répondant aux imperfections locales relevées dans la permanence des soins non programmés et urgents en mettant en place un cabinet médical collectif, sécurisé et facile d'accès.
- Un volet d'éducation du patient, en orientant les flux et en incitant les patients à la discipline dans le recours aux soins et aux services de santé.
- Un volet de formation des médecins généralistes à la prise en charge de certaines urgences.

Si les deux derniers volets ne sont pas encore totalement montés en puissance, le premier volet, l'existence d'un cabinet médical collectif fonctionnant pour l'essentiel aux horaires de fermeture des cabinets de ville, est devenu une réalité le 1^{er} mars 2004, avec l'ouverture de la Maison médicale de garde de Narbonne.

Auparavant a été menée une longue phase préparatoire, dès décembre 2001, ayant notamment permis la réalisation par les promoteurs du projet d'une étude d'opportunité destinée aux différents pouvoirs publics. Cette phase de préparation a également été l'occasion d'un rapprochement entre les membres de l'association PULMAN et les

⁴⁷ Au final, et contrairement à ce qui était initialement projeté, la MMG est ouverte les samedis et dimanches de 8 h à 24 h et non de 8 h à 8 h. Selon le Docteur Méric, cette décision a été prise au vu du faible nombre de patients relevant de la permanence des soins consultant après minuit. Au-delà de minuit la consultation d'un médecin devrait plutôt relever de l'aide médicale urgente.

⁴⁸ P.N., « Le patient ira au médecin de garde ... et non l'inverse », *in Midi Libre*, 18 janvier 2003

responsables du Centre hospitalier de Narbonne, en présence du directeur de l'hôpital, du président de la commission médicale d'établissement et du directeur des finances. Cette réunion de présentation a permis d'entrevoir l'intégration de la MMG dans la permanence des soins et ses différents acteurs, en envisageant une future convention pour définir les limites d'intervention des différentes structures et leurs modes de collaboration.

Les conditions de fonctionnement

Depuis le 1^{er} mars 2004, la maison médicale de garde de Narbonne est ouverte en semaine de 19 heures à 24 heures ; les samedis, dimanches et jours fériés, de 8 heures à 24 heures. La zone géographique couverte correspond à Narbonne ville ainsi que quelques villages alentours, soit environ 50 000 habitants.

La MMG a été installée dans des locaux municipaux, à proximité immédiate du Centre hospitalier de Narbonne. La signature d'un bail de location a été convenu entre la municipalité et l'association PULMAN, gestionnaire de la maison médicale de garde. Toutefois le loyer, fixé par l'administration des domaines, est partiellement pris en charge par la ville de Narbonne au titre de la participation de la collectivité locale à un service d'intérêt général.

Le local, d'une superficie au sol de 175 m², se compose de trois zones étanches : une pour la partie visiteurs, une pour la partie administration et soins et une pour la partie formation et réunions. A l'étage a été aménagée une salle de repos pour les praticiens et une autre pour les permanencières.

En effet, outre le personnel médical, la maison médicale de garde comporte du personnel administratif composé d'assistantes médicales en charge de l'accueil des patients, de l'encaissement des honoraires et des diverses tâches de secrétariat.

En termes d'équipement informatique, chaque salle de consultation, ainsi que le comptoir de réception sont équipés d'ordinateurs en réseau avec un programme de gestion de données médicales et d'édition de feuilles de soins électroniques. C'est l'assistante médicale qui en fin de période de garde télétransmet les feuilles de soins électroniques et édite un récapitulatif d'actes pour le médecin de garde.

Compte tenu de la féminisation de la profession médicale et des assistantes médicales, le problème de la sécurité du bâtiment et des personnes a été particulièrement pris en compte. Ainsi, seule l'assistante médicale peut ouvrir la porte d'entrée de la MMG,

équipée d'une caméra de vidéo-surveillance. L'assistante dialogue ensuite avec les entrants, dans le sas d'entrée vitré, au travers d'un guichet sécurisé. Enfin le passage entre le sas d'entrée et la salle d'attente se fait par une porte coulissante automatisée, commandée par l'assistante médicale, qui régule ainsi le flux d'entrée des visiteurs vers la salle d'attente.

Le personnel médical se compose pour sa part d'un médecin de garde sur site, et d'un médecin d'astreinte à son domicile.

Le médecin de garde ne se déplace pas. Il prend en charge les patients qui se présentent à la MMG et délivre les soins appropriés. Le médecin d'astreinte est mobilisé si besoin par le médecin de garde, soit pour visiter un patient, soit pour consulter à la MMG en cas d'afflux momentané de patients. La liste des médecins de garde et des médecins d'astreinte est établie par les responsables de la MMG et validée par le bureau de l'association PULMAN.

Enfin, une évaluation du fonctionnement de la maison médicale de garde est prévue une fois par an, par quatre personnes :

- un chargé de cours ou un maître de conférence associé de médecine générale désigné par le département de médecine générale de la Faculté de médecine de Montpellier ;
- un membre du Collège des médecins généralistes de l'URML du Languedoc-Roussillon ;
- un administrateur de l'URCAM (non médecin) ;
- un administrateur de la CPAM de l'Aude (non médecin).

Il est prévu par l'association PULMAN que cette évaluation soit fondée sur trois types d'indicateurs :

- des indicateurs propres à l'association, permettant de suivre l'activité de la MMG : critères quantitatifs (nombres d'appels, d'actes, fréquentation selon les jours et les tranches horaires) et qualitatifs (questionnaires de satisfaction des usagers envisagés quelques mois après le début de fonctionnement de la MMG) ;
- des indicateurs extérieurs à l'association, permettant de suivre l'activité des autres structures : fréquentation du service des urgences de Narbonne par des patients relevant de la médecine générale, satisfaction des médecins du SAU de l'hôpital ...

- des indicateurs comptables, à partir de l'état des finances.

Le mode de financement de la MMG de Narbonne : une prédominance du FAQSV

Le financement sollicité par l'association PULMAN a vocation à couvrir l'ensemble des dépenses de la structure, tant d'investissement que de fonctionnement :

- des dépenses d'investissement tout d'abord : parmi elles, il s'agissait en premier lieu de financer la transformation intérieure et extérieure du bâtiment existant en maison médicale de garde. Restaient ensuite à financer : le mobilier des bureaux, les équipements techniques, ainsi que les réseaux informatique et de communication.
- des dépenses de fonctionnement ensuite : celles-ci sont extrêmement variées, englobant notamment le loyer annuel le salaire et charges sociales du personnel administratif, les forfaits d'astreinte des médecins, les consommables médicaux ou encore les frais d'entretien, de blanchisserie et de gestion des déchets médicaux.

La ville de Narbonne a financé la transformation intérieure et extérieure du bâtiment. Pour le reste, un dossier de demande de financement a été rédigé et transmis par la l'association PULMAN au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), a vocation à financer toute action participant à l'amélioration de la qualité de la prise en charge globale de la santé du patient, mise en œuvre par les professionnels de santé libéraux ou les centres de santé qui interviennent dans tous les secteurs y concourant. Créé en 1999 pour une durée initiale de 5 ans, le FAQSV est prolongé jusqu'au 31 décembre 2006 par la loi de financement de la sécurité sociale 2002.

La gestion du FAQSV est confiée à un comité national de gestion, placé au sein de la CNAMTS, et à des comités régionaux de gestion, placés au sein des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM). Pour 2004, le budget du FAQSV s'élève à 106 millions d'euros : 20 % sont consacrés aux actions nationales et pluri-régionales et 80 % aux actions régionales.

Pour les trois premières années de fonctionnement, la maison médicale de garde a obtenu une subvention du FAQSV de 323 000 €, soit 62,6 % des différentes sources de financement. Ces dernières se répartissent de la façon suivante :

SOURCES DE FINANCEMENT	POURCENTAGE
FAQSV	62,6
Collectivités locales	24,9
Participation privée (industrie, médecins)	12,4
Autres (Union européenne, ANPE)	0,1

La maison médicale de garde de Narbonne, ouverte depuis le 1^{er} mars 2004, peut permettre de réaliser un premier bilan, à l'aune des très nombreuses expériences françaises. En effet, loin d'être un cas isolé, Narbonne s'inscrit dans le réseau des quelque 150 maisons, rassemblées au sein de la Fédération française des maisons médicales de garde.

2 APPROCHE COMPAREE ET TENTATIVE D'EVALUATION DES EXPERIENCES MENEES : DES ENSEIGNEMENTS POUR LES ACTEURS NARBONNAIS

2.1 Un premier bilan, à Narbonne et ailleurs

2.1.1 Un mouvement qui se structure : la Fédération française des maisons médicales de garde, le Congrès de Grenoble et ses enseignements

Afin de favoriser l'émergence de maisons médicales de garde, et de permettre une mise en commun des expériences, une fédération s'est constituée avec pour vocation de regrouper l'ensemble des MMG françaises.

Dans le cadre de cette étude j'ai pu, en tant qu'invité, assister au premier Congrès de la Fédération des Maisons médicales de garde (FMMG), qui s'est tenu le 5 juin 2004 à Grenoble. Le Congrès de Grenoble a réuni une centaine de médecins libéraux investis soit dans des maisons existantes, soit dans des projets en cours, ainsi que des

personnalités telles que des représentants de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ou encore le sénateur honoraire Charles Descours.

Les échanges ont permis que soit dressé un panorama des MMG existantes, au nombre de 150 aujourd'hui, et tiré un tout premier bilan de ces structures.

Les premières réalisations de MMG datent de l'été 2001. Depuis, de nombreuses villes ont vu émerger de telles structures, parmi lesquelles : Vénissieux, Villefranche-sur-Saône, Le Havre, Istres, Narbonne, La Rochelle, Gap, ou encore Rennes.

Horaires d'ouverture

S'il arrive que certaines maisons médicales de garde fonctionnent de 20 heures à 8 heures (créneau défini comme étant la plage de permanence des soins), la plupart d'entre elles sont, comme à Narbonne, organisées autour d'une tranche horaire de soirée de 20 heures à 24 heures, et d'une permanence en journée les dimanches et jours fériés. Cette fermeture à minuit en semaine, au profit du maintien d'une simple astreinte téléphonique la nuit, est légitimée par la faible fréquentation des MMG la nuit.

En effet, les statistiques des différentes maisons médicales confirment une fréquentation faible dans la grande majorité des cas en soirée, mais plus soutenue le week-end :

- dans la maison médicale de Courbevoie, il se pratique en moyenne une consultation par soirée, pour une fréquence de consultations allant de 3 à 17 par jour les dimanches et jours fériés ;
- la maison médicale de Vincennes dans le Val-de-Marne (baptisée SAMI, pour service d'aide médicale initiale) assurait, en 2002, 1,9 consultation en moyenne en soirée de semaine, contre 32 le dimanche entre 8 heures et minuit ;
- à Vénissieux, dans le Rhône, la moyenne est de l'ordre de 6 à 8 consultations par nuit.

Avantages unanimement reconnus

Plusieurs points positifs des MMG ont été à plusieurs reprises mis en exergue lors des présentations et débats :

- Meilleure sécurité.
- Diminution de la fatigue.

- Très forte hausse du taux de médecins généralistes dans le tour de garde (à Villefranche-sur-Saône : de 58 à 86 % ; à Istres : 38 médecins sur 39 dans le tour de garde).
- Forte baisse du nombre de visites (à Gap, sur 23 000 actes au total, 4 % de visites, dont 40 % à la demande de l'administration).

Limites du dispositif actuel

- Certains responsables de MMG ont souligné que l'engouement pour ce nouveau type de médecine du soin non programmé provoquait parfois un afflux massif de patients en provenance des villes voisines, préjudiciable à une bonne prise en charge (ainsi la MMG d'Istres consacrerait 1 à 2 heures par jour aux patients de Fos-sur-mer). Ceci traduit le fait que les créations de MMG sont liées à des initiatives locales de médecins généralistes, plus ou moins soutenus par leur commune, d'où la grande hétérogénéité des MMG sur le territoire.

Difficultés relatives au financement

- La constitution d'un dossier nécessaire pour obtenir un financement par le FAQSV est perçue comme lourde et complexe. Afin de ne pas attendre l'issue de l'instruction du dossier FAQSV, et ainsi d'ouvrir plus rapidement, la MMG d'Istres s'est dans un premier temps financée exclusivement grâce à l'apport de sponsors privés : 6 laboratoires pharmaceutiques et un magasin d'articles d'orthopédie.
- Surtout, la disparition programmée des FAQSV, en 2006, pose la question de la pérennisation du financement (voir détails dans la dernière sous-partie).

MMG – Hôpital : un couple qui ne collabore pas toujours au mieux

- Il a été constaté à plusieurs reprises la faible proportion de patients envoyés par le SAU voisin (Le Havre : 50 % envoyés par la régulation libérale, contre 3,6 % par l'hôpital). Selon les responsables de MMG, les directeurs d'hôpitaux refusent de prendre la responsabilité d'assumer le transfert de l'hôpital vers la MMG.
- Rares sont les cas où a été établie une véritable protocolisation de l'utilisation des structures, même si de nombreuses conventions ont été passées entre hôpital et MMG (cas des MMG d'Ile de France par exemple, mais non de Narbonne).

- Activité qui n'a pas forcément un impact fort sur celle du SAU de l'hôpital (Villefranche-sur-Saône : activité MMG du week-end = 30 % activité du SAU, mais pour autant pas de baisse sensible à ce jour de l'activité du SAU).
- Cette incidence limitée, liée entre autres au faible envoi de patients vers la MMG, s'explique peut-être par l'effet «tarification à l'activité », qui joue dans le sens d'une collaboration réduite. En effet, dans le cadre de la nouvelle tarification, la « perte » d'un patient du SAU au profit de la MMG diminue l'activité de l'hôpital, lui faisant ainsi perdre des recettes. La T2A est par conséquent dénoncée par de nombreuses maisons médicales, à l'instar de celle de Marseille, qui y voient un puissant frein à la collaboration ville – hôpital.

2.1.2 Des débuts encourageants au vu des premiers résultats de la maison médicale de Narbonne

Participation des médecins au nouveau dispositif

Sur les 60 Médecins Généralistes qui exercent à Narbonne *intra muros*, 8 praticiens ont été dispensés de la permanence de soins par le Conseil de l'Ordre pour des problèmes de santé avérés ou en raison de leur âge.

Les 52 médecins restants sont inscrits sur le tableau de garde de la MMG et se sont déclarés volontaires par écrit. La charge annuelle de la garde pour chacun d'entre eux comporte 5 jours de semaine, 1 WE de garde, 1 WE d'astreinte.

Fréquentation de la MMG au cours des 6 premiers mois (Données MMG)

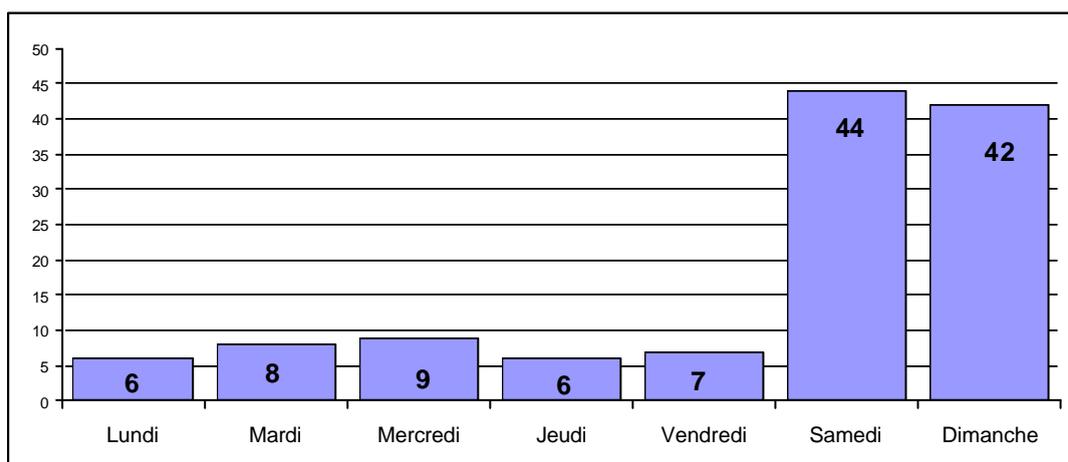
	Nombre de consultations	Nombre de visites de 08 h à 24 h	Nombre de visites de 24 h à 08 h	Actes totaux
mars	438	3	17	458
avril	502	28	20	550
mai	570	30	27	627
juin	417	28	28	473
juillet	521	30	30	581
août	598	40	20	658
S/Totaux	3046	159	142	3347

La fréquentation de la maison médicale de Narbonne est supérieure à celle de l'ancien système de garde (2000 actes par semestre environ). Plusieurs éléments peuvent expliquer cette tendance :

- Une campagne de communication centrée sur le mode de fonctionnement de la MMG (financée par la Mairie de Narbonne).
- La très bonne visibilité de la MMG, située sur un boulevard très fréquenté, et à proximité de l'hôpital.
- La fiabilité du nouveau système de garde (100 % de présence) qui sécurise la population.
- L'apparition d'un comportement d'attente de la part de quelques patients à l'approche du week-end ou de la nuit, rassurés par la présence certaine d'un médecin à la MMG jusqu'à minuit et les week-ends (effet pervers).
- La fermeture plus fréquente des cabinets médicaux, la transparence du fonctionnement de la MMG ayant restauré la confiance des médecins généralistes narbonnais dans le tour de garde : continuité des soins assurée, fiabilité, respect des règles de confraternité (lettre de sortie systématique). Ils n'hésitent plus à prendre du repos la nuit ou à s'absenter les week-ends.

C'est précisément le week-end que l'activité de la MMG est la plus forte :

Nombre moyen d'actes effectués selon le jour de la semaine



Sur les 3347 actes réalisés, il faut d'autre part relever que seuls 10 % sont des visites à domicile, contre 90 % de consultations dans les locaux de la maison médicale de garde.

Sur les six premiers mois, moins d'une visite par nuit a été effectuée en 2^{ème} partie de nuit (00 h – 08 h).

Ce nombre de visites, faible par rapport à l'activité globale de la MMG, témoigne vraisemblablement de l'adaptation de la population aux nouvelles formes de permanence des soins. Il semble donc que la logique de la maison médicale soit acceptée par la population. Cette logique est nouvelle dans la mesure où le principe du fonctionnement d'une maison médicale de garde repose sur une inversion de la pratique des soins non programmés, qui conduisait à l'assurance d'une visite à domicile. Dans le cadre d'une maison médicale, c'est le patient qui se déplace et reçoit les soins d'un généraliste dans un local spécifique.

En revanche, le transfert des patients relevant des soins de médecine générale du SAU du CH de Narbonne vers la MMG ne s'est pas produit dans les proportions escomptées par les promoteurs de la maison médicale. En effet, le chiffre de 3347 actes en un semestre correspond à une activité annuelle de 6500 actes environ, inférieure aux prévisions (9000 actes par an), bien que supérieure à l'activité du système de garde antérieur (4000 actes par an). La sous-partie suivante présente une étude de l'incidence de la MMG sur l'activité du SAU.

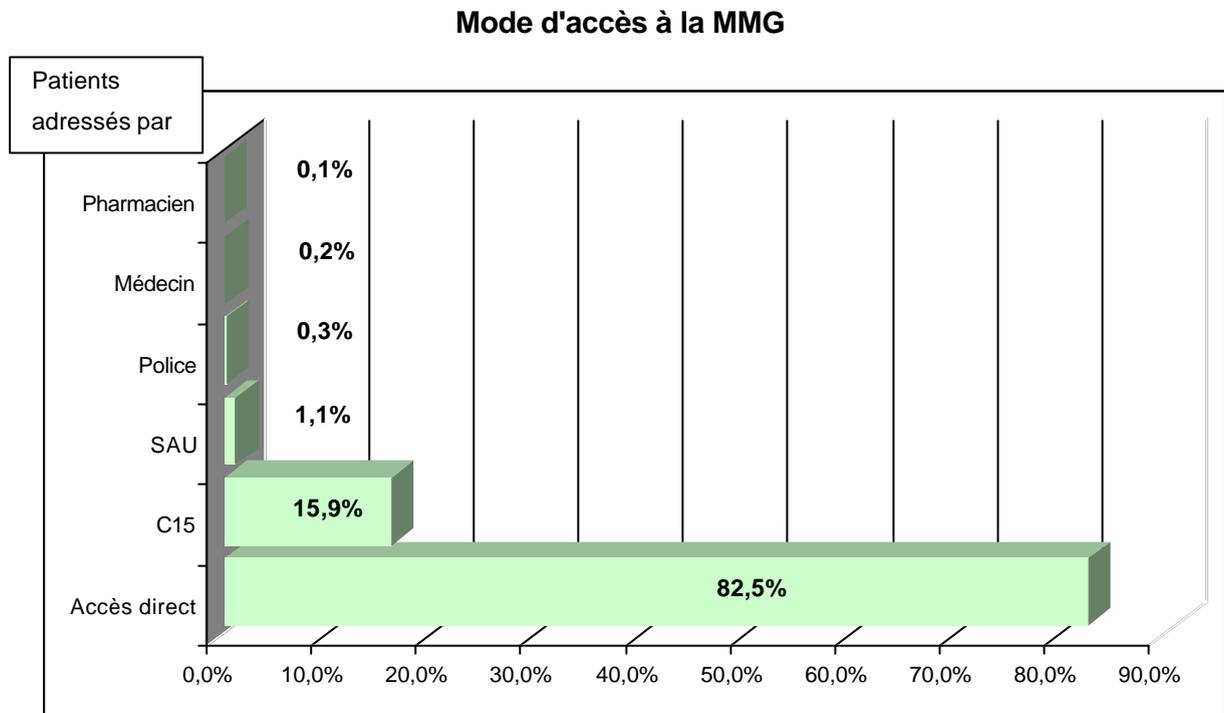
Itinéraire des patients

Deux tiers environ des patients se présentent directement à la maison médicale, tandis que le tiers restant est adressé par le centre 15. Certains sites ou certaines organisations de praticiens considèrent que la maison médicale ne doit être ouverte qu'aux patients adressés par la régulation, afin d'éviter tout consumérisme médical. A Narbonne, les promoteurs de la maison médicale ont milité en faveur d'une structure plus ouverte, et la régulation en amont n'est pas obligatoire dans le système retenu.

Par ailleurs, et contrairement au projet initial, aucun numéro spécifique n'existe pour joindre la maison médicale, ou le cas échéant un centre de régulation libérale, comme dans d'autres départements. Le seul numéro est donc celui du centre 15, qui adresse le cas échéant le patient à la maison médicale.

Ce mode de fonctionnement pose la question de l'avenir du numéro 15. Dans plusieurs départements tels que l'Aude, ce numéro devient en effet un numéro de garde, tout autant qu'un numéro d'urgence. Il n'est pas évident que cette évolution ait été perçue par la population de ces départements, et de plus cette évolution n'a pas affecté tout le territoire.

La préférence de l'IGAS⁴⁹ serait de réserver le 15 à l'urgence en interconnectant un numéro d'appel spécifique à la régulation libérale avec le standard du SAMU. Toutefois la réponse à cette question, strict numéro d'urgence ou numéro de garde et d'urgence sera conditionnée par la transition vers le 112, numéro d'appel européen, de caractère plus général que le 15.



Ainsi, l'accès est **direct** pour 82,5% des patients qui se sont présentés spontanément à la MMG. Il n'a été **régulé** que pour 17,5 % d'entre eux. Parmi eux :

- 21 patients en 6 mois ont été adressés à la MMG par le SAU voisin.
- 16 % des patients examinés ont été orientés à la MMG par le 15.

L'information régulière répétitive de la population au cours des six mois (journaux, affiches, bulletins gratuits, radios) explique certainement pour partie la prépondérance de l'accès direct. D'autre part la patientèle de la MMG est pour l'essentiel jeune (enfants et jeunes adultes), ce qui lui permet de rester autonome dans l'accès à la maison médicale.

Devenir des patients qui ont consulté à la MMG

⁴⁹ Cuenat (J.-C.), Daniel (C.), Ollivier (R.), Roquel (T.), *Continuité et permanence des soins libéraux pendant l'été 2003*, Inspection générale des affaires sociales, Paris, 2003

(1964 accès étudiés)

Retour à domicile avec ordonnance	89 %
Retour à domicile sans ordonnance	5 %
Patients orientés vers	6 %
→ SAU (Urgences CH Narbonne)	58 patients
→ UPATOU Polyclinique le Languedoc (Narbonne)	11 patients
→ Clinique Les Genêts (Narbonne)	8 patients
→ VSAB Pompiers - transport médicalisé	1 patient

Les 6 % de patients réorientés laissent apparaître le rôle de régulation secondaire exercé par la maison médicale de garde.

Principaux types de prise en charge

Les situations prises en charge à la MMG⁵⁰

(étude sur 2081 consultations effectuée par le Docteur Méric, de la MMG)

Plaintes initiales	%	Résultats de consultation	%	Classification selon les spécialités	%
Douleur caractéristique	24,2%	Angine	9,0%	ORL	21,9%
Douleur non caractéristique	10,7%	Non précisé	8,6%	Gastro-entérologie	12,2%
Céphalée(s)	2,2%	Algie	5,7%	Infectiologie	11,9%
Fièvre	14,4%	Rhinopharyngite	4,4%	Traumatologie	9,9%
Plaie	4,4%	Plaie	4,2%	Dermatologie	8,4%
Prurit	4,2%	Cystite-cystalgie	2,9%	Non précisée	6,7%
Brûlure	0,9%	Conjonctivite	2,6%	Rhumatologie	5,0%
Toux	3,1%	Pharyngite	2,4%	Néphro-Urologie	4,3%
Dyspnée	1,6%	Vomissement	2,1%	Pneumologie	3,9%
Trouble cognitif	1,4%	Etat fébrile	2,1%	Ophtalmologie	3,7%
Trouble du sommeil	2,9%	Otite externe	1,9%	Neurologie	2,6%
Trouble psychiatrique	8,2%	Colopathie	1,8%	Stomato-Orthodontie	2,5%
Trouble du transit intestinal	2,1%	Otite moyenne	1,8%	Psychiatrie	2,5%
Dyspepsie	1,9%	Diarrhée-vomissement	1,8%	Cardiologie	1,7%
Ecoulement	1,2%	Hématome ecchymose	1,7%	Gynéco-obstétrique	1,4%
Saignement	6,7%				

Ont été prises en charge à la MMG le plus souvent :

- des situations aiguës ;

- des plaintes douloureuses ou un état fébrile (50 % des plaintes initiales) ;
- des pathologies ORL, dont la plus fréquente a été l'angine de printemps et d'été, des pathologies digestives, des infections et de la traumatologie.

Ces 4 spécialités représentent 60 % des interventions au cours des périodes de garde.

2.2 La relation parfois ambiguë Hôpital / Maison médicale de garde : partenariat naissant ou nouvelle rivalité public / privé ?

2.2.1 La maison médicale de Narbonne face au SAU du Centre hospitalier : une étude d'incidence

Le travail d'analyse mené dans le cadre de ce mémoire a permis que soit évaluée l'incidence de la fréquentation de la Maison médicale de garde sur l'activité du Service d'accueil et de traitement des urgences du Centre hospitalier de Narbonne.

Cette étude a été transmise à l'équipe de direction de l'hôpital, aux responsables du SAU et de la maison médicale de garde, et a d'autre part, dans ses grandes lignes, été présentée lors d'une conférence de presse réunissant des journalistes locaux.

Quatre tableaux ont été construits ; ils sont rassemblés et interprétés ci-dessous :

- Passages mensuels totaux au SAU du CH de Narbonne
- Passages au SAU aux horaires d'ouverture de la MMG – Tableau détaillé
- Passages au SAU aux horaires d'ouverture de la MMG – Tableau synthétique
- Tableau de synthèse – Passages au SAU aux horaires d'ouverture et de fermeture de la MMG

⁵⁰ Selon les 247 résultats de consultation du dictionnaire de la *Société française de Médecine Générale*

PASSAGES MENSUELS AU SAU DU CH DE NARBONNE

- Activité totale : ensemble de la journée -

Chiffres de mars, avril, mai, juin, juillet et août 2003 et 2004

Ouverture de la MMG : 1er mars 2004

	2003		2004						Actes MMG
	Passages au SAU	Cumul depuis mars	Passages au SAU	Cumul depuis mars	Evolution des passages (/ 2003)		Evolution du cumul (/ 2003)		
					Nombre	%	Nombre	%	
Mars	2269	2269	2220	2220	-49	-2,2	-49	-2,2	458
Avril	2302	4571	2278	4498	-24	-1	-73	-1,6	550
Mai	2421	6992	2557	7055	136	5,6	63	0,9	627
Juin	2713	9705	2466	9521	-247	-9,1	-184	-1,9	473
Juillet	3136	12841	3069	12590	-67	-2,1	-251	-2	581
Août	3425	16266	3423	16013	-2	-0,1	-253	-1,6	658
TOTAL	16266		16013		-253	-1,6			3347

Tableau 1

L'ouverture de la Maison médicale de garde, le 1^{er} mars 2004, a permis que soient réalisés 3347 actes en un semestre (consultations et visites confondues, ces dernières représentant 10 % des actes : données MMG).

En dépit de ces chiffres, le service d'accueil et de traitement des urgences du Centre hospitalier de Narbonne n'enregistre qu'une baisse limitée de son activité : - 1,6 % sur six mois.

En effet, si le mois de mars 2004 a vu une baisse assez sensible des passages par rapport à 2003 (-2,2 %), cette baisse s'est réduite le mois suivant (-1 % en avril 2004), puis inversée au mois de mai 2004 (hausse de 5,6 % par rapport à mai 2003). Le mois de juin a été marqué par une très forte baisse (-9,1 %), baisse toutefois plus réduite en juillet et août.

Au total, sur les six premiers mois de fonctionnement de la Maison médicale de garde, le Centre hospitalier enregistre une baisse de 1,6 % de ses passages au SAU par rapport aux six premiers mois de 2003.

La difficulté pour déterminer l'impact réel de la maison médicale vient du fait que les -1,6 % englobent au moins deux effets : le transfert d'activité du SAU vers la MMG d'une part, l'évolution de la demande de soins non programmés d'autre part. Les tableaux suivants sont destinés à affiner cette évaluation de l'incidence de la MMG.

Un élément en revanche est certain à la lecture du tableau 1 : les patients pris en charge par la MMG ne sont pas tous, et loin s'en faut, des personnes qui se seraient dirigées vers le SAU en l'absence de maison médicale. Un simple raisonnement par l'absurde permet de s'en convaincre : si les 3347 actes réalisés par la MMG avaient dû l'être par le SAU, celui-ci aurait enregistré 19360 passages de mars à août 2004. Ceci aurait correspondu à une hausse semestrielle de plus de 19 % par rapport à la même période de 2003. Or l'évolution annuelle moyenne de l'activité du SAU (en termes de passages) est de 4,02 % sur les dix dernières années (48,37 % sur 1993-2003), et de 3,4 % sur les cinq dernières années (18,2 % sur 1998-2003), soit environ 2 % par semestre.

Ceci traduit le fait que le rôle premier de la MMG est celui d'acteur de la permanence des soins, venant se substituer au tour de garde libéral. On ne saurait donc la considérer, du moins dans le cas narbonnais, comme un centre de « bobologie », dont l'objectif consisterait à alléger le SAU de l'hôpital.

PASSAGES MENSUELS AU SAU DU CH DE NARBONNE

- **Activité partielle : aux horaires de fonctionnement de la MMG** -

- **Tableau détaillé** -

Données hebdomadaires depuis le 1er mars 2004, date d'ouverture de la MMG

Chiffres au 5 septembre 2004 (Source : Bureau des entrées, CH de Narbonne)

Période considérée (réf. dates 2004)	Passages en semaine de 19h à 24h			Passages week- end + fériés de 8h à 24h			Total des passages				Cumul			
	2003	2004	évolution	2003	2004	évolution	2003	2004	évolution en nb	évolution en %	2003	2004	évolution en nb	évolution en %
1er mars au 7 mars	87	72	-15	141	115	-26	228	187	-41	-18,0%	228	187	-41	-18,0%
8 mars au 14 mars	80	76	-4	153	116	-37	233	192	-41	-17,6%	461	379	-82	-17,8%
15 mars au 21 mars	66	73	7	159	128	-31	225	201	-24	-10,7%	686	580	-106	-15,5%
22 mars au 28 mars	91	75	-16	108	134	26	199	209	10	5,0%	885	789	-96	-10,8%
29 mars au 4 avril	85	81	-4	140	163	23	225	244	19	8,4%	1110	1033	-77	-6,9%
5 avril au 11 avril	79	85	6	154	156	2	233	241	8	3,4%	1343	1274	-69	-5,1%
12 avril au 18 avril (*)	94	61	-33	174	225	51	268	286	18	6,7%	1611	1560	-51	-3,2%
19 avril au 25 avril (*)	80	87	7	221	157	-64	301	244	-57	-18,9%	1912	1804	-108	-5,6%
26 avril au 2 mai (*)	73	83	10	204	138	-66	277	221	-56	-20,2%	2189	2025	-164	-7,5%
3 mai au 9 mai (*)	64	71	7	244	143	-101	308	214	-94	-30,5%	2497	2239	-258	-10,3%
10 mai au 16 mai	84	84		153	135	-18	237	219	-18	-7,6%	2734	2458	-276	-10,1%
17 mai au 23 mai (*)	81	92	11	155	253	98	236	345	109	46,2%	2970	2803	-167	-5,6%
24 mai au 30 mai (*)	64	102	38	229	178	-51	293	280	-13	-4,4%	3263	3083	-180	-5,5%
31 mai au 6 juin (*)	106	67	-39	172	211	39	278	278	0	0 %	3541	3361	-180	-5,1%
7 juin au 13 juin (*)	85	89	4	245	148	-97	330	237	-93	-28,2%	3871	3598	-273	-7,1%
14 juin au 20 juin	82	87	5	162	143	-19	244	230	-14	-5,7%	4115	3828	-287	-7,0%
21 juin au 27 juin	120	83	-37	179	172	-7	299	255	-44	-14,7%	4414	4083	-331	-7,5%
28 juin au 04 juillet	126	100	-26	185	154	-31	311	254	-57	-18,3%	4725	4337	-388	-8,2%
5 juillet au 11 juillet	116	102	-14	212	172	-40	328	274	-54	-16,5%	5053	4611	-442	-8,7%
12 juillet au 18 juillet	99	81	-18	279	202	-77	378	283	-95	-25,1%	5431	4894	-537	-9,9%
19 juillet au 25 juillet	136	120	-16	163	174	11	299	294	-5	-1,7%	5730	5188	-542	-9,5%
26 juillet au 1er août	124	131	7	175	197	22	299	328	29	9,7%	6029	5516	-513	-8,5%
du 2 août au 8 août	144	139	-5	213	229	16	357	368	11	3,1%	6386	5884	-502	-7,9%
du 9 août au 15 août (*)	128	139	11	334	176	-158	462	315	-147	-31,8%	6848	6199	-649	-9,5%
16 août au 22 août	132	130	-2	190	182	-8	322	312	-10	-3,1%	7170	6511	-659	-9,2%
23 août au 29 août	109	135	26	159	164	5	268	299	31	11,6%	7438	6810	-628	-8,4%
30 août au 5 septembre	80	96	16	150	167	17	230	263	33	14,3%	7668	7073	-595	-7,8%

Tableau 2

(*) Cas particuliers liés aux jours fériés :

- Lundi de Pâques le 21 avril 2003 et le 12 avril 2004 ;
- 1^{er} et 8 mai en semaine en 2003 mais un samedi en 2004 ;
- Ascension le 29 mai 2003 et le 20 mai 2004 ;
- Pentecôte le 9 juin 2003 et le 31 mai 2003.

PASSAGES MENSUELS AU SAU DU CH DE NARBONNE

- **Activité partielle : aux horaires de fonctionnement de la MMG** -

- **Tableau synthétique** -

Chiffres de mars, avril, mai, juin, juillet et août 2003 et 2004

Ouverture de la MMG : 1er mars 2004

Plages de fonctionnement : de 19 h à 24 h en semaine ; de 8 h à 24 h les week-ends et jours fériés

	2003		2004						Actes MMG
	Passages au SAU	Cumul depuis mars	Passages au SAU	Cumul depuis mars	Evolution des passages (/ 2003)		Evolution du cumul (/ 2003)		
					Nombre	%	Nombre	%	
Mars	1036	1036	842	842	-194	-18,7	-194	-18,7	458
Avril	1062	2098	1045	1887	-17	-1,6	-211	-10,1	550
Mai	1227	3325	1263	3150	36	2,9	-175	-5,3	627
Juin	1252	4577	988	4138	-264	-21,1	-439	-9,6	473
Juillet	1392	5969	1279	5417	-113	-8,1	-552	-9,2	581
Août	1603	7572	1436	6853	-167	-10,4	-719	-9,5	658
TOTAL	7572		6853		-719	-9,5			3347

Tableau 3

Deux éléments ressortent à la lecture des tableaux 2 et 3. D'une part, on observe une baisse très nette de l'activité du SAU de l'hôpital (évaluée en nombre de passages), aux horaires d'ouverture de la Maison médicale de garde, c'est-à-dire de 19 h à 24 h en semaine, et de 8 h à 24 h les week-ends et jours fériés : -9,5 % sur l'ensemble des six

premiers mois. Sur la même période, le tableau 1 indiquait une diminution de l'activité du SAU de 1,6 %, tous horaires confondus.

D'autre part il faut souligner que cette diminution de l'activité du SAU aux horaires d'ouverture de la MMG n'a pas été homogène au cours de ces six premiers mois. En effet la baisse a été particulièrement marquée lors des trois premières semaines, enregistrant respectivement -18 ; -17,6 et -10,7 %. Ceci s'explique peut-être en partie par un effet nouveauté, car les semaines 4, 5, 6 et 7 voient s'inverser la tendance, avec pour chacune une hausse du nombre de passages par rapport à 2003 (Tableau 2, colonne « Total des passages »). La période estivale est à nouveau marquée par des semaines de fortes baisses, surtout entre le 7 juin et le 18 juillet, avec des chiffres oscillant entre -15 et -28 %, ce qui est en partie lié à une baisse de la fréquentation touristique cette année, tandis que la fin du mois d'août et le début du mois de septembre connaissent une hausse.

Cette évolution quelque peu chaotique de l'incidence de la MMG est certainement le signe que les passages hebdomadaires au SAU aux horaires d'ouverture de la MMG constituent un indicateur moins exploitable que les données cumulées par exemple. En effet, les plages prises en compte sont courtes, peu représentatives de l'ensemble de l'activité du SAU, et les chiffres peuvent donc varier fortement d'une semaine à l'autre.

Ces variations sont accentuées par l'impact des jours fériés dont les dates diffèrent d'une année sur l'autre, et peuvent par conséquent expliquer en très large partie certains chiffres pouvant de prime abord paraître aberrants. Par exemple la hausse de 46,2 % du nombre de passages du 17 au 23 mai entre 2003 et 2004 est liée au fait que l'Ascension est tombée cette semaine là en 2004 (mais non en 2003), ce jour férié générant un surcroît d'activité pour le SAU. Il est donc préférable, pour l'analyse des données, de s'appuyer sur les chiffres cumulés, qui permettent de lisser cet effet « jours fériés », et d'observer des variations de moins en moins chaotiques, tendant vers une stabilisation de l'évolution, semaines après semaines.

Ainsi, en cumulé, l'évolution des passages au SAU par rapport à 2003 reste toujours négative, en dépit des semaines citées ci-dessus ayant enregistré une hausse. La baisse de l'activité du SAU, d'abord considérable, débutant à -18 % la première semaine, est de moins en moins marquée, puisqu'elle n'est plus que de -10,8 % en cumulé au bout de la quatrième semaine, pour se stabiliser autour de -9 % fin août.

TABLEAU DE SYNTHÈSE

Données du SAU lors des six premiers mois de fonctionnement
de la MMG par rapport aux six mêmes mois de 2003

	2003	2004	Evolution en nb	Evolution en %
ACTIVITE TOTALE DU SAU	16266	16013	- 253	- 1,6
ACTIVITE AUX HORAIRES D'OUVERTURE DE LA MMG	7572	6853	- 719	- 9,5
ACTIVITE AUX HORAIRES DE FERMETURE DE LA MMG	8694	9160	+ 466	+ 5,4

Tableau 4

Rappel horaires d'ouverture de la MMG :

- De 19 h à 24 h en semaine ;
- De 8 h à 24 h les week-ends et jours fériés.

En l'absence de Maison médicale de garde, il apparaît assez clairement, bien que les extrapolations présentent des limites, que l'évolution de l'activité du SAU sur les six mois considérés serait supérieure à -1,6 %, et selon toute vraisemblance positive.

Sur les horaires où la MMG est fermée, et où son incidence sur l'activité du SAU est donc sinon nulle, du moins très faible, on mesure par rapport à 2003 une hausse forte, de 5,4 %, traduisant pour partie un accroissement de la demande de soins. Ce chiffre doit être appréhendé avec prudence dans la mesure où la période considérée (la journée et après minuit en semaine ; après minuit les week-ends et jours fériés) n'est pas représentative de l'ensemble de l'activité du SAU. De plus les 5,4 % de hausse du SAU sont liés, outre à une hausse du besoin émanant du bassin de santé couvert, à une absence désormais totale de tour de garde sur ces plages horaires. Si elle n'était liée qu'à l'augmentation du besoin de la population, et qu'elle concerne l'ensemble des tranches horaires cette hausse serait donc inférieure à 5,4 %.

Si l'on s'appuie sur les données d'activité du Centre hospitalier, on constate que chaque semestre le SAU a enregistré une hausse moyenne de son activité de 2% sur les dix dernières années et de 1,7 % sur les cinq dernières années. En postulant que du 1^{er} mars

2004 au 31 août 2004 le rythme de croissance se serait maintenu à 1,7 % en l'absence de maison médicale, alors on peut estimer que l'incidence de la MMG sur le SAU est une diminution de l'activité de l'ordre de 3,3 %, selon la décomposition suivante :

▪ Effet « évolution de la demande » :	+ 1,7 %	(par extrapolation)
▪ Effet « incidence de la MMG » :	- 3,3 %	(par différence)
▪ Total = variation activité SAU :	- 1,6 %	(enregistré)

2.2.2 Au delà des chiffres : une volonté limitée de collaboration

Le fonctionnement de la maison médicale de Narbonne, bien que celle-ci soit située à quelques dizaines de mètres de l'hôpital, laisse apparaître une très faible coopération avec le SAU du centre hospitalier. Aucune convention n'a ainsi été signée à ce jour, aucun protocole n'a été mis en place pour rediriger les patients, et la maison médicale estime qu'au vu de ses statistiques, presque aucun patient ne lui est adressé par les urgences de l'hôpital. Selon la maison médicale, ceci traduirait une mauvaise volonté du service des urgences hospitalières, qui se serait pourtant initialement engagé à lui renvoyer les patients pouvant relever d'une prise en charge par la médecine générale de ville.

Cette critique, si elle comporte sans doute une part de vérité, reste toutefois exagérée dans la mesure où bien souvent, comme j'ai pu le constater lors d'un passage au SAU dans le cadre de ce travail, la proposition est bel et bien faite aux patients de se rendre vers la MMG. Si ceux-ci n'y vont pas, c'est de leur propre chef, pour des raisons tenant pour l'essentiel à la confiance faite à l'hôpital, au sentiment qu'ils peuvent avoir besoin d'un plateau technique et qu'il serait dès lors gênant de devoir faire un aller-retour SAU-MMG-SAU, enfin à la gratuité – apparente – de l'hôpital public.

D'ailleurs, certains syndicats de médecins généralistes reconnaissent eux-mêmes l'impact que joue l'avance de frais, chez le médecin libéral. Selon Pierre Costes, président du syndicat MG-France, « Une partie de la population, celle qui est la moins riche et qui a peu d'éducation sanitaire, n'a pas de médecin de ville, s'inquiète très vite

face à la maladie et va soigner à l'hôpital ce qui ne relève pas de l'urgence, sans faire d'avance de frais »⁵¹.

D'autre part, il faut souligner que la maison médicale de Narbonne est un projet à l'initiative des seuls médecins libéraux, et visant à créer un substitut à l'astreinte du généraliste. L'objectif premier, même si le désengorgement promis des urgences constitue un effort de santé publique justifiant une aide financière, reste celui de facilitation et d'acceptabilité de la participation à la permanence des soins par les généralistes. Dès lors, le centre hospitalier n'a été que partiellement associé à la genèse de la maison médicale, ce qui peut expliquer que les deux structures n'aient aujourd'hui qu'un nombre limité de contacts.

Certaines maisons médicales, à l'inverse, ont été mises en place explicitement pour répondre à l'engorgement des urgences hospitalières, le plus souvent à l'initiative de responsables de services d'urgences, relayés dans un second temps par des associations de médecins généralistes intéressés par ce type de pratique. Les exemples du CHU de Dijon ainsi que le projet développé par le CH de Villeneuve-Saint-Georges et les maisons médicales du Havre et de Roubaix sont emblématiques de cette approche. A Dijon, la maison médicale est installée au sein même du CHU, et la médecine libérale y prend en charge de façon majoritaire des traumatismes, en recourant éventuellement, mais pas nécessairement, à l'appui de la radiologie installée au sein de l'hôpital.

2.3 Les maisons médicales demeurent une solution partielle au problème de l'encombrement des urgences hospitalières, ce qui invite à développer des approches complémentaires

2.3.1 La pérennité du financement des maisons médicales de garde reste encore incertaine

Mode de financement des maisons médicales

⁵¹ Blanchard (S.), « Jean-François Mattei accuse les médecins de ville de participer à l'engorgement des hôpitaux », in *Le Monde*, 1^{er} décembre 2003

L'enjeu financier est un problème aigu pour tout volontaire souhaitant mettre en place une maison médicale. Ainsi, dans certains départements, comme la Seine-Saint-Denis, le projet de maison médicale n'a pour l'heure pas pu être mis sur pied faute d'un financement suffisant.

En outre, dans les cas où ce financement a pu être obtenu et où il a permis que soit ouverte la maison médicale, sa pérennité n'est pas officiellement acquise, en dépit des déclarations des pouvoirs publics, qui se veulent rassurants.

Le financement par le FAQSV, largement évoqué lors du Congrès de Grenoble, réunissant les membres de la Fédération des MMG, cristallise ainsi aujourd'hui les inquiétudes des responsables de ces structures. La maison médicale d'Istres a ainsi d'ores et déjà invité le sous-préfet à sa « fermeture », le 31 août 2005, dernier jour de financement par les FAQSV. Ce type d'actions médiatiques traduit la réalité d'une situation financière non stabilisée à ce jour.

Mode de rémunération des médecins

L'arrêté du 28 juin 2002 avait instauré une astreinte rémunérée la nuit de 20 heures à 8 heures, ainsi que le dimanche et les jours fériés de 8 heures à 20 heures. La circulaire du 15 juillet 2002 de la DHOS⁵² a complété cet arrêté en précisant notamment que :

- le paiement de l'astreinte par les caisses primaires d'assurance maladie est attribué aux médecins qui figurent sur la liste départementale des médecins d'astreinte, définie par le conseil de l'ordre sur la base d'un médecin par secteur d'astreinte ;
- ce paiement n'est pas attribué aux médecins non inscrits sur cette liste et qui assurent des soins de manière volontaire, soit à leur patientèle, soit dans le cadre d'associations de médecins effectuant des visites à domicile 24 heures sur 24 ;
- les médecins assurant une astreinte bénéficient d'un paiement de 50 euros par la CPAM par période d'astreinte de 12 heures.

⁵² Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville

Toutefois, au cours du premier semestre 2003, l'IGAS⁵³ relève que 13 CPAM n'avaient versé aucun forfait d'astreinte, et souligne des pratiques très différentes d'un département à l'autre. De plus ce dispositif d'astreinte introduit en 2002 n'a, selon la mission de l'IGAS, guère été incitatif, si l'on en juge par l'évolution du nombre de médecins effectivement impliqués dans les systèmes de garde depuis avril 2002, ainsi que par le faible pourcentage de généralistes à avoir accompli les démarches nécessaires pour en bénéficier.

Les défauts du système du forfait d'astreinte à 50 euros apparaissent également dans l'enquête réalisée en septembre 2003 par la CNAMTS⁵⁴. Celle-ci fait en effet ressortir plusieurs limites du dispositif :

- 60 % des astreintes ne donnent lieu à aucune activité médicale ;
- l'activité des soirs de semaine et des nuits n'est pas du tout comparable : un médecin d'astreinte réalise en moyenne 6,3 actes le dimanche et 1,6 actes la nuit.

Au total, l'ensemble de ces éléments, fondés sur des données de 2002 et 2003, invitaient à une renégociation du système conventionnel des astreintes. La mission de l'IGAS plaide en outre pour la mise en place de forfaits d'astreinte éventuellement plus élevés dans les territoires où la permanence des soins entraîne de réelles sujétions.

A l'inverse, les conditions plus favorables d'exercice de la garde qu'offrent les maisons médicales de garde sont une raison pour ne pas payer de forfait d'astreinte selon le rapport de l'IGAS de décembre 2003. Comme le souligne la mission, dans le cadre des maisons médicales soit l'activité est très satisfaisante (ce qui est le cas le week-end notamment), et le paiement d'un forfait d'astreinte ne se justifie plus puisque les actes financent largement la présence du médecin, soit il n'y a pas assez d'activité, et c'est le principe même de la maison médicale qui doit être réévalué.

Une évolution de la rémunération en vue

Ce mode de rémunération des médecins exerçant en maisons médicales devrait être appelé à évoluer dans la mesure où le 8 juillet 2004, les trois caisses d'assurance maladie

⁵³ Cuenat (J.-C.), Daniel (C.), Ollivier (R.), Roquel (T.), *Continuité et permanence des soins libéraux pendant l'été 2003*, Inspection générale des affaires sociales, Paris, 2003

⁵⁴ CNAMTS, « Les astreintes effectuées par les médecins généralistes en mars 2003 », in *Point de conjoncture*, n° 16-17, septembre 2003

(CNAM, MSA et Canam) et les cinq syndicats de médecins libéraux ont signé un accord relatif à la permanence des soins, et notamment aux aspects financiers de l'organisation retenue. Cet accord nécessite toutefois de recevoir l'aval du ministre de la santé.

L'accent est mis tout d'abord sur la régulation, puisque chaque médecin libéral impliqué dans la régulation recevra 60 € de l'heure. Le fonctionnement du centre de régulation sera, si cet accord est approuvé, financé par l'assurance maladie via la dotation destinée aux réseaux de santé.

D'autre part l'accord stipule que les majorations applicables aux actes effectués à la demande d'un médecin régulateur sont « substantiellement augmentées ». Ainsi, pour des actes réalisés entre 20 heures et minuit, la majoration passe de 38,50 € à 45 € ; entre minuit et 6 heures elle passe à 50 € (au lieu de 43,50 €), pour ceux entre 6 heures et 8 heures, à 45 €, et pour les actes pratiqués le dimanche, la majoration est portée à 30 € (au lieu de 22,60 €).

Enfin, la disponibilité des médecins d'astreinte sera indemnisée par les caisses : les médecins seront désormais payés, pour une disponibilité de 12 heures (de 20 heures à 8 heures) entre 70 et 150 € selon leur activité.

La nouvelle rémunération est fondée sur deux principes, qui explique qu'elle varie, en semaine entre 70 et 150 €. D'une part le montant de l'astreinte est différencié selon la période d'astreinte, d'autre part il est modulé en fonction de l'activité du médecin.

Montant (en euros) du forfait d'astreinte dans le nouveau dispositif :

Période	Activité réalisée		
	Aucun acte	1 acte	2 actes ou plus
Début de nuit (20h-0h)	50	30	10
Fin de nuit (0h-8h)	100	80	60
Dimanche et fériés (8h-20h)	50	30	10
Samedi après-midi (12h-20h)	20	-	-

Afin de permettre une montée en charge progressive de la réorganisation de la permanence des soins, il est prévu que le dispositif soit dans un premier temps applicable dans 22 départements, soit un par région.

2.3.2 Des palliatifs à la surcharge des urgences doivent être développés, en synergie avec la pérennisation des maisons médicales de garde

Régulation libérale

En amont de la maison médicale de garde, au vu des interventions lors du Congrès de la Fédération française des maisons médicales de garde et du rapport de l'IGAS de décembre 2003, il apparaît primordial que soit développée une régulation libérale des appels.

Le service rendu à l'utilisateur est de deux ordres :

- Celui de l'assurance d'obtenir une réponse à son appel. Diverses formules existent, comme le renvoi de l'appel auprès d'un généraliste vers un numéro commun (soit le 15, soit un numéro spécifique) ou plus simplement l'information de la population par voie de presse sur la conduite à tenir (appeler le 15 ou le numéro de régulation libérale). Quelle que soit la formule retenue, l'intérêt pour l'utilisateur est qu'il peut contacter un médecin au téléphone, qui lui indiquera les possibilités de recours aux soins qui existent en fonction de l'heure de l'appel et du lieu de résidence sur le département.
- Celui du bénéfice d'une orientation adéquate. En ce sens, c'est aussi un service rendu aux services d'urgences hospitalières, qui devraient moins souffrir de mauvaises orientations de patients se présentant par défaut aux urgences. L'exercice de la régulation du SAMU et de la médecine libérale dans les mêmes locaux permet, au vu de la nature de l'appel, de diligenter les moyens d'intervention adéquats sans perte de temps ou de chance pour le patient.

Par ailleurs, pour le médecin généraliste, les avantages d'une telle régulation sont de deux ordres :

- Une diminution des appels ne nécessitant pas son intervention, parce qu'un conseil médical suffit ou parce que le problème du patient est tel qu'il nécessite d'emblée la mobilisation d'un SMUR.
- En cas d'intervention, il bénéficie d'une connaissance préalable de la situation du patient, décrite par le confrère régulateur, ce qui renforce la qualité de la prise en charge du malade.

La mission de l'IGAS souligne qu'un bon fonctionnement de la régulation libérale suppose des relations de confiance avec le SAMU et des procédures transparentes pour traiter les conflits de régulation. Or des griefs réciproques sont souvent formulés, les libéraux reprochant par exemple aux hospitaliers de leur renvoyer des problèmes médico-sociaux difficiles à traiter comme la toxicomanie, les hospitaliers accusant pour leur part les libéraux de protéger leurs confrères de garde pour leur éviter au maximum de se déplacer.

Si une telle régulation venait à être mise en place à Narbonne, et plus globalement dans le département de l'Aude, des leçons pourraient en revanche être tirées d'un département comme le Val de Marne, où les relations sont beaucoup plus sereines. En effet, le travail en commun entre médecins libéraux et hospitaliers a été poussé très loin et conduit à des relations qui, très majoritairement, satisfont tous les partenaires. Ceci est vraisemblablement lié aux mesures très concrètes mises en place :

- définition d'arbres de régulation communs ;
- participation des médecins libéraux au « staff » de 8 heures qui permet d'évoquer et de mettre à plat d'éventuels conflits de régulation ;
- possibilité pour les libéraux de participer à des formations organisées dans le cadre hospitalier.

Pour autant, comme les maisons médicales, la régulation libérale, lorsqu'elle existe, ne repose pas sur des financements pérennes. Les modes de financement varient d'un département à l'autre. La majorité des expériences récentes d'installation d'une régulation libérale reposent sur une participation, à titre expérimental, du FAQSV. L'établissement siège du SAMU apporte parfois une contribution (cas des Yvelines). Pour les structures les plus anciennes, le budget de fonctionnement est couvert par une contribution du conseil général et le cas échéant par appel à cotisation des médecins généralistes bénéficiaires de cette régulation (Hauts-de-Seine, Val-de-Marne, Yvelines).

Selon l'IGAS, « *la mission a constaté que la tendance était au désengagement des quelques conseils généraux qui avaient accompagné l'expérience* »⁵⁵. De même, l'apport du FAQSV est temporaire. Dans le cas de l'Isère, ces difficultés de financement risquent

⁵⁵ Cuenat (J.-C.), Daniel (C.), Ollivier (R.), Roquel (T.), *Continuité et permanence des soins libéraux pendant l'été 2003*, Inspection générale des affaires sociales, Paris, 2003

de conduire à l'arrêt de son fonctionnement. Le même type de difficulté se profile dans les Yvelines. Parmi les dix départements où l'IGAS a mené son enquête, la seule structure libérale confortée dans son financement se situe dans le Val-de-Marne : les régulateurs sont rémunérés par l'institution hospitalière sur la base d'un statut d'attaché et d'une indemnisation de la garde.

Certains cas ayant nécessité une interruption du dispositif mis en place traduisent la difficulté réelle à trouver des financements. Ainsi le Dr Monchicourt a créé en décembre 2003, en réaction à l'épisode de canicule de l'été 2003 et aux inquiétudes face à l'épidémie naissante de bronchiolite sur la capitale, une organisation pour assurer la permanence des soins. Une fois par semaine, une secrétaire, mise à disposition par le préfet de police, se rendait au Samu afin de faxer la liste des cabinets médicaux accessibles le week-end. Ce système fonctionnait grâce à l'ouverture d'un tableau de garde informatisé ; les médecins pouvant être joignables le week-end le faisaient savoir par mail. Le patient devait toutefois passer par le centre 15 pour obtenir cette liste, mesure destinée à « ne pas encourager une attitude consumériste » selon le président de cette organisation baptisée « Garde médicale de Paris ».

Ce dispositif s'apparentait au fonctionnement d'une maison médicale de garde, à ceci près qu'il n'était pas matérialisé par un local unique. Il visait à restreindre la proportion de patients se présentant d'emblée aux urgences des hôpitaux et à renforcer la place de la médecine libérale. Cette expérience parisienne de régulation libérale n'a pourtant pas pu être poursuivie faute de financements suffisants.

Des lits d'aval plus nombreux et mieux gérés

Une autre piste d'évolution est l'augmentation du nombre de lits d'aval, c'est-à-dire ceux vers où sont dirigés les patients au terme de leur passage aux urgences, ainsi que l'optimisation de la gestion de ces lits.

Dans de nombreux hôpitaux en effet, un nombre insuffisant de lits d'aval mis à la disposition des urgences génère un allongement des délais. Selon le docteur Alain Fich, chef du service des urgences du centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges, « *un bilan est établi deux fois par jour du nombre de lits vacants en interne* ». Pourtant, toujours selon ce médecin, « *chaque praticien doit passer en moyenne 80 minutes par jour au téléphone pour rechercher les places* ».

Outre par une augmentation du nombre de ces lits d'aval, la maîtrise des délais aux urgences passe donc aussi par une forme de contractualisation interne entre les urgences et les autres services. Car aujourd'hui, certains services de spécialité font de la rétention de lits d'aval, préférant se consacrer davantage aux entrées programmées, et refusant les patients qui arrivent des urgences, *a fortiori* s'ils ne dépendent pas de leur spécialité.

A Narbonne, un protocole a été mis en place afin d'améliorer le fonctionnement interne de l'établissement. En théorie, chaque chef de service s'engage, sur la base d'un mécanisme dit d'« impôt-lit » à réserver un certain nombre de lits de son service pour les entrées en urgences. La difficulté pour faire appliquer ce système illustre les difficultés qui subsistent entre urgences et autres services.

Une nécessaire éducation de l'utilisateur

Le patient doit par ailleurs être mieux informé sur l'utilisation des urgences, afin de ne pas recourir par exemple à un SAU lorsqu'une maison médicale conviendrait. Il doit mieux connaître les possibilités offertes par le secteur libéral, dans un but de réponse plus adaptée au besoin de santé publique que constitue la demande de soins non programmé.

Dans cette perspective, certaines personnalités, comme Charles Descours, plaident en faveur d'une grande campagne de télévision sur le fonctionnement des urgences, sur le modèle de celle développée par la sécurité sociale, visant à rationaliser la consommation d'antibiotiques. Certaines régions ont d'ores et déjà pris les devants puisque la région Basse-Normandie vient d'éditer à 350 000 exemplaires un fascicule consacré au recours aux urgences.

CONCLUSION

Plusieurs éléments témoignent du succès actuel des maisons médicales de garde, que l'on en juge par les chiffres encourageants de la maison narbonnaise lors des six premiers mois, par l'organisation des différentes structures en fédération, ou encore par le nombre toujours croissant de ces nouveaux acteurs de la permanence des soins.

Au plan de la santé publique, ces maisons médicales présentent un grand bénéfice puisqu'elles ont constitué une manière de mettre en application la nouvelle réglementation sur la permanence des soins dans des conditions favorables pour les médecins. Elles ont ainsi fait revenir les médecins vers un tour de garde jusqu'alors délaissé, et permis aux malades de toujours savoir où s'adresser pour une demande de soins non programmés.

Malgré ces succès, le problème de la pérennisation de ces structures reste posé dans la mesure où le FAQSV, sur lequel repose une grande partie du financement des maisons médicales de garde, cessera d'exister en 2006. Le maintien des maisons médicales demeure donc conditionné à un volontarisme fort des pouvoirs publics.

L'analyse des maisons médicales existantes indique qu'outre la volonté des décideurs nationaux, l'implication des acteurs locaux, notamment les directeurs d'hôpitaux et les médecins, libéraux et hospitaliers, est nécessaire pour une coordination meilleure entre hôpital et maison médicale. Dans le cas narbonnais, il ressort que les deux structures, en dépit de leur localisation très proche, collaborent très peu. Ceci peut porter préjudice à la bonne orientation des patients, des cas légers continuant d'être traités au SAU de l'hôpital.

L'absence de réorientation de l'hôpital vers la maison médicale, qui peut entre autres s'expliquer par le souhait de ne pas perdre d'activité, permet de comprendre que l'incidence de la maison médicale sur les urgences, bien que non nulle, reste limitée. Les personnes se dirigeant vers la maison médicale ne sont donc pas majoritairement des patients soustraits au SAU de l'hôpital.

Ces constatations poussent à regarder avec réalisme cette nouvelle structure qu'est la maison médicale de garde : elle remplit de manière excellente son rôle dans la permanence des soins, mais ne peut, à elle seule, être présentée comme le palliatif à l'encombrement des urgences hospitalières.

Bibliographie

1. OUVRAGES ET RAPPORTS

- ARH Languedoc-Roussillon et URCAM Languedoc-Roussillon, *La permanence des soins en Languedoc-Roussillon. Etat des lieux, méthodologie et indicateurs régionaux*, Montpellier, juin 2003
- ARH Languedoc-Roussillon et URCAM Languedoc-Roussillon, *La permanence des soins dans l'Aude. Etat des lieux et analyse départementale*, Montpellier, juin 2003
- Association PULMAN, *Création d'une Maison médicale de garde à Narbonne*, Narbonne, 2003
- Centre hospitalier de Narbonne, *Rapport de gestion 2003*, Narbonne, 2004
- CNAMTS, « Les astreintes effectuées par les médecins généralistes en mars 2003 », *in Point de conjoncture*, n° 16-17, septembre 2003
- CNAMTS, *Présentation du FAQSV*, février 2004. Disponible sur internet : <http://www.ameli.fr>
- CREDOC, *Enquête « Conditions et aspirations des Français »*, 2003
- Cuenat (J.-C.), Daniel (C.), Ollivier (R.), Roquel (T.), *Continuité et permanence des soins libéraux pendant l'été 2003*, Inspection générale des affaires sociales, Paris, 2003
- Descours (C.) et al., *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins*, Ministère de la santé, Paris, janvier 2003
- Dupont (M.), Esper (C.), Paire (C.), *Droit hospitalier*, Dalloz, Collection Cours, Série Droit public, 4^{ème} édition, Paris, 2003
- MG France, *Dossier Maisons médicales*, juillet 2004. Disponible sur internet : <http://www.medsyn.fr/mgfrance/dossier/mmg.htm>
- Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, *Rapport d'étape «Le temps d'attente aux urgences »*, Paris, 15 octobre 2003
- URCAM Bourgogne, *Maisons médicales, comment s'y prendre ?*, Dijon, février 2004

2. ARTICLES

a. Presse nationale

- Barresi (V.), « Faut-il sauver le Plan urgences ? », in *Décision Santé*, n° 204, avril 2004
- Baubeau (D.), Deville (A.), Joubert (M.), Fivaz (C.), Girard (I.), Le Laidier (S.) « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », in *DREES, Etudes et Résultats*, n°72, juillet 2000
- Baubeau (D.), Carrasco (V.), « Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale », in *DREES, Etudes et Résultats*, n°212, janvier 2003
- Baubeau (D.), Carrasco (V.), « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », in *DREES, Etudes et Résultats*, n°215, janvier 2003
- Blanchard (S.), « Jean-François Mattei accuse les médecins de ville de participer à l'engorgement des hôpitaux », in *Le Monde*, 1^{er} décembre 2003
- Chanteloup (M.), Gadel (G.), « Les appel d'urgence aux centres 15 en 1997 », in *DREES, Etudes et Résultats*, n°55, mars 2000
- Darriné (S.), « Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par secteur d'exercice », in *DREES, Etudes et Résultats*, n°156, février 2002
- Etourneau (C.), « Difficultés d'accueil des patients : agir plutôt que déplorer », in *Décision Santé*, n° 204, avril 2004
- Garcia (A.), « Six heures d'attente aux urgences pédiatriques », in *Le Monde*, 1^{er} décembre 2003
- Niel (X.), « La démographie médicale à l'horizon 2020. Une réactualisation des projections à partir de 2002 », in *DREES, Etudes et Résultats*, n°161, mars 2002
- de Saint-Roman (H.), « Les décrets sur la permanence des soins. Un compromis qui satisfait les médecins, malgré des lacunes sur le financement », in *Le Quotidien du médecin*, 18 septembre 2003
- de Saint-Roman (H.), « L'idée d'une rémunération des médecins au forfait fait son chemin », in *Le Quotidien du médecin*, 26 février 2004
- de Saint-Roman (H.), « Les maisons médicales de garde font leur premier bilan », in *Le Quotidien du médecin*, 7 avril 2004
- de Saint-Roman (H.), « Médecin en MMG : le casse-tête de la rémunération », in *Le Quotidien du médecin*, 7 avril 2004
- Vilain (A.), Niel (X.), « Les médecins hospitaliers depuis le milieu des années 80 », in *DREES, Etudes et Résultats*, n°145, novembre 2001
- « Organisation de la permanence des soins. Un déploiement par étapes », in *Horizon, la revue de l'hospitalisation publique et privée*, n° 152, juillet-août 2004

- « Les médecins généralistes visés par le ministre de la santé », *in Le Monde*, 2 décembre 2003
- « Mesures d'urgence face à l'afflux de patients dans les hôpitaux d'Ile-de-France », *in Le Monde*, 29 novembre 2003
- « La polémique sur les dysfonctionnements du système de santé relancée », *in Le Monde*, 30 novembre 2003
- « Les urgences pédiatriques de l'hôpital Ambroise Paré tournent "à flux tendus" », *in Le Monde*, 29 novembre 2003

b. Presse locale

- Ferrières (F.), « Une maison médicale en projet pour soulager les urgences », *in L'Indépendant*, 25 août 2002
- J.P., « Bientôt des maisons médicales pour assurer les gardes de nuit », *in L'Indépendant*, 8 octobre 2002
- P.N., « Le patient ira au médecin de garde ... et non l'inverse », *in Midi Libre*, 18 janvier 2003
- V.D., « Les premiers pas de la Maison médicale de garde », *in L'Indépendant*, 18 mars 2004
- « La bonne santé de la maison médicale de garde », *in La Dépêche du Midi*, 20 mars 2004

3. TEXTES JURIDIQUES

a. Textes codifiés

- Code de la santé publique
- Code de la sécurité sociale
- Code de déontologie médicale

b. Textes relatifs à la permanence des soins

- Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002, loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 (*article 40*)

- Décret n° 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire et modifiant le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres
- 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° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale
- Arrêté du 23 juillet 2003 fixant les périodes de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire
- Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire
- Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville
- Circulaire DHOS/03/DGAS/AVIE/2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local
- Circulaire DHOS/01/2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire

c. Textes relatifs à l'aide médicale urgente

- Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires
- Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U.
- Circulaire n° 195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

d. Autres textes

- Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998, loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (*article 25 : création du FAQSV pour 5 ans à compter du 1^{er} janvier 1999*)
- Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001, loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (*prolongation du FAQSV jusqu'au 31 décembre 2006*)
- 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

- Ordonnance n° 2004-637 du 1er juillet 2004 relative à la simplification de la composition et du fonctionnement des commissions administratives et à la réduction de leur nombre
- Décret n° 99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville