

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

**Inspecteur de l'action sanitaire et
sociale**

Date du Jury : février 2005

**Maisons médicales de garde et
hôpital : l'articulation entre services
d'urgence et permanence des soins de
ville à Saint Etienne**

Emilia HAVEZ

Remerciements

Je tiens à remercier ici les personnes qui m'ont fait partager leur expérience à la DRASS Rhône-Alpes et parmi elles plus spécialement :

Lucette Malleval, mon maître de stage jusqu'à juillet 2004,

Stéphanie Hirtzig, maître de stage, auprès de qui j'ai réalisé la plus grande partie de « l'exercice professionnel »,

Jean-Noël Brandisi et Sylvie Pelotier, les inspecteurs responsables de la problématique des urgences au service planification de la DRASS,

Anne Boucharlat, médecin inspecteur à l'inspection régionale de santé,

L'équipe de la MRIICE.

Je tiens également à remercier les professionnels de Saint Etienne, le CHU, les médecins généralistes de la maison médicale et les pédiatres libéraux de l'aide qu'ils m'ont apportée tout au long de cette enquête.

Enfin je ne manquerai pas de souligner la disponibilité de Stéphane Gruot (URCAM Rhône-Alpes) et du Dr Colmant, (DDASS de la Loire).

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LE CADRE CONCEPTUEL, HISTORIQUE ET JURIDIQUE A L'ORIGINE DE LA CREATION DES MAISONS MEDICALES DE GARDE.....	9
1.1 LE CADRE LEGAL DE L'ACCUEIL DES URGENCES ET DE LA PERMANENCE DES SOINS	9
1.1.1 <i>Des concepts théoriques en redéfinition</i>	9
A) L'aide médicale urgente	9
B) La continuité des soins.....	10
C) La permanence des soins	10
1.1.2 <i>Un dispositif complexe.....</i>	12
A) Le dispositif d'accueil des urgences.....	12
B) L'ancien principe de la permanence des soins	13
1.1.3 <i>Les usagers des urgences : une forme comme une autre de consumérisme ?.....</i>	13
A) Pour connaître l'activité d'urgence et ses usagers : la nécessité de systèmes d'information.....	13
B) Les résultats des études réalisées sur les usagers des urgences	14
1.1.4 <i>Un dispositif en attente d'une nouvelle réglementation.....</i>	16
A) Le plan urgences (2003)	16
B) Les perspectives actuelles des services d'urgence	18
1.2 LA REFORME DE LA PERMANENCE DES SOINS ET LA POLITIQUE D'EXPERIMENTATION PROMUE PAR LE FAQSV	18
1.2.1 <i>La grève des médecins en 2001 / 2002 et le passage au volontariat comme principe pour l'exercice de la garde</i>	18
A) Un mouvement syndical déclenche une crise des gardes	18
B) Rénover l'exercice des gardes : les propositions du rapport Descours.....	19
C) L'avènement du volontariat de la garde : les conséquences réglementaires	19
1.2.2 <i>Le FAQSV : un fonds non pérenne à vocation expérimentale jusqu'à fin 2006</i>	20
A) Principes généraux	20
B) Financement	21
C) Organisation générale.....	21
D) Critères de sélection des dossiers	22
1.3 LE SROS 3 : LE VOLET DE « LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET L'ARTICULATION AVEC LA PERMANENCE DES SOINS » SELON L'ARRETE DU 27 AVRIL 2004.....	22
1.3.1 <i>Les orientations du groupe de travail du volet « urgences » du SROS troisième génération en Rhône-Alpes.....</i>	23
1.3.2 <i>Un effort accru de coopération à susciter dans les bassins de santé : les projets médicaux de territoires</i>	23
1.3.3 <i>La maison médicale de garde : une forme de coopération possible.....</i>	24
A) Difficultés de définition	25
B) Le projet Mattéi	25
C) Le séminaire des MMG organisé par l'URML de Rhône-Alpes.....	25

2 LA SPECIFICITE DE L'EXPERIENCE STEPHANOISE ET SON ENJEU DANS LE CADRE DE LA REFORME DU SROS 26

2.1	A L'ORIGINE DU PROJET : UNE IMPLICATION FORTE DES ACTEURS LOCAUX	26
2.1.1	<i>Le cadre stéphanois : contexte et nature des services</i>	27
2.1.2	<i>Une tradition de garde de ville bien ancrée à Saint Etienne</i>	29
2.1.3	<i>La MMG : un projet initié à la fois par le conseil départemental de l'Ordre des médecins et par les demandes des acteurs locaux, hospitaliers et libéraux</i>	29
2.1.4	<i>Une volonté moins de réaliser la permanence des soins que de désengorger les urgences</i>	30
2.2	ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DE LA MMG AU SEIN DU SAU.....	30
2.2.1	<i>Des locaux et moyens matériels relativement peu onéreux pour l'assurance maladie</i> 30	
2.2.2	<i>Horaires et modes de fonctionnements : importance de la régulation par le 15</i>	31
2.2.3	<i>Des moyens humains de plus en plus limités</i>	32
2.3	ANALYSE DE LA MISE EN ŒUVRE DE LA MMG	33
2.3.1	<i>La résistance des patients à être réorientés vers la MMG</i>	33
A)	Le profil des patients de la MMG	33
B)	Les motifs de refus exprimés par les patients.....	33
2.3.2	<i>L'activité irrégulière de la MMG</i>	35
A)	La quantité d'actes réalisés	35
B)	La qualité des soins rendus	36
C)	La MMG souffre d'un déficit de communication.....	36
2.3.3	<i>Un bilan fortement nuancé</i>	37
A)	La MMG généraliste ne répond pas aux objectifs de la convention FAQSV.....	37
a)	L'absence de réelle étude de besoins effectuée en amont du projet en cause	37
b)	Le caractère marginal du désengorgement du service des urgences adultes ainsi réalisé....	37
c)	La faible participation des généralistes de Saint Etienne au dispositif : une inquiétude pour l'avenir ?.....	38
B)	La MMG rend d'une certaine manière service à la population.....	38
a)	Une durée d'attente très faible	38
b)	Une satisfaction marquée par un fort capital de confiance	39
c)	Plusieurs points d'insatisfaction ressortent.....	39
C)	Le caractère certain du service rendu aux professionnels de santé	39
a)	Pour l'hôpital.....	39
b)	Pour les médecins qui participent à la MMG	40
c)	Pour les médecins généralistes en-dehors de l'association des médecins de garde	42

3 CE TYPE DE MAISON MEDICALE DE GARDE DOIT-IL ETRE PERENNISE ?

RECOMMANDATIONS ET SCENARII..... 42

3.1	FERMER LA MMG OU SUPPRIMER SES FINANCEMENTS PUBLICS	43
3.2	MAINTENIR LA STRUCTURE EN CONSERVANT SES OBJECTIFS	44
3.2.1	<i>Communiquer sur l'existence du dispositif</i>	44
A)	Développer la systématisation de la régulation préalable des appels par le 15 comme le prévoit le décret organisant la permanence des soins pour que l'accès aux médecins de garde, à la MMG et à SOS médecins ne soit pas libre.	44

B) Faire de la MMG une composante à part entière de l'offre de soins facilement accessible par les usagers	44
3.2.2 Recentrer l'organisation plus en direction des patients et moins par rapport aux professionnels	45
3.2.3 Fusionner les deux MMG ou au moins coordonner les actions	45
3.2.4 Réfléchir aux modes de financements de ces maisons médicales (structures et médecins).....	46
3.2.5 Un moyen de faire revenir ou de garder les médecins libéraux dans la permanence des soins de ville	47
3.2.6 Eduquer les patients : une occasion de remettre les patients dans la bonne porte d'entrée du système	48
3.3 PERENNISER CETTE STRUCTURE INTELLIGENTE EN LA TRANSFORMANT	49
3.3.1 un centre de consultations non programmées de 8 heures à minuit 7 jours sur 7 au sein du CHU	49
3.3.2 un lieu stratégique d'exercice des gardes sur le secteur de Saint Etienne.....	50
CONCLUSION.....	51
Bibliographie.....	55
Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AMU : aide médicale urgente

ARH : agence régionale de l'hospitalisation

CCMU : classification clinique de médecine d'urgence

CMU : couverture maladie universelle

CNAMTS ou CNAM : caisse nationale de l'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

CRRA : centre de régulation et de répartition des appels

DESC : diplôme d'études spécialisées complémentaires

DDASS : direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DRASS : direction régionale des affaires sanitaires et sociales

DREES : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DU : diplôme universitaire

FAQSV : fonds d'aide à la qualité des soins de ville

IFSI : institut de formation en soins infirmiers

IOA : infirmier d'orientation et d'accueil

IGAS : inspection générale des affaires sociales

MMG : maison médicale de garde

MRIICE : mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation

PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information

SAE : statistique des activités des établissements

SAMU : service d'aide médicale urgente

SAU : service d'accueil des urgences

POSU : pôle spécialisé des urgences

SDIS : service départemental d'incendie et de secours

SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation

SROS : schéma régional d'organisation des soins

UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée

UPATOU : unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie

INTRODUCTION

En 2002, le professeur Jean-François Mattéi, alors ministre de la santé, déclare : « il faut ouvrir l'hôpital sur la ville, offrir aux médecins libéraux l'occasion d'y travailler »¹. La création de maisons médicales à proximité des hôpitaux est alors promue par les pouvoirs publics. Cette volonté est le résultat d'un dysfonctionnement ancien et reconnu. De nombreux rapports depuis quinze ans ont permis de prendre conscience de la mesure du problème des urgences. Ainsi en 1991 a été créée une commission nationale de restructuration des urgences. En 1993 cette commission publiait le rapport Steg sur la médicalisation des urgences². Ce rapport a conduit à de réels efforts, notamment budgétaires, pour mieux encadrer et normer l'activité des urgences. En 1994 c'est la prise en charge préhospitalière qui fait l'objet du rapport Barrier³. En 2001 le rapport Nicolle⁴ sur les urgences présente de nouvelles pistes de réflexion et parmi elles la théorie de la demande induite par l'offre. Car la demande des usagers en terme d'offre de soins d'urgence augmente régulièrement.

En effet on observe de manière générale depuis plusieurs années un flux croissant de passages aux urgences. Plus de 12 millions de patients se présentent chaque année dans les services d'urgence et le taux moyen d'augmentation du nombre de passages est de 4% par an⁵. Ces flux croissants occasionnent des déséquilibres : files d'attente, impossibilité de prendre en charge tous les patients au vu du personnel, multiplication des mécontentements à l'origine de toujours plus de violences. Ces passages sont en grande partie des « premiers passages » et soulèvent la délicate question de leur justification, dans la mesure où 81% des passages⁶ n'entraînent pas ensuite d'admission à l'hôpital. En général les urgences « ressenties » par les patients, que les professionnels des services d'urgence opposent parfois aux « vraies » urgences, correspondent malgré tout à un besoin réel pour les patients de s'adresser à un médecin pour un trouble qui les

¹ Entretien au journal *Le Progrès* publié le 25 juillet 2002.

² STEG A., *La médicalisation des urgences*, Commission nationale de restructuration des urgences, septembre 1993.

³ Barrier G., *La prise en charge préhospitalière des urgences*, septembre 1994.

⁴ Nicolle D., *Rapport sur les groupes de travail sur les urgences*, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, octobre 2001

⁵ Données SAE.

⁶ « Les usagers des urgences », DREES, *Etudes et résultats*, n°212, janvier 2003

inquiète et dont la gravité est variable. De plus cet accueil en service d'urgence résulte parfois de l'indisponibilité d'une autre structure, qu'il s'agisse d'une consultation fermée le soir ou le week-end, ou d'un médecin traitant absent...

Parallèlement, les médecins libéraux expriment d'une manière générale depuis 2001, et surtout 2002, une volonté d'organiser de nouveaux modes de garde pour assurer la permanence des soins de ville. Les grèves des gardes de 2001 et 2002 ont en ce sens constitué un tournant. Ils font part de plus en plus souvent d'un besoin de sécurité et de confort dans l'exercice de leur art, et veulent surtout éviter les déplacements, en particulier la nuit, la féminisation de la profession et l'augmentation du travail à temps partiel étant présentées comme des arguments en ce sens⁷. Enfin est apparu avec la réforme de la réduction du temps de travail le « dogme⁸ des 35 heures ». Cette nouvelle revendication des médecins consiste à ne plus accumuler les heures de travail et ne plus enchaîner les nuits de garde avec les journées d'exercice dans le cadre du cabinet comme cela s'était toujours fait.

C'est pourquoi la situation complexe qui caractérise la prise en charge des urgences en France a conduit les pouvoirs publics à mettre en lien les services hospitaliers d'accueil des urgences et la permanence des soins de ville, et à envisager de nouveaux modes de relation entre professionnels libéraux et hospitaliers.

Pourquoi articuler l'accueil des urgences et la permanence des soins de ville ?

Le premier intérêt serait d'arriver à désengorger des services d'urgences les patients qui relèvent plutôt de la permanence des soins libérale. Il s'agit de mieux orienter les patients, de pouvoir faire le tri entre ceux qui ne peuvent être pris en charge ailleurs que dans les services d'urgence, et ceux qui peuvent, plus simplement, consulter un médecin généraliste, même si la demande de soins est réalisée en dehors des heures d'ouverture classique des cabinets des médecins de ville. Ce désengorgement soulagerait les services d'accueil des urgences mais améliorerait aussi l'accueil des patients en leur

⁷ Cet argument très souvent avancé se révèle plus fragile lorsqu'il est confronté aux études menées sur l'impact réel de la féminisation. Ainsi Dominique Polton, directrice de l'IRDES (centre de recherche et de documentation en économie de la santé) souligne que « la réduction du temps de travail n'est pas seulement due à la féminisation du corps médical, elle résulte plus largement d'un phénomène de société ». Consultable sur internet : www.medcost.fr

⁸ « Projet professionnel et devenir des jeunes médecins en Bretagne », *Cahiers de l'Urcam*, Gwenola Levasseur, François-Xavier Schweyer, avec la participation d'Arnaud Campéon, Sandrine Hugé, Carine Treguer et Anne Guillaume, à paraître en janvier 2005.

évitant de patienter plusieurs heures dans les salles d'attente encombrées des services d'urgences. L'avantage serait en outre d'avoir la possibilité d'éduquer les patients « réorientés » de manière à ce que les citoyens mesurent davantage leur recours aux urgences. En effet les Français manifestent un attachement réel au système des urgences hospitalières, qui explique en partie le réflexe du déplacement aux urgences au moindre problème.

Le deuxième intérêt concernerait la réorganisation de la permanence des soins, qui est partagée entre permanences des soins hospitalière et libérale, et le service d'incendie et de secours (SDIS). Chaque modification de l'accueil des urgences a un impact sur toute l'organisation des soins, en amont comme en aval où l'on connaît le manque de places disponibles dans les services de médecine générale, de gériatrie, de soins de suite et de réadaptation. Cela ralentit les transferts des patients et en particulier ceux des personnes âgées. Cette réorganisation implique aussi bien les professions libérales que les établissements de santé. De même, la création de maisons médicales de garde, promue par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), présente un potentiel d'effets positifs sur les établissements. Pour être optimisés, ces effets doivent faire l'objet d'un encadrement et d'une organisation concertée des différentes filières d'accueil par tous les acteurs concernés.

Enfin le dernier intérêt serait d'amener à faire travailler ensemble médecins libéraux et médecins hospitaliers, de manière à développer non seulement la coopération mais aussi la connaissance mutuelle des contraintes de chacun. Il s'agirait à long terme de vaincre les résistances culturelles touchant les représentations professionnelles, mais aussi pourquoi pas d'améliorer les problèmes d'attractivité des spécialités médicales. En effet pour les professionnels de santé, les services d'accueil des urgences (SAU) et unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) ne sont pas toujours attractifs. Il n'existe pas d'internat « urgences » pour les médecins, seulement une capacité en médecine d'urgence (CMU) ; il est toutefois prévu de créer un diplôme de spécialisation (DESC) à partir de la rentrée universitaire de 2004. En revanche pour le personnel non médical, ce sont les conditions de travail qui ne semblent pas satisfaisantes : sont invoqués le stress, l'accueil de publics difficiles, parfois violents... En ce qui concerne les médecins libéraux, il est constaté depuis 2002 un désengagement réel de leur part dans la permanence des soins de ville, mais aussi dans la prévention des

urgences⁹. Après la grève des gardes, engagée pour demander une revalorisation des tarifs conventionnels, le principe du volontariat est devenu le fondement de l'organisation des gardes. Le retrait parfois complet des généralistes du système de permanence des soins libéraux dans certaines zones rurales est souvent sans aucune alternative, et pose de graves problèmes dans certains territoires où le SAMU (service d'aide médicale urgente), le SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation) et les services d'urgences hospitalières sont sollicités d'autant plus. Ainsi lors de la crise de la canicule de l'été 2003, les médecins généralistes ont été mis en cause en raison d'une insuffisance de la permanence des soins de ville pendant le mois d'août. Le premier rapport sur la canicule pointait que «chaque fois qu'ils étaient présents, les médecins libéraux et SOS médecins ont été débordés par les appels et ont fait face à des situations humaines parfois dures. Mais de nombreux témoignages de SAMU, pompiers, services d'accueil des urgences, familles font état des défaillances du système de permanence des soins libéraux et du départ en congés massif des médecins généralistes, qui soignent habituellement les personnes âgées, notamment dans les grandes agglomérations. Ces absences ont gravement retenti sur le fonctionnement des urgences, déjà engorgées, et des SAMU (absences de renseignements médicaux concernant les personnes âgées adressées aux urgences, absences de visites à domicile, afflux de demandes de certificats de décès, etc) »¹⁰. Le deuxième rapport¹¹ sur la canicule s'intéressait plus particulièrement à la permanence des soins libéraux. Trois constats majeurs ressortaient de l'enquête de l'IGAS :

- « les médecins libéraux ont assuré la continuité des soins pendant les jours de semaine du mois d'août 2003 ;

⁹ La prévention des urgences couvre tout le travail qui peut être réalisé en amont pour éviter qu'un patient recourt finalement à un service d'urgence. Par exemple il peut s'agir pour un médecin généraliste, dans le cas de patients âgés, de contacter un spécialiste pour demander une consultation non programmée, de faire des démarches d'hospitalisation dans le service adéquat directement, et enfin de prévoir une prise en charge en aval, dès le diagnostic, pour réduire les durées d'attente. Cela implique de consacrer parfois beaucoup de temps à ces démarches administratives, mais également d'assurer une permanence des soins libérale en plus de la continuité des soins due à son patient.

¹⁰ *Rapport d'étape au ministre sur la surmortalité liée à la canicule d'août 2003*, IGAS, septembre 2003

¹¹ *Rapport au ministre sur la continuité et la permanence des soins libéraux pendant l'été 2003*, IGAS, décembre 2003

- des difficultés ont été constatées pendant cette période pour l'établissement des certificats de décès en région parisienne et sur la fiabilité des tableaux de garde établis pour les nuits et les week-end, qui ne reflètent pas nécessairement les présences médicale effectives ;
- les difficultés relatives à l'établissement et au respect des tableaux de garde des soirs et week-end ne sont pas propres à la période de la canicule. »

En filigrane c'est donc l'insuffisante participation des libéraux à la permanence des soins qui est soulignée, mais aussi la légèreté de certains praticiens, effectivement inscrits sur les tableaux de garde, mais qui n'assurent pas leur mission. Ce désengagement est parfois compensé par une participation accrue à la régulation dans les centres 15, aux maisons médicales de garde et aux réseaux « ville-hôpital », mais il apparaît que certains généralistes demeurent totalement à l'écart des gardes et des dispositifs de régulation, tandis que les « médecins régulateurs » sont souvent ceux qui participent déjà au système des gardes.

Ce sujet a été choisi en lien avec mon terrain de stage. J'ai effectué l'ensemble des stages prévus par la formation statutaire dans le service de l'offre hospitalière et médico-sociale de la direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS) Rhône-Alpes. Plus particulièrement mon stage s'est déroulé en grande partie auprès des inspecteurs de la cellule « planification » de ce service. Ce sujet m'a donc été suggéré par mon maître de stage, chef du service, en concertation avec les membres de son équipe, en raison de l'accroissement exponentiel du nombre de maisons médicales de garde en France en général et en particulier en Rhône-Alpes. L'exemple de la maison médicale de garde de Saint-Etienne a été choisi en raison de l'implantation particulière de ses locaux, à l'intérieur du service d'accueil des urgences du centre hospitalo-universitaire de Saint Etienne. Plus globalement cette étude s'intégrait parfaitement dans les réflexions actuelles sur l'accueil des urgences médicales dans le cadre de la révision du schéma régional de l'organisation sanitaire et notamment de son volet « urgences ».

Considérant qu'une bonne prise en charge des urgences implique de mobiliser pour les patients qui en ont réellement besoin des moyens pointus, des compétences d'excellence et des plateaux techniques qui ne peuvent, par définition, exister dans tous les établissements de la même façon, il importe donc de mettre en œuvre des choix stratégiques en la matière dans le cadre de la planification.

La régulation et la planification sanitaires sont des missions traditionnelles de l'inspecteur, garant de l'application des dispositifs législatifs et réglementaires aussi bien en direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) qu'en DRASS. Ces missions

répondent d'une manière générale aux demandes de la santé publique qui exige d'améliorer continuellement l'adéquation entre les besoins, les demandes et l'offre de soins tout en mettant en œuvre des actions de maîtrise des dépenses de santé. Mais le travail de l'inspecteur doit aussi s'exercer dans le champ de l'articulation de l'offre libérale et hospitalière déclinée dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et mettre en perspective les évolutions du système de santé. Plus particulièrement étudier l'urgence et la permanence des soins libérale revient à mettre en exergue le révélateur de tout un système. L'analyse de la prise en charge de l'urgence peut être en effet appréhendée comme un outil d'évaluation et un indicateur du bon fonctionnement de l'hôpital, et la réalité de la permanence des soins de ville comme une mesure de l'équilibre de l'organisation des soins.

Sur le plan méthodologique, j'ai pu participer aux réunions des groupes de travail et des comités de pilotage mis en place en vue de l'élaboration du SROS troisième génération pendant mon stage. Ce stage m'a également permis de réunir un certain nombre de dossiers concernant le sujet afin de compléter l'étude de la bibliographie. En particulier la maison médicale m'a transmis toutes les auto-évaluations qu'elle réalise chaque mois, ainsi que l'audit¹² réalisé très récemment à la demande de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM). Ces documents m'ont permis d'avoir des données fort précises, notamment concernant les opinions des usagers, et ce sans avoir à réaliser de questionnaire en ce sens.

J'ai bénéficié également de la visite de la mission régionale et interdépartementale d'inspection, de contrôle et d'évaluation (MRIICE), dans le cadre d'une enquête régionale sur les services d'urgence, pour observer directement le fonctionnement du service

¹² Ce rapport d'évaluation établi par la société OPTIMA s'est fondé sur deux phases de travail :

- une première phase de rencontre avec les responsables de la MMG et l'étude des différents documents mis à disposition
- une seconde phase qui a constitué en une mesure de la satisfaction par enquête. Pour ce faire trois publics ont été interrogés, patients, médecins et partenaires de la MMG. Les patients interrogés sont ceux qui ont fréquenté la MMG entre novembre et décembre 2003. Le nombre de patients à interviewer a été fixé à 100, afin de disposer d'un échantillon représentatif. En ce qui concerne les médecins intervenant à la MMG, 21 ont participé à l'enquête. Quant aux partenaires de la MMG, ont été sollicités le responsable de SOS médecins à Saint Etienne, le responsable des urgences pédiatriques de l'hôpital Nord, le directeur de la clinique mutualiste, le responsable du service des urgences à la polyclinique et les responsables médicaux et paramédicaux du service d'urgence de Bellevue ainsi que quelques infirmiers.

d'urgence de Saint Etienne. J'ai pu aussi être associée dans ce cadre à des visites dans deux autres services d'urgence¹³ de la région Rhône-Alpes et ainsi prendre appui sur ces comparaisons.

Hors inspection, l'observation directe a été également permise sans être formalisée à l'occasion de mes différentes venues dans le pavillon des urgences, notamment pour les entretiens. En effet une quinzaine d'entretiens de type semi-directif ont été réalisés pendant mon stage d'exercice professionnel. J'ai mené ces entretiens à partir de guides, élaborés en fonction du public : professionnels de l'hôpital, médecins libéraux et représentants institutionnels¹⁴. Ces entretiens ont été réalisés avec : le médecin responsable du service d'urgence adulte, le cadre supérieur de santé du service d'urgence adulte, le cadre de santé du service d'urgence adulte, 3 infirmiers formés et exercés à l'accueil et l'orientation (IOA) des patients du service d'urgence adulte, le médecin responsable du SAMU (service d'aide médicale urgente) qui est aussi président du Conseil départemental de l'ordre des médecins, le médecin-inspecteur de santé publique de la DDASS de la Loire chargé du dossier de la MMG, le médecin-inspecteur de santé publique de la DRASS Rhône-Alpes référent sur la problématique des urgences et de la permanence des soins à l'inspection régionale de la santé, membre du groupe de travail du volet « urgences » du SROS mis en place par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), l'inspecteur de la DRASS chargé de la thématique urgences au service planification, membre du groupe de travail du volet « urgences » du SROS mis en place par l'ARH, le médecin généraliste présidant l'association des médecins de garde de Saint Etienne, le médecin secrétaire de la maison médicale de garde « généraliste », le pédiatre libéral responsable de la maison médicale « pédiatrique », et le référent FAQSV pour la Loire de l'URCAM Rhône-Alpes.

Cette enquête a été menée avec pour cadre la méthodologie fixée par l'ARH, à savoir l'implication des acteurs de terrain et la mise en œuvre de la concertation dans l'élaboration du SROS 3. L'objectif était d'analyser ce qu'apportait cette MMG sur le terrain et éventuellement dans quelle mesure l'expérience de Saint Etienne avait atteint ses objectifs et si elle pouvait être reproduite dans d'autres sites. Ce mémoire explicitera donc dans une première partie le cadre conceptuel, historique et juridique qui a conduit à la création des maisons médicales de garde. Une deuxième partie sera consacrée à la spécificité de l'expérience stéphanoise et à son enjeu dans le cadre de la révision du

¹³ Ces établissements présentaient l'intérêt de travailler également avec les médecins généralistes de la ville dans le cadre d'une maison médicale de garde.

SROS. Enfin la troisième partie proposera des recommandations en vue de la pérennisation ou non de cette maison médicale.

¹⁴ Ces guides d'entretien sont disponibles en annexes.

1 LE CADRE CONCEPTUEL, HISTORIQUE ET JURIDIQUE A L'ORIGINE DE LA CREATION DES MAISONS MEDICALES DE GARDE

L'épiphénomène des maisons médicales doit être replacé dans un contexte global, celui des demandes de soins en urgence. Or les urgences et la permanence des soins sont soumises à un cadre légal relativement complexe (1.1). Ce cadre légal est en pleine refondation, des réformes ont bouleversé les principes et la rénovation des textes réglementaires est encore en préparation (1.2). Enfin l'articulation des urgences et de la permanence des soins est devenue un axe fort de la politique nationale de santé, que l'arrêté du 27 avril 2004 décline au niveau régional pour la révision des SROS (1.3).

1.1 Le cadre légal de l'accueil des urgences et de la permanence des soins

Appuyée sur des notions théoriques (1.1.1), la garantie de la permanence des soins est permise par des textes complexes (1.1.2), et est mise en œuvre en direction d'utilisateurs qui n'utilisent pas toujours l'offre de soins de la manière la plus adéquate (1.1.3). Toutefois ce dispositif est en attente d'une nouvelle réglementation (1.1.4).

1.1.1 Des concepts théoriques en redéfinition

Trois notions bien différentes sont en jeu dans l'accueil des urgences : l'aide médicale urgente (A), la continuité des soins (B), et la permanence des soins (C).

A) L'aide médicale urgente

Mission spécifique du service public hospitalier, l'aide médicale urgente¹⁵ est organisée par les articles L. 6311-1 et suivants du code de la santé publique. L'article L. 6311-1 définit l'aide médicale urgente comme ayant pour objet, en relation avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état. Conformément à l'article L. 6112-5 du code de la santé publique, seuls les établissements de santé publics et privés, participant au service public hospitalier et dont la mission principale est de donner des soins de courte durée ou

¹⁵ *Droit hospitalier, établissements de santé, institutions sociales et médico-sociales*, Allal et alii, Puf, novembre 2003

concernant des affections graves pendant leur phase aiguë, peuvent comporter une ou plusieurs unités participant au service d'aide médicale urgente (SAMU) qui comporte nécessairement un centre de réception et de régulation des appels (Centre de régulation et de répartition des appels (CRRA) ou centre « 15 »). A ces unités peuvent participer, par convention, des praticiens non hospitaliers. Les établissements de santé disposant d'un service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) ou d'une unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) peuvent être dotés d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

Les SAU ne peuvent fonctionner que dans les établissements comportant au minimum des services ou des unités de réanimation, médecine générale ou interne, médecine à orientation cardio-vasculaire, médecine pédiatrique, anesthésie-réanimation, chirurgie orthopédique et viscérale, y compris gynécologique. Ils doivent pouvoir accueillir 24 heures sur 24 toute personne en situation d'urgence, y compris psychiatrique, et la prendre en charge en cas de détresse vitale.

B) La continuité des soins

La continuité des soins renvoie aux obligations déontologiques du médecin envers le patient qu'il soigne et dont il doit garantir le suivi par lui-même ou un confrère. Cet engagement est exposé à l'article 47 du code de déontologie médicale. C'est en vertu de celui-ci que les médecins libéraux se font remplacer pendant leurs congés ou organisent leur activité à plusieurs praticiens dans un même cabinet.

C) La permanence des soins

Pour l'ordre national des médecins, la notion de permanence des soins recouvre la nécessité de la permanence de l'accès aux soins¹⁶.

Une définition originale se trouve dans le rapport Barrier¹⁷. Les vraies urgences médicales nécessiteraient une prise en charge dans l'heure alors que la permanence des soins se situerait dans une durée plus large (une demi-journée).

Le rapport pour la conférence des présidents d'URML de 2001¹⁸ analyse quant à lui la notion de permanence des soins comme « une permanence d'écoute avec une capacité d'intervention médicale adaptée ».

¹⁶ Ordre national des médecins, « L'exercice médical face à la permanence des soins », 2002

¹⁷ Barrier G., *La prise en charge préhospitalière des urgences*, septembre 1994.

Enfin la commission Descours¹⁹ a tenté de donner la définition la plus complète possible. Cette définition tient également à distinguer la permanence et la continuité des soins. « La notion de permanence des soins est un principe accepté par tous. Elle concerne l'ensemble des médecins, mais ce rapport s'adresse essentiellement à l'organisation des soins de ville en coordination avec la médecine hospitalière.

La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant.

La permanence des soins n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique imposée par l'article 47 du code de déontologie médicale, au praticien envers sa patientèle.

L'organisation de la permanence des soins et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires.

La délimitation entre ces deux domaines étant difficile à établir *a priori*, ces deux organisations doivent être coordonnées, et médicalement régulées. La permanence des soins doit être conçue comme un système en réseau.

La permanence des soins est une mission d'intérêt général. »

Le cadre de ce mémoire sera limité aux urgences hospitalières et aux soins de ville des généralistes et des pédiatres exerçant en MMG. La définition de la permanence des soins retenue pour les besoins de la méthodologie sera celle donnée par la commission Descours.

¹⁸ Rapport pour la conférence des présidents d'URML, *Livre blanc : organisation de la permanence des soins en médecine libérale*, juillet 2001

¹⁹ DESCOURS C., *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins*, 22 janvier 2003

1.1.2 Un dispositif complexe

Ce dispositif se caractérise par une implication de différents acteurs (services d'accueil des urgences, unités de proximité, d'accueil, de traitement, d'orientation des urgences, professionnels libéraux, services départementaux d'incendie et de secours) qui ne sont pas toujours coordonnés et dont les missions peuvent se chevaucher.

A) Le dispositif d'accueil des urgences

Les décrets n°95-647 du 9 mai 1995 et n°97-615 du 30 mai 1997 ont structuré l'accueil des urgences par rapport aux territoires en distinguant différents types de services ayant des missions sensiblement différentes :

- ❖ les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU) sont les pivots de l'organisation en réseau hiérarchisé et coordonné. Ils doivent en effet assurer la prise en charge de tous les types d'urgence qui se présentent à eux, y compris les patients dont le pronostic vital est menacé et qui requièrent une hospitalisation en réanimation. Mais ils ont simultanément une mission d'appui et de recours à l'égard des unités de proximité situées au sein du même bassin de population (au moyen de conventions) et des pôles spécialisés. Les établissements autorisés à faire fonctionner un SAU doivent donc disposer d'un certain nombre de moyens lourds : SMUR, réanimation, plateau technique d'imagerie, de biologie, de chirurgie et d'anesthésie fonctionnant 24 heures sur 24 et d'un éventail de spécialistes (psychiatres etc.).
- ❖ les unités de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) accueillent également tout patient qui se présente, traitent sur place ceux qui nécessitent des soins correspondant à leurs moyens humains et techniques et orientent les autres vers des établissements adaptés dans le cadre de « contrats relais » passés avec chacun d'entre eux, définissant au préalable les règles de ces coopérations.
- ❖ les pôles spécialisés des urgences (POSU), comme leur nom l'indiquent, ne peuvent assurer qu'un type d'urgence en rapport avec leur plateau technique et leurs disciplines d'équipement (par exemple les hôpitaux pédiatriques peuvent être autorisés à faire fonctionner un POSU pédiatrique). Ils doivent également passer convention avec un établissement siège de SAU.

Cette structuration selon les missions s'ajoute aux différences de statut et surtout de volume d'activité, et souligne l'hétérogénéité des services d'urgence sur le territoire.

B) L'ancien principe de la permanence des soins

L'article 77 du code de déontologie disposait initialement que « 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 ». Depuis l'article 77 a été rénové (voir 1.2.1, C).

1.1.3 Les usagers des urgences : une forme comme une autre de consumérisme ?

Malgré l'insuffisance de systèmes d'information pour connaître les urgences (A), le consumérisme des services d'urgences est un phénomène identifié par les différentes études réalisées par la DREES notamment (B).

A) Pour connaître l'activité d'urgence et ses usagers : la nécessité de systèmes d'information

Il n'existe pas de système national d'information de type PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information) pour les urgences. Certains établissements ont donc élaboré des systèmes d'information qui leur sont propres mais ce n'est pas le cas dans tous les établissements²⁰. Seule obligation, la déclaration annuelle exhaustive pour la SAE (statistiques d'activité des établissements) que les hôpitaux publics transmettent chaque année à leur DRASS et les cliniques privées à leur caisse régionale d'assurance maladie (CRAM). La SAE est utilisée en principe en complément du PMSI. Elle permet de décrire des facteurs de production en raisonnant activité par activité avec un aspect, depuis 2000, de plus en plus qualitatif. Dix activités de soins sont décrites en plus des plateaux techniques et des capacités et activités globales. Parmi ces dix activités de soins, l'accueil et le traitement des urgences. La description des activités de régulation (centres 15) est encore relativement faible, il s'agit d'un axe à développer.

²⁰ Le CHU de Saint Etienne dont il est question dans ce mémoire dispose d'un outil « maison », SUSIE, utilisé également par certains autres services, qui permet de suivre l'activité et d'adresser des courriers, mais pas de créer un véritable dossier médical commun informatisé. L'informatisation du CHU est en cours de réfection.

Un système de gestion des lits en temps réel sera bientôt disponible. Actuellement le tour des lits vacants dans les services est fait, par le service des urgences, par téléphone, trois fois par jour, voire plus si nécessaire.

Les patients sont répartis dans la classification clinique des malades des urgences (CCMU), une échelle de gravité en cinq classes. Celle-ci est utilisée par les spécialistes de l'urgence pour évaluer la gravité des patients adultes admis aux urgences. Il s'agit d'une classification clinique et d'intervention de soins. Les deux premières classes correspondent à des états qui ne sont pas jugés susceptibles de s'aggraver, la différence entre le niveau 1 et 2 étant liée à la réalisation d'un acte diagnostique ou thérapeutique. La CCMU 3 correspond à un état susceptible de s'aggraver aux urgences 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. Ce classement est effectué par le médecin après l'examen clinique initial. Cette échelle n'est pas adaptée aux enfants de moins de six ans et aux patients relevant d'une prise en charge exclusivement psychiatrique.

B) Les résultats des études réalisées sur les usagers des urgences

La DREES a réalisé en 2001 / 2002 une grande enquête nationale sur les patients des urgences dont voici les grandes tendances²¹ : 2/3 des passages sont effectués dans les SAU c'est à dire dans des établissements qui disposent d'un certain nombre de moyens lourds. 1/4 des usagers ont moins de quinze ans, 43% ont moins de vingt-cinq ans.

Les nourrissons sont proportionnellement à leur nombre dans la population quinze fois plus nombreux à les fréquenter si l'on compare la répartition par âge par rapport à la population générale. Le taux de recours pour eux est le plus élevé, soit 10 fois plus que les enfants de cinq ans, trois fois plus que leur nombre dans la population générale.

Au deuxième rang viennent les personnes âgées de 80 ans et plus (38%), enfin les enfants de un à cinq ans. A l'opposé ce sont les personnes qui ont entre 51 et 70 ans qui ont le taux de recours le plus faible. Les personnes de plus de 70 ans représentent seulement 14% des usagers.

La fréquentation est équivalente la semaine et le week-end mais se révèle plus faible la nuit. 21% des personnes ont eu recours aux services d'urgences la nuit et 28% le week-end, période où la fréquentation reste donc globalement égale à celle des jours de semaine.

²¹ « Les usagers des urgences », DREES, *Etudes et résultats*, n°212, janvier 2003

Près des 3/4 des patients arrivent sans avoir consulté de médecin et par leurs propres moyens. 3/4 des patients ont reçu au moins un examen diagnostique et des soins. 19% sont hospitalisés, les personnes de plus de 70 ans le sont dans un cas sur deux.

Les personnes de plus de 70 ans représentent une faible partie du public accueilli aux urgences mais demandent un travail lourd dans la mesure où ils sont beaucoup plus souvent hospitalisés que la moyenne des usagers.

Selon l'enquête de la DREES²², six motifs de recours aux urgences peuvent être caractérisés et classés par ordre de priorité décroissant :

- ❖ Les usagers à qui on n'a pas demandé leur avis (19 % des patients)
- ❖ Les usagers qui se sont rendus aux urgences sur avis médical (23 %)
- ❖ Les usagers qui évoquent une volonté d'avoir recours au système hospitalier après échec des solutions précédentes (« traitement en cours sans amélioration », « récurrence », « souhait d'accéder à un autre service de l'hôpital qui ne pouvait les prendre rapidement »). (15 % des patients)
- ❖ Les usagers motivés par les spécificités du service d'urgence, que ce soit la permanence des soins, la spécialisation hospitalière en matière d'urgences ou le plateau technique. (25 %)
- ❖ Les usagers qui ont recours aux services d'urgences comme alternative à la médecine de ville, soit parce qu'ils n'ont pas de médecin, soit parce que leur médecin était absent (14 %)
- ❖ Les usagers qui ne citent que des raisons pratiques ou de convenances personnelles. (4 %).

Il semble qu'une amélioration de la régulation puisse agir seulement sur les deux dernières catégories de patients qui représentent seulement 18 % du total. Il est à noter également la faible part de patients relevant purement de ce que l'on peut qualifier de consumérisme médical (4 %). Néanmoins ces comportements extrêmes, aussi rares soient-ils, sont très mal vécus par les professionnels des urgences. Ces derniers ont donc naturellement tendance à retenir davantage ces phénomènes consuméristes et à leur accorder une importance peut-être exagérée.

²² « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », DREES, Etudes et résultats, n°215, janvier 2003

1.1.4 Un dispositif en attente d'une nouvelle réglementation

En 2003 l'annonce du plan urgences (A) a engagé un processus de réflexion sur les urgences. A ce jour, de nouveaux textes sont toujours en préparation à la DHOS (B).

A) Le plan urgences (2003)

Cependant l'annonce du plan urgences en septembre 2003 propose « en amont de l'hôpital, [d'] organiser la permanence des soins, une obligation médicale ». Pour ce faire, le plan oriente la politique de la permanence des soins sur deux axes :

- ❖ assurer la permanence des soins
- ❖ développer les maisons médicales

L'objectif retenu par le gouvernement en ce sens est rédigé comme suit : « Renforcer les médecins libéraux dans leur rôle de premier recours pour la prise en charge des soins non programmés et désengorger les services d'urgences hospitalières. »

La première mesure concerne l'organisation de la permanence des soins et fait le lien avec « les deux décrets parus le 15 septembre 2003 sur la sectorisation et le volontariat. Chaque département est sectorisé en concertation avec le comité départemental de l'aide médicale urgente, des transports sanitaires et de la permanence des soins (CODAMUPS). La permanence est assurée sur la base du volontariat par les médecins libéraux dans chaque secteur. Si le nombre de volontaires est insuffisant, il appartient à l'Etat de procéder aux réquisitions nécessaires».

La seconde mesure concerne le développement des maisons médicales. « A ce jour, 34 maisons médicales fonctionnent sur le territoire. Il en existe trois types :

- ❖ 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 le service d'urgence et le SAMU. Ouvertes plutôt en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux, elles stabilisent le nombre de passages aux urgences.
- ❖ Les troisièmes sont des consultations externes sans rendez-vous situées à l'intérieur même des établissements, à proximité des services d'urgences

Les maisons médicales seront intégrées au dispositif de la permanence des soins instauré au dispositif de permanence des soins instauré par les décrets du 15 septembre 2003. Le cahier des charges et la circulaire d'application préciseront les modalités de

cette intégration. Seront incités la mutualisation des financements entre le FAQSV, les collectivités territoriales, et les établissements de santé. Au moins 80 projets devront voir le jour d'ici 2005. »

Le plan urgences entend s'attaquer également à la pénurie d'offre de soins en amont de l'hôpital dans les zones sous-médicalisées sous deux angles d'action :

- ❖ inciter l'installation des médecins libéraux en zones déficitaires, notamment par la mise en place, dès 2004 une prime à l'installation dont un décret préciserait les critères de détermination des zones déficitaires et les conditions et obligations s'imposant aux professionnels. Les difficultés de mise en œuvre d'une telle réforme explique que le décret soit toujours en préparation.
- ❖ développer les hôpitaux locaux

Enfin le plan urgences propose d'améliorer à l'hôpital le fonctionnement des services d'urgences et cible deux difficultés des services d'urgences :

- ❖ le manque de reconnaissance de la spécialité de médecine d'urgence
- ❖ la difficulté de connaître précisément l'activité des services d'urgences sans système d'information de type PMSI.

En effet le plan annonce la création d'un diplôme d'études spécialisées complémentaires qualifiant de médecine d'urgence (DESC), mais aussi un renforcement de la formation à l'urgence au cours des études médicales.

La mise en place progressive d'un système d'information complet (accueil, SAMU, SMUR) sur l'ensemble du territoire et articulant les trois niveaux « établissements », « régional » et « national » est également prévue à partir de 2004. Le plan hôpital 2007 prévoit 22 millions d'euros pour cette mission. « Un système d'information performant est considéré par les professionnels des urgences comme un élément majeur du bon fonctionnement d'un service d'urgences. Il doit permettre :

- ❖ une gestion des flux de patients
- ❖ une gestion médicale des dossiers
- ❖ une connaissance des disponibilités en lits d'aval
- ❖ la connaissance qualitative et quantitative de l'activité.

Pour la mise en place de ces deux dispositifs sera créé, dès 2004 avec les professionnels et les établissements un observatoire des urgences au plan national. »

B) Les perspectives actuelles des services d'urgence

Les textes réglementaires touchant les urgences sont en cours de révision. Depuis 2003 des décrets importants sont en préparation à la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) mais ne sont pas encore parus. Il semble que très prochainement la réglementation soit rénovée sur les principes déjà énoncés par les circulaires publiées en 2003. Ainsi la hiérarchisation des niveaux d'urgence (SAU et UPATOU) disparaîtrait au bénéfice d'une acception générique de l'accueil d'urgence. Les sites autorisés auraient tous la même responsabilité envers leurs patients, à charge pour eux d'assurer eux-mêmes les soins ou de garantir une filière d'urgence par le biais de conventions.

1.2 La réforme de la permanence des soins et la politique d'expérimentation promue par le FAQSV

La permanence des soins a été réformée à la demande des médecins généralistes en raison des défaillances constatées dans tous les départements (1.2.1). Parallèlement une politique d'expérimentation a permis aux maisons médicales de tenter de rénover le mode d'exercice des gardes (1.2.2).

1.2.1 La grève des médecins en 2001 / 2002 et le passage au volontariat comme principe pour l'exercice de la garde

Après une importante grève des gardes (A), les propositions du groupe de travail de la Commission Descours (B) ont servi de base à la réforme des principes réglementaires de la permanence des soins (C).

A) Un mouvement syndical déclenche une crise des gardes

Fin 2001 les médecins généralistes ont commencé une grève des gardes et des urgences très largement suivie jusqu'à l'été 2002 pour réclamer des revalorisations tarifaires. Comme le mouvement portait sur la permanence des soins libérale, les médecins ont pu y trouver l'occasion de s'exprimer sur leurs difficultés dans l'exercice des gardes, assurées par un nombre toujours plus faible de généralistes, pour soigner des malades de plus en plus exigeants, et un débat s'est instauré entre les professionnels et les pouvoirs publics pour reconsidérer la question.

Ainsi le ministre de la santé a chargé le sénateur Charles Descours d'un rapport sur la permanence des soins de ville, afin de proposer des solutions innovantes à cette crise identifiée et médiatique.

B) Rénover l'exercice des gardes : les propositions du rapport Descours

En janvier 2003 la remise du rapport Descours a soulevé de nouvelles questions. En particulier l'une des propositions recommandant la participation des médecins généralistes à la permanence des soins de ville sur la seule base du volontariat a révolutionné les principes des gardes. En effet la réglementation a entériné le volontariat comme la nouvelle règle.

C) L'avènement du volontariat de la garde : les conséquences réglementaires

La mise en place de la nouvelle permanence des soins s'est déroulée en plusieurs temps avec les parutions successives des textes réglementaires suivants :

- le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de cette participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique,
- le décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de la déontologie médicale,
- la circulaire n° DHOS/01/2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

Un effort de clarification a été réalisé dans les circulaires sur les urgences et la permanence des soins pour bien marquer les différences entre l'aide médicale urgente assurée par les établissements de santé et la permanence des soins de ville.

Pour assurer le caractère déontologique de la réforme, le décret n°2003-881 a institué un nouvel article 77 du code de déontologie médicale : « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent. » Ainsi les médecins ont tous le même devoir envers la permanence des soins, et si l'appel aux volontaires est actuellement la règle, il peut y avoir dans le futur un retour à une obligation au cas où le système du volontariat ne serait pas assez fiable.

De nouvelles dispositions du code de la santé publique précisent le fonctionnement de ce nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire :

- « un cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. Il est arrêté par le préfet après avis du comité départemental prévu à cet effet »,
- « les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat »,
- « L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU »,

- « Dans chaque secteur un tableau départemental nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins mentionnées à l'article R.730 qui sont volontaires pour participer à cette permanence. [...] Ce tableau est transmis, au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins. [...] Dix jours au moins avant sa mise en œuvre par le conseil départemental, le tableau est transmis au préfet, au SAMU, aux médecins concernés, aux caisses d'assurance maladie [...] ».

Dans les situations de crise, où le nombre de médecins volontaires est insuffisant, la DDASS peut mettre en place une procédure de réquisition des médecins par le préfet.

De fait l'article L 6325-1 du code de la santé publique²³ reconnaît la participation des médecins libéraux conventionnés à la permanence des soins dans un but d'intérêt général. Si l'ordre des médecins fait preuve de défaillance, le préfet peut faire usage de son pouvoir de réquisition (décret n°62-867). L'article L. 4163-7 du code de santé publique prévoit en effet trois conditions qui, lorsqu'elles sont réunies, permettent la réquisition en vertu d'une jurisprudence du conseil d'Etat :

- un risque grave pour la santé publique
- l'impossibilité pour l'administration de faire face à ce risque par d'autres moyens
- l'existence d'une situation d'urgence

Si cette disposition était indispensable pour garantir la permanence des soins libéraux, il faut pourtant avouer que dans la pratique c'est avec prudence que les préfets font usage de ce pouvoir de réquisition.

1.2.2 Le FAQSV : un fonds non pérenne à vocation expérimentale jusqu'à fin 2006

Le fonctionnement du FAQSV est soumis à des principes généraux (A), à un mode de financement particulier (B), à une organisation générale assez encadrée (C) pour permettre à des projets innovants de trouver un appui financier (D).

A) Principes généraux

Créé par la loi 98-1194 du 23 décembre 1998 modifiée par la loi 01-1246 du 21 décembre 2001, pour une durée de 8 ans à compter du 1^{er} janvier 1999, le fonds d'aide à la qualité

²³ Décret n°62-867 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance n°59-63 du 16 janvier 1959 relative aux réquisitions de biens et de services.

des soins de ville (FAQSV) vise à financer des actions concourant à améliorer la qualité et la coordination des soins dispensés en ville et contribue :

- Au financement d'actions destinées notamment à l'amélioration des pratiques professionnelles et à leur évaluation,
- A la mise en place et au développement de formes coordonnées de prise en charge, notamment des réseaux de soins liant des professionnels exerçant en ville à des établissements de santé,
- Au financement des aides aux professionnels de santé autres que médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins,
- Au financement des actions des centres de santé concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville,
- Au financement des actions d'évaluations des pratiques professionnelles des médecins.

Le comité national de gestion du FAQSV a, depuis 2002, dédié des crédits spécifiques à la permanence des soins.

B) Financement

Le fonds se décompose en deux enveloppes :

- Une enveloppe nationale gérée au sein de la CNAMTS,
- Une enveloppe régionale déconcentrée gérée par un comité régional présidé par les URCAM.

Trois types de dépenses peuvent notamment être financées par le FAQSV :

- des dépenses d'équipement,
- des dépenses d'études et de recherche,
- des dépenses de fonctionnement.

C) Organisation générale

Que ce soit au niveau national ou au niveau régional, deux instances sont créées : le comité de gestion et le bureau. Au niveau du comité régional de gestion, le directeur de l'ARH est représenté ainsi que le préfet de région. Le représentant du préfet de région, le

directeur et l'agent comptable de l'URCAM assistent avec voix consultative aux séances du bureau.

D) Critères de sélection des dossiers

Les projets sollicitant un financement via le FAQSV doivent satisfaire à plusieurs critères, correspondant aux priorités fixées au niveau national et aux besoins déterminés au niveau régional. En outre, chaque action présentée doit faire l'objet d'une analyse d'opportunité et de faisabilité.

Le FAQSV peut ainsi financer deux secteurs prioritaires de la permanence des soins :

- la participation des médecins libéraux à la régulation médicale,
- les projets innovants d'organisation et de coordination de la permanence des soins (maisons de garde).

En 2000 les deux premières MMG sont nées, à Gap (Hautes Alpes) et à Rennes (Ille et Vilaine). Aujourd'hui le nombre de MMG financées par le FAQSV dépasse la cinquantaine alors que des centaines de MMG non financées par le FAQSV existent. Cependant l'avenir de ce FAQSV n'est pas garanti dans la mesure où le fonds a été créé pour une durée limitée.

1.3 Le SROS 3 : le volet de « la prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins » selon l'arrêté du 27 avril 2004

L'arrêté du 27 avril 2004²⁴ met une fois de plus en effet en exergue l'importance de l'articulation entre la prise en charge des urgences et la permanence des soins. La région Rhône-Alpes en a tenu compte dans ses orientations pour le volet « urgences » du SROS 3 (1.3.1), en développant les coopérations (1.3.2) dont les maisons médicales sont une modalité possible (1.3.3).

²⁴ Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires.

1.3.1 Les orientations du groupe de travail du volet « urgences » du SROS troisième génération en Rhône-Alpes

L'accueil des urgences en Rhône-Alpes s'appuie sur un réseau existant de plus de 57 sites autorisés : 2 POSU, 10 SAU et 45 UPATOU. Pour 1 350 000 passages (en 2002), l'ARH consacre un effort financier important : 18 millions d'euros. Cependant il reste à améliorer les organisations et les fonctionnements.

Les objectifs généraux ciblés par le groupe technique s'articulent autour de quatre axes :

- ❖ la consolidation des équipes, des locaux et des systèmes d'information,
- ❖ la prise en compte du non programmé par l'ensemble de l'établissement,
- ❖ une activité d'au moins 10 000 premiers passages pour un SAU avec au moins 10 de reconvoctions afin de garantir une qualité des soins.
- ❖ Recentrer les urgences hospitalières vers la prise en charge des besoins de soins immédiats et urgents, en articulation et en complémentarité avec la permanence des soins libérale,

Ce dernier objectif est la conséquence d'un certain nombre de diagnostics :

- l'insuffisance d'échanges d'informations entre les urgentistes et les médecins traitants,
- l'insuffisance d'accès aux consultations hospitalières (localisation, délais...) et de l'offre en consultations non programmées,
- le manque de disponibilité des médecins libéraux pour les consultations non programmées en journée,
- l'insuffisance de collaboration entre certaines maisons médicales et les urgences.

Des objectifs opérationnels sont prévus pour mettre en œuvre cet objectif général et notamment les trois objectifs suivants :

- impliquer les établissements hospitaliers dans la réponse aux demandes de consultations non programmées selon les modalités les mieux adaptées aux besoins et à l'existant, notamment, en formalisant avec les MMG externes de procédures d'orientation réciproque, en facilitant la mise en place de MMG dans le ressort de l'hôpital, en développant les consultations hospitalières non programmées,
- favoriser la formation continue des médecins libéraux volontaires aux problématiques de l'urgence,
- organiser des actions d'information et d'éducation du public avec les libéraux.

1.3.2 Un effort accru de coopération à susciter dans les bassins de santé : les projets médicaux de territoires

Les acteurs locaux doivent s'organiser localement pour mettre en place des coopérations concertées afin de décliner sur leur territoire de santé les priorités et préconisations du

SROS. Cet effort de concertation se traduira aussi par une contrainte plus forte pour les établissements dans la contractualisation.

La définition qu'en donne la circulaire²⁵ est claire : il s'agit d'une réponse aux besoins de la population, élaborée en concertation avec les établissements et les professionnels. Ce document d'orientation évolutif n'est pas opposable juridiquement. Élaboré par les conférences sanitaires, il contribue tout d'abord à l'élaboration du SROS et fait vivre, ensuite, ce dernier.

Les établissements et professionnels de santé s'accordent entre eux sur les actions concrètes et précises permettant de traduire les orientations du SROS, notamment en matière de coopérations. Puis ils deviennent au sein de chaque territoire de santé les acteurs du projet médical en le mettant en œuvre.

Il est élaboré à partir d'un diagnostic partagé sur les besoins de santé de la population et contient des propositions destinées à l'ARH dans le cadre de l'élaboration du SROS. Il donne lieu à une animation par les professionnels et établissements de santé du territoire, à un suivi et une évaluation.

Une fois le SROS adopté, le projet médical de territoire en constituera la déclinaison permettant de décrire, de manière plus détaillée que dans les SROS, les réponses apportées par les acteurs de santé, public, privé et libéraux pour couvrir les besoins de santé de la population.

Le contrat d'objectifs et de moyens de chaque établissement de santé, voire dans certains cas communs à plusieurs établissements, doit servir de support à la mise en œuvre de cette démarche, où objectifs et moyens sont discutés sur la base de la contribution de chacun au projet médical de territoire, ou au SROS en l'absence de projet médical de territoire.

1.3.3 La maison médicale de garde : une forme de coopération possible

Le titre imposé au volet urgences met l'accent sur la coopération urgences / permanence des soins. Les MMG peuvent donc à ce titre être partie prenante des projets médicaux de territoire. Ces maisons médicales sont difficiles à définir (A), sont intégrées dans des

²⁵ Circulaire n° DHOS/0/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

projets innovants comme celui impulsé par l'ancien ministre Mattéi (B), et se caractérisent par une grande hétérogénéité.

A) Difficultés de définition

Le rapprochement entre les maisons médicales de garde et les hôpitaux n'est pourtant pas une évidence, dans la mesure où la politique d'expérimentation poursuivie par la caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) envisageait au départ seulement et exclusivement la MMG comme une structure libérale bien distincte de l'hôpital. La définition qu'elle en donne est en effet quelque peu restrictive :

« C'est un lieu d'accueil physique des patients, qui lui sont adressés essentiellement par le centre de régulation libérale, pour une demande de soins non programmée. La permanence des soins est assurée par les médecins libéraux dans la MMG aux heures de fermeture des cabinets libéraux, de façon à rendre possible la continuité des soins. (...) Pour éviter toute confusion entre le recours à des soins de ville et des soins hospitaliers, les locaux de la MMG ne devront pas se confondre avec ceux d'un établissement de santé. Une seule exception à cette règle peut être envisagée : le cadre de l'hôpital local, lieu d'exercice des médecins libéraux. La MMG sera un lieu de soins différent des cabinets d'exercice habituels des médecins intervenants. »

Mais des maisons médicales ont été accueillies au sein d'hôpitaux et l'idée d'un rapprochement innovant a intéressé le ministère de la santé à partir de 2002.

B) Le projet Mattéi

Le projet Mattéi était de créer des MMG à proximité des hôpitaux, où les médecins libéraux recevraient par vacation les patients en consultation afin de désengorger les urgences. « il faut ouvrir l'hôpital sur la ville, offrir aux médecins libéraux la possibilité d'y travailler, développer les vacations hospitalières avec un statut valorisé pour les médecins libéraux et l'ensemble des personnels soignants ».

Enfin l'engouement des généralistes pour ces MMG, relativement au nombre de créations ces dernières années prouve que cette alternative aux gardes traditionnelles est potentiellement attractive.

C) Le séminaire des MMG organisé par l'URML de Rhône-Alpes

L'URML a organisé en avril 2004 un séminaire sur les maisons médicales. Ces rencontres des professionnels ont mis en valeur la grande hétérogénéité des maisons médicales. Mais c'est aussi la motivation des médecins participant à ces maisons médicales qui en est ressorti. Enfin ce séminaire a été l'occasion de réaliser une étude complète sur les

maisons médicales²⁶ et de faire un recensement exhaustif des structures existantes au nombre de 80.

Ce séminaire a montré aussi que les collectivités locales ont peut-être un rôle à jouer en la matière en terme d'organisation du territoire et de coopération, certaines l'ont déjà compris : ainsi le conseil régional d'Île de France a décidé d'allouer des subventions en 2003 pour l'amélioration des services d'urgence et notamment pour soutenir la création ou le développement des MMG.

Dans le cadre de refonte générale des principes de la permanence des soins, des expériences spontanées de maisons médicales sont mises en œuvre un peu partout en France. En Rhône-Alpes l'expérience de Saint Etienne est remarquable en raison de l'implantation hospitalière de ses locaux. C'est pourquoi ce mémoire s'intéresse de plus près à l'expérimentation stéphanoise que nous allons maintenant aborder.

2 LA SPECIFICITE DE L'EXPERIENCE STEPHANOISE ET SON ENJEU DANS LE CADRE DE LA REFORME DU SROS

La maison médicale a été mise en place grâce à l'obstination de quelques médecins, hospitaliers et libéraux, déterminés à instaurer une collaboration entre les urgences et l'association des médecins de garde de Saint Etienne (2.1). Après une description du fonctionnement quotidien de la MMG (2.2), il sera fait une première analyse de la mise en œuvre de ce dispositif (2.3).

2.1 A l'origine du projet : une implication forte des acteurs locaux

Il apparaît nécessaire dans un premier temps de présenter le contexte de l'expérimentation (2.1.1), la manière dont était organisée les gardes auparavant (2.1.2), et le consensus qui s'est dégagé autour du projet de création de la MMG (2.1.3) dans le but de désengorger les urgences (2.1.4).

²⁶ « Quelle place pour les MMG dans la permanence des soins ? », *Concours médical*, 20/10/2004, volume 126, n°30-31, pp. 1815-1819.

2.1.1 Le cadre stéphanois : contexte et nature des services

Etablissement public de santé du secteur 6, le centre hospitalier universitaire de Saint Etienne est autorisé à faire fonctionner un SAU, un SAMU-SMUR, et un POSU pédiatrique.

Dans sa séance du 19 septembre 2000, le comité régional de l'organisation sanitaire et sociale (CROSS) a donné un avis favorable à plusieurs demandes d'autorisation d'exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences :

- dans le cadre d'un « service d'accueil des urgences » pour les adultes à l'hôpital de Bellevue,
- dans le cadre d'un « pôle spécialisé pour les urgences pédiatriques » à l'hôpital Nord,
- pour assurer le fonctionnement d'un « service mobile d'urgence et de réanimation » sur le site de l'hôpital de Bellevue.

Les autorisations ont été données par la commission exécutive de l'ARH par délibération du 18 octobre 2000.

L'activité urgence adulte fait partie du service d'urgence et de réanimation. Elle comprend :

- ❖ le SAU, situé au rez-de-chaussée, qui s'articule autour de deux secteurs d'activités couramment désignés sous les vocables UF (urgences fonctionnelles) et UG (urgences graves) :
 - l'accueil médicochirurgical adultes,
 - l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), dit « service porte », de 10 lits,
- ❖ L'unité d'hospitalisation médicale urgente (HMU), située au premier étage, comportant 12 lits, 4 lits dits de « soins intensifs » et 2 lits à destination des détenus, ainsi que le service de réanimation,
- ❖ le SAMU-SMUR,
- ❖ la permanence d'accès aux soins de santé (PASS),
- ❖ une unité de consultation de soins ambulatoires.

L'IOA assure la ventilation entre les deux secteurs des urgences (fonctionnelles et graves) et la MMG.

L'infirmière de flux, en poste de jour du lundi au vendredi, a été mise en place à l'accueil médicochirurgical depuis mars 2004. Elle a pour missions de coordonner les informations relatives aux patients et de fluidifier les transferts de la zone des urgences vers les unités d'hospitalisation. Sa présence a déjà permis d'améliorer la situation et notamment de faire baisser le climat d'agressivité, souvent engendré par l'attente et l'absence de réponse. Cette fonction infirmière a été préférée à la mise en place de temps de psychologue. Néanmoins, des situations d'agressivité persistent, nécessitant le recours à la police. Une

affiche a été apposée dans l'ensemble des locaux pour mettre en garde les usagers qui s'en prendraient aux personnes et aux biens du CHU et les avertir des poursuites judiciaires. Une charte d'intervention Police - Justice – Urgences est en cours de rédaction.

L'articulation avec la ville est organisée depuis 2003, les locaux de l'hôpital Bellevue accueillent au sein de l'unité de consultation de soins ambulatoires des médecins généralistes libéraux participant à l'expérience de la MMG en soirée et les week-end et jours fériés.

Le POSU pédiatrique quant à lui comprend un service d'accueil des urgences médicales et chirurgicales ainsi qu'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de 3 lits.

- ❖ le service d'accueil médicochirurgical assure l'accueil des enfants de 0 à 16 ans, voire 18 ans pour la médecine. Il est composé de deux pôles distincts, une unité d'accueil médical et une unité d'accueil chirurgical.
- ❖ l'unité d'hospitalisation de courte durée est intégrée au service d'urgence mais ne répond pas aux normes en vigueur. Actuellement, elle est constituée d'une salle commune de 3 lits, sans personnel paramédical dédié en propre.

L'articulation avec la ville est également organisée depuis peu, une convention de coopération entre le CHU et l'association des pédiatres de la région stéphanoise a été conclue et a permis l'ouverture depuis le 29 mai 2004 d'une « maison de garde pédiatrique ».

Une convention est également opérationnelle entre le CHU et l'association « kiné garde respi pédiatrique 42 » permettant d'organiser une garde de kinésithérapeutes en ville, d'octobre à mi-mai, pour le traitement des bronchiolites. Son transfert est envisagé dans les locaux de l'hôpital.

Le chef du service reconnaît qu'il bénéficie d'un bon fonctionnement de la commission des admissions non programmées du CHU. En moyenne celle-ci se réunit une fois par mois, parfois plus souvent en cas de difficultés particulières.

Les unités mobiles de gériatrie et d'addictologie fonctionnent de manière satisfaisante. Il existe un service d'urgences psychiatriques mais avant d'y être pris en charge, les patients subissent pendant les premières 24 heures un examen clinique par un médecin au SAU. Ce fonctionnement peut parfois occasionner des problèmes de disponibilité des lits et des troubles dans le service. Des contentions sont utilisées pour les patients psychiatriques violents.

Chaque année l'activité du SAU augmente en moyenne de 1500 visites (3,8 %). Une assistante sociale est affectée aux urgences à 0,8 équivalent temps plein donc n'est pas là toute la journée. Elle est absente le mercredi et les week-end et jours fériés. Pourtant ce rôle est très important dans la mesure où la population de Saint Etienne et notamment celle accueillie aux urgences est marquée par des difficultés socio-économiques (les fermetures des mines et de Manufrance dans les années 1980 ont gravement fragilisé la population). Une enquête « maison » du CHU sur le profil socio-économique des patients accueillis aux urgences a été réalisée pendant sept jours et a montré que 57% des personnes accueillies cumulaient au moins deux critères de précarité.

2.1.2 Une tradition de garde de ville bien ancrée à Saint Etienne

Il existe une « association des médecins de garde de Saint Etienne » qui organise et assure la rotation des gardes des médecins généralistes depuis une vingtaine d'années. De même les pédiatres libéraux sont depuis longtemps accoutumés à exercer des gardes au sein de leurs cabinets pour la clientèle des pédiatres stéphanois, avertie de la possibilité de téléphoner au cabinet de son spécialiste pour avoir indication par messagerie des coordonnées du pédiatre de garde.

2.1.3 La MMG : un projet initié à la fois par le conseil départemental de l'Ordre des médecins et par les demandes des acteurs locaux, hospitaliers et libéraux

Le président du Conseil de l'ordre est lui-même le médecin responsable du SAMU. C'est lui qui avait à cœur de solliciter les généralistes pour désengorger les urgences. C'est aussi lui qui a fait le lien entre les différents professionnels, entre l'association des médecins de garde et la direction du CHU. Cependant l'idée a mis plusieurs mois pour aboutir à la maison médicale de garde.

Il a donc soumis l'idée aux généralistes de l'association des médecins de garde de Saint Etienne afin que ces derniers soumettent un projet pour désengorger les urgences. Mais les généralistes ne voulaient en aucune manière se retrouver sous la coupe de l'hôpital, et envisageaient de se regrouper dans une MMG au centre ville. Toutefois les locaux choisis n'étant pas tout à fait satisfaisants, progressivement le principe d'une installation près des urgences a été accepté et est apparu comme la solution la plus séduisante.

Un premier dossier FAQSV a été refusé, plus d'un an a été nécessaire pour le faire valider.

La MMG a finalement ouvert ses portes en mars 2003.

2.1.4 Une volonté moins de réaliser la permanence des soins que de désengorger les urgences

Le but des généralistes est très clair : la MMG a été créée pour désengorger les urgences. C'est cette volonté commune qui a rapproché les généralistes et l'hôpital. Puis plus récemment l'idée a germé de ne plus assurer les gardes autrement que dans la MMG.

Les généralistes de la MMG ne veulent surtout pas être ouverts au tout venant de la permanence des soins, ils refusent donc de communiquer dans les médias sur la MMG, ses missions, ses horaires d'ouverture, et son adresse.

2.2 Organisation et fonctionnement de la MMG au sein du SAU

La MMG est hébergée par le CHU de Saint Etienne et financée par le FAQSV (2.2.1). Les patients y accèdent par les dispositifs de régulation et notamment le centre 15 (2.2.2). Seule préoccupation, le nombre réduit de médecins participant à la MMG (2.2.3).

2.2.1 Des locaux et moyens matériels relativement peu onéreux pour l'assurance maladie

Les locaux de la MMG sont prêtés par l'hôpital, le jour il s'agit d'une unité de consultation ambulatoire avec une petite zone d'attente dans le couloir. Une caméra est placée à cet endroit pour surveiller de l'intérieur ce qui se passe dans la « salle » d'attente. Ces locaux sont bien distincts de l'activité des urgentistes mais se trouvent quand même à l'intérieur du pavillon des urgences de Bellevue et très proches de l'accueil des urgences. La MMG est indiquée à l'entrée extérieure de l'hôpital et à l'intérieur du pavillon, au moyen de panneaux signalétiques lumineux. A l'accueil des urgences adultes, une affichette précise dans quelles conditions les médecins généralistes consultent (les cas de figure courants de recours injustifiés aux urgences, les honoraires, les horaires d'ouverture et la liberté de choix du patient y sont indiqués).

En 2006 un déménagement de l'ensemble du pavillon est prévu à l'hôpital Nord. Le service des urgences adultes déménagera alors dans de nouveaux locaux, à proximité des urgences pédiatriques et de la MMG pédiatrique. A cette occasion le CHU a promis de dédier une salle de consultation à la MMG dans les futurs locaux. Ce projet est attendu avec impatience par les généralistes qui exercent actuellement dans des locaux, certes prêtés, mais peu adaptés à leur activité.

Les médecins de la MMG ont à leur disposition un petit peu de matériel : un poste informatique et quelques consommables. Il appartient ensuite à chaque médecin de venir, comme dans l'exercice habituel des gardes, avec sa mallette et ses instruments personnels. Aucun plateau technique n'est mis à leur disposition en terme de biologie ou de petite chirurgie ou radiologie pour la petite traumatologie.

Le FAQSV finance le poste matériel des consommables, le poste de secrétariat (12 heures par semaine), les frais de fonctionnement et l'ordinateur. L'ARH quant à elle prend en charge le poste d'infirmière d'orientation et d'accueil.

Le projet a été accepté pour un financement d'un an. Après 2005, nécessité de trouver des alternatives au FAQSV.

2.2.2 Horaires et modes de fonctionnements : importance de la régulation par le 15

La maison médicale de garde ouvre chaque soir de semaine à 18 heures et ferme à 23 heures. Les week-ends et les jours fériés l'activité démarre à 14 heures jusqu'à 23 heures. Initialement la convention prévoyait une fermeture de la MMG tous les soirs à minuit mais les médecins libéraux ont jugé que leur présence entre 23 heures et minuit n'était pas nécessaire et ont réduit leur temps de présence. De même ils envisagent prochainement d'ouvrir de 10 heures à 22 heures les week-end et jours fériés.

Dans tous les cas, il est constaté à Saint Etienne comme ailleurs que passé minuit les demandes de soins se font rares.

Les patients accèdent de différentes manières à la MMG. Le nombre de visites spontanées a pu être évalué à 13 % des consultations ; cette proportion a tendance à augmenter avec l'âge de la MMG, les patients sachant localiser la structure, ils ont tendance à s'y rendre d'eux-mêmes.

En moyenne, près de 50 % des patients arrivent à la MMG après un passage au service d'urgence de l'hôpital. C'est le tri par les infirmières d'orientation et d'accueil. Ces IOA avant 2003 n'avaient pas cette qualité, même s'il y avait toujours un infirmier plus ou moins dédié à l'accueil. C'est en effet à partir de mars 2003 que l'ARH a financé ces postes d'IOA pour lesquels une formation *ad hoc* est nécessaire. Toute l'équipe infirmière a suivi la formation car tous les agents sont susceptibles d'être affectés à ce poste dans la mesure où chaque jour il faut attribuer un poste d'IOA. Si en principe l'IOA doit travailler à

l'accueil, il arrive que, pour pallier le manque d'infirmiers, il participe aux soins. Cette situation est malheureusement systématique les week-ends en raison de la pénurie de personnel.

Les 30 à 40 % de patients restants sont dirigés vers la MMG à la suite d'une régulation par le centre 15.

Si au cours de la consultation à la MMG des examens complémentaires apparaissent nécessaires, les patients sont réorientés vers le service d'accueil des urgences, ce qui correspond à 3 % des cas en moyenne. 97 % des patients retournent à leur domicile.

Quand les patients viennent directement, sans avis médical ni rendez-vous, ils sont pris en consultation au fur et à mesure de leur arrivée mais on leur rappelle le principe de la régulation par le 15. S'ils sont venus pour un motif injustifié, on les sensibilise à la nécessité, en tant que citoyen, d'avoir une attitude responsable dans la consommation de l'offre de soins.

Les médecins perçoivent 25 euros d'astreinte et ensuite le prix des actes, majorés le soir et le week-end. L'astreinte est également majorée le week-end.

2.2.3 Des moyens humains de plus en plus limités

C'est l'association des médecins de garde de Saint Etienne qui gère la MMG. Grâce au FAQSV un poste de secrétariat est financé mais n'est pas présent physiquement à la MMG puisqu'il s'agit de travail administratif effectué 12 heures par semaine dans le cabinet du docteur S, secrétaire de la MMG. Environ trente à trente-cinq généralistes seulement participent à la MMG alors que l'agglomération stéphanoise ne compte pas moins de 200 praticiens.

Les médecins de la MMG doivent s'organiser seuls pour organiser les consultations, recevoir les patients et effectuer les tâches administratives (feuilles de soins, tiers payant etc.). Ce sont des professionnels des gardes auxquelles ils sont habitués.

Un médecin de garde assure seul la permanence. L'association des médecins de garde peut compter actuellement sur un volant de 30 à 35 médecins. Soulignons qu'à l'ouverture de la MMG, 40 à 45 médecins participaient à son fonctionnement.

Il n'a pas été fait état de participation des médecins à des actions de formation ni de réunions internes à la MMG.

2.3 Analyse de la mise en œuvre de la MMG

Le fonctionnement de la MMG est fondé sur la régulation des flux mais les patients restant maîtres de la décision finale, le principe de réorientation admet des limites (2.3.1). L'activité de la MMG s'en ressent et souffre d'une certaine irrégularité (2.3.2). Au final l'analyse de cette expérience est assez nuancée (2.3.3).

2.3.1 La résistance des patients à être réorientés vers la MMG

Il convient dans un premier temps de définir le profil des patients (A) avant d'analyser les situations dans lesquelles les patients expriment un refus de se rendre à la consultation de la MMG (B).

A) Le profil des patients de la MMG

Les patients de la MMG sont plutôt jeunes, la moyenne d'âge s'établit à 27 ans, 28 % sont des enfants et seulement 7 % des patients ont plus de 50 ans.

61% des personnes venant en consultation sont des femmes.

L'origine géographique est le plus souvent Saint Etienne ou les autres communes de l'agglomération stéphanoise, qui représentent respectivement 71 et 20 % des lieux d'habitation.

89 % des patients viennent pour la première fois.

B) Les motifs de refus exprimés par les patients

Les IOA essuient parfois des refus quand elles essayent de réorienter des patients. Ils ne peuvent pas obliger un patient à se rendre à la MMG. Plusieurs raisons ont été évoquées lors de l'enquête.

Certains patients refusent de payer la consultation de la MMG. Cette situation est très courante : la gratuité apparente des urgences contraste avec l'avance des frais de soins demandée pour les médecins libéraux. Ce phénomène est valable pour toutes les catégories sociales et pas seulement pour les classes les plus faibles économiquement comme on pourrait le penser.

Parfois les IOA ont l'impression que les gens ne comprennent pas ce qu'est la MMG, ils éprouvent des difficultés pédagogiques dans leur effort de régulation pour convaincre les usagers. Les IOA évaluent à 5 / 10 % le nombre de patients qui refusent catégoriquement de consulter un généraliste à la MMG. Les gens ont d'après eux l'impression d'être mieux traités aux urgences, ils idéalisent les urgentistes et ont l'impression d'avoir affaire à des « super médecins ».

Parfois il y a des « ratés » : le patient se présente à l'accueil des urgences, est réorienté sur la MMG, et à la consultation, le généraliste juge préférable de renvoyer le patient aux urgences (pour faire des examens ou parce qu'il a un doute sur la gravité du cas). Si le généraliste fait payer la consultation au patient avant de le rendre aux urgences, le patient a vraiment l'impression de payer deux fois, qu'on se débarrasse de lui d'un service à l'autre et que le généraliste est incompetent. Au final ce patient n'acceptera jamais plus d'être réorienté vers la MMG. Cette situation a déjà été rencontrée même si tous les généralistes ne font pas payer la consultation aux patients qu'ils renvoient aux urgences.

Ensuite les IOA déplorent que les médecins généralistes n'aient pas tous exactement la même pratique, certains font les sutures, les consultations ophtalmologiques, mais d'autres non. Parfois il ne s'agit que d'un problème matériel : le médecin est venu sans kit de suture mais accepte de prendre en charge un patient à suturer dans la mesure où on lui fournit un kit. Certains généralistes en arrivant font un tour à l'accueil des urgences pour mettre au point avec l'IOA l'étendue de la réorientation, mais cette démarche, appréciée du personnel soignant, n'est pas entreprise par chaque généraliste prenant son tour de MMG.

Une prise en charge par la couverture maladie universelle (CMU) est toujours possible. Mais quand les droits ne sont pas à jour, les généralistes disent ne jamais être payés par la sécurité sociale.

La carte vitale n'est pas acceptée à la MMG. Les médecins responsables de la MMG déclarent avoir sollicité la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) pour cette question. Mais un problème technique touchant le terminal (qui serait impossible à partager entre plusieurs médecins) est invoqué par la CPAM. Il semble pourtant que dans d'autres MMG, et notamment celle de Lyon, la carte vitale soit acceptée.

A Saint Etienne la population est assez fragile socialement et recherche la relative sécurité de l'accueil des urgences à tout prix, quelle que soit la durée d'attente et le discours sur la nécessité de se présenter dans un service d'urgence. Quelques usagers

élaborent des stratégies d'évitement (mensonges, exagération des symptômes, changement de nom...) pour être pris en charge par le SAMU / SMUR ou le SAU. En effet les infirmières ont déclaré avoir remarqué dans la population une prise de conscience de l'engorgement des urgences et donc des comportements de justification en conséquence. Le personnel des urgences, même s'il n'est pas dupe, se refuse à jouer un rôle de police.

2.3.2 L'activité irrégulière de la MMG

L'activité de la MMG doit être appréhendée sous les aspects à la fois quantitatif (A) et qualitatif (B). Le caractère irrégulier de cette activité s'explique en partie par le manque d'information dont la population dispose (C).

A) La quantité d'actes réalisés

L'évaluation de leur activité est effectuée par les médecins eux-mêmes : à chaque consultation, ils renseignent une fiche médicale avec la date, l'heure, le motif de la consultation, la provenance du patient (son mode d'arrivée à la MMG), l'adresse et le diagnostic. Cette fiche est transmise ensuite au secrétariat de la MMG pour faire les statistiques.

Néanmoins cette méthode présente quelques imperfections et notamment ne permet pas d'analyser combien de coups de téléphone au centre 15 aboutissent ou non à la MMG, ni de savoir quelles personnes se sont présentées aux urgences alors que le 15 les avait orientées vers la MMG.

La MMG enregistre une activité qui tourne autour de 350 consultations par mois, avec une suractivité à certaines périodes et notamment pendant les mois d'été (jusqu'à 426 consultations par mois). On décompte une moyenne de 8,20 consultations par jour en semaine. En revanche les week-end et jours fériés ce sont en moyenne 27,5 consultations qui sont prises en charge.

Cette activité semble quelque peu faible au regard de l'activité relevée dans les autres MMG de la région Rhône Alpes ainsi que l'URCAM de Rhône-Alpes n'a pas manqué de le souligner²⁷.

²⁷ A Vénissieux la MMG (sur un site périurbain) cumule en moyenne 420 consultations par mois. La MMG de Villefranche (dans une zone semi rurale) est assez proche de ce résultat avec 423 consultations par mois. C'est la MMG de Plaine de l'Ain, en secteur rural, qui réalise la plus forte activité en totalisant 491 consultations par mois. A Lyon en revanche la moyenne d'activité des 4

Dans son activité hebdomadaire, l'activité de la MMG est aussi irrégulière : environ 50% des actes sont effectués pendant la semaine et 50% le sont le week-end (25% le samedi et 25% le dimanche) et les jours fériés.

B) La qualité des soins rendus

Les médecins ont à traiter des pathologies variées. S'il s'agit principalement (29%) de pathologies d'origine infectieuse, suivent ensuite les syndromes grippaux à 17 %, les pathologies ostéo-articulaire pour 12 %, les pathologies abdomino-pelviennes (10 %) et les pathologies stomato-ORL (8 %). Les IOA leur envoient les cas dits « simplissimes », sans troubles associés, qui ne nécessitent *a priori* aucun examen complémentaire.

Au départ les horaires de la MMG ont été calqués sur ceux des médecins libéraux participant à la régulation, c'est-à-dire de 18 heures à minuit en semaine. Toutefois les médecins généralistes ont estimé que leur présence au-delà de 23 heures n'était pas justifiée en raison d'une baisse d'activité ressentie à cette heure nocturne, aussi les horaires de la MMG ont-ils été modifiés pour pouvoir fermer la MMG à partir de 23 heures.

C) La MMG souffre d'un déficit de communication

La MMG est mal connue en tant que telle et souffre d'un déficit de communication. A l'issue de leur passage dans les locaux, 55 % des patients n'ont aucune connaissance de horaires d'ouverture de la structure qu'ils viennent de fréquenter et seulement 45 % des patients ont correctement identifié et mémorisé l'appellation « maison médicale de garde ».

Les patients signalent également l'insuffisance d'informations concernant la MMG : 83 % des patients ne savent pas où il peuvent trouver des informations basiques concernant la MMG, tels que son adresse ou ses modes d'ouverture. Ils estiment qu'il serait utile de trouver ces informations essentiellement chez les médecins, dans les pharmacies et dans la presse locale.

Le mode de fonctionnement de la MMG est également mal connu, notamment en ce qui concerne la nécessité de régler la consultation et le montant des tarifs pratiqués. On constate que seulement 27 % des patients interrogés savent que le fait de se déplacer à

MMG réparties dans l'agglomération est assez proche de celle réalisée à Saint Etienne (355 consultations par MMG par mois).

la MMG donne un tarif de consultation moins élevé que dans le cas d'une visite à domicile. Une autre partie des patients pense, aux dires des médecins intervenants, à la gratuité des soins comme si on était pleinement dans le cadre hospitalier. Cette confusion due à la localisation intra hospitalière de la MMG, et cette méconnaissance des tarifs n'est pas sans conséquence pour les médecins intervenants qui éprouvent parfois des difficultés à se faire régler.

La signalisation de la MMG est appréciée par les patients interrogés, les qualificatifs « excellente » et « satisfaisante » totalisant 90 %. Mais de fait les personnes ayant contacté le centre 15 se sont vus expliquer en détail l'itinéraire à suivre. De même les personnes s'étant adressées aux urgences ont été dirigées vers le lieu d'attente par le personnel d'accueil de l'hôpital, celui-ci les accompagnant même parfois jusqu'à la porte de la MMG. Enfin les personnes transportées par les pompiers ou par taxi n'ont pas eu à chercher le lieu.

2.3.3 Un bilan fortement nuancé

Au final l'évaluation est contrastée : objectivement la MMG ne satisfait pas les objectifs de la convention FAQSV (A), mais les patients de la MMG sont satisfaits du service rendu (B) et les professionnels libéraux comme hospitaliers sont très attachés à la MMG (C).

A) La MMG généraliste ne répond pas aux objectifs de la convention FAQSV

a) *L'absence de réelle étude de besoins effectuée en amont du projet en cause*

Comme de nombreux autres dossiers étudié par le FAQSV, ce projet de MMG n'était pas appuyé par une étude fiable des besoins comme les principes du FAQSV l'exigent pourtant (étude d'opportunité et de faisabilité). Le besoin était ressenti uniquement par les professionnels. Ce défaut se retrouve aussi dans les réseaux de santé : les médecins identifient unilatéralement des besoins auxquels ils apportent une réponse qui n'est parfois pas adaptée. Mais si les médecins n'ont pas encore la culture de l'évaluation, il appartient aussi aux autorités comme le FAQSV d'exiger le respect des procédures d'évaluation des besoins.

b) *Le caractère marginal du désengorgement du service des urgences adultes ainsi réalisé*

L'incidence de la MMG sur le service d'urgence est très faible, le volume de passages aux urgences est quasiment stable (+ 2 % par an). Sur 38500 passages par an en moyenne, la MMG n'a désengorgé que 1000 à 1500 passages soit seulement 3,9 % de l'activité du SAU... De plus les cas de patients réorientés sont rapidement traitables, si bien que s'ils

étaient pris en charge par le SAU, il y aurait eu nécessairement très peu de temps à leur consacrer.

L'interview des partenaires potentiels de la MMG, réalisé pour l'audit de la MMG, montre qu'il y a en général peu, voire même pas du tout de contact entre la MMG et les autres structures d'urgences de Saint Etienne. Certaines indiquent avoir été associées à la réflexion pour la mise en place de la MMG, alors que pour d'autres cela n'a pas été le cas. Hormis le CHU, aucune autre structure n'envisage d'envoyer des patients à la MMG. Les structures prenant en charge les « urgences » sur l'agglomération stéphanoise (cliniques privées, urgences pédiatriques de l'hôpital Nord, SOS médecins) n'enregistrent pas de baisse d'activité depuis l'ouverture de la MMG. Il est à noter que la rémunération à l'acte dans le secteur privé n'incite pas non plus les libéraux à renvoyer leurs patients vers la MMG.

Les heures d'ouverture sont également problématiques : avant 18 heures et après 23 heures il y a encore des personnes qui pourraient être réorientées. De toute façon une frange de la population demeure et demeurera attachée à s'adresser uniquement aux services d'urgence et bénéficiera toujours de la liberté de choix.

c) La faible participation des généralistes de Saint Etienne au dispositif : une inquiétude pour l'avenir ?

22% des médecins qui participaient à la MMG au lancement du projet ont depuis changé d'avis. Même si les effectifs semblent s'être stabilisés, il est regrettable que la MMG ne suscite pas davantage d'engagement. Le taux d'adhésion des généralistes de Saint Etienne est en effet très faible : il représente moins de 17 % de la profession... Cette situation ne permet pas à la MMG d'envisager sereinement l'avenir, et nécessite pour l'association une organisation complexe pour assurer les gardes, la régulation par le 15 et les permanences à la MMG.

B) La MMG rend d'une certaine manière service à la population

a) Une durée d'attente très faible

72 % des patients estiment que leur attente a été « courte » ou même « très courte ». La durée estimée d'attente s'élève en moyenne à 36 minutes. Une analyse plus fine montre que la durée estimée d'attente est inférieure à 30 minutes pour 69 % des patients mais dépasse plus de 2 heures pour 7 % des patients. En fait l'attente diffère selon la période de consultation : elle s'élève à 22 minutes en semaine et 45 minutes les week-end et jours fériés.

Il y a un bénéfice évident en terme de rapidité de soins pour l'individu allant à la MMG, mais cela reste négligeable au niveau de la masse de patients passant aux urgences.

b) Une satisfaction marquée par un fort capital de confiance

La MMG bénéficie d'un capital confiance important auprès des patients. 93 % des patients se sont sentis en confiance à la MMG, 89 % des personnes sont satisfaites de l'information qui leur a été donnée, 89 % des patients envisagent en cas de besoin de revenir se faire soigner à la MMG.

c) Plusieurs points d'insatisfaction ressortent

55 % des personnes régulièrement suivies par un médecin traitant souhaiteraient que ce dernier reçoive des informations sur leur visite à la MMG. Cette absence de suivi est effectivement un point à déplorer, l'élaboration d'un courrier type par logiciel pourrait être envoyé au médecin traitant ou remis au patient chaque fois que nécessaire²⁸.

38 % des patients interrogés ont éprouvé des difficultés pour se procurer les médicaments prescrits. Une information serait la bienvenue, mais en mise en relation directe patient / pharmacie par le médecin serait encore meilleure. En effet en principe les patients doivent se présenter au commissariat pour avoir accès aux pharmacies de garde.

Les 11 personnes non satisfaites de la MMG ont été questionnées sur la raison de cette insatisfaction : 5 de ces réponses concernent le tarif de consultation²⁹.

C) Le caractère certain du service rendu aux professionnels de santé

a) Pour l'hôpital

Pour les professionnels de l'hôpital, le principe de la MMG est satisfaisant dans la mesure où il répond en partie à la difficulté de l'augmentation du nombre de passages au SAU. Il apporte une solution qui est de toute façon appréciée par principe par tous, quels qu'en soient les inconvénients.

²⁸ Cette solution a été expérimentée à la MMG de Villefranche. De plus, les médecins généralistes de ce secteur peuvent demander l'édition de la liste de leurs patients ayant consulté à la MMG et voir les observations des médecins de garde.

²⁹ Les réponses des patients ont été formulées ainsi : « il faut faire l'avance par rapport aux urgences », « le prix freine », « mal soigné et prix élevé », « si on doit payer autant aller en clinique » et « visite à domicile plus confortable vu le peu de différence entre le prix de la consultation et le transport ».

La MMG contribue à améliorer l'accueil des urgences, à personnaliser cet accueil même s'il reste encore beaucoup à faire en terme d'humanisation des urgences.

Le projet est perçu très positivement parce qu'il existe de très bonnes relations interpersonnelles entre les différents responsables (urgences, SAMU, réanimation MMG...). Le rapport humain est également favorisé par la relative « petite » taille du CHU de Saint Etienne : à l'intérieur il n'y a pas plusieurs services (exemple : de gériatrie) pour se renvoyer la balle, et à l'extérieur, les relations avec les cliniques privées (chirurgie) et avec les médecins libéraux participant à la MMG sont positives. Il y a un noyau dur de généralistes qui travaillent souvent avec les mêmes équipes d'urgentistes et d'infirmiers. Finalement les réticences des libéraux mais également les craintes des hospitaliers se sont apaisées, et les relations se sont normalisées.

D'après une étude réalisée ces quatre dernières années dans le service sur le temps de séjour, la durée d'attente aux urgences de Bellevue augmente d'une heure par an³⁰.

La MMG répond à un besoin créé et pas évalué en amont. C'est pourquoi cette structure ne rend pas suffisamment service à l'hôpital.

L'hôpital ne fait pas non plus beaucoup d'efforts pour désengorger ses urgences : seuls les cas « simplissimes » sont ciblés, et l'activité de l'IOA est codée alors que ce poste est financé par l'ARH.

b) Pour les médecins qui participent à la MMG

La majorité des médecins participant à la MMG en ont une opinion positive. 90 % pensent que la MMG est une solution d'avenir pour l'exercice de la médecine libérale et conseillent à leurs propres patients d'y aller en cas de besoin. De plus, 86 % des médecins en parlent positivement à leurs collègues n'y participant pas.

Par rapport à leur activité habituelle de médecine libérale, le mode d'exercice de la MMG apporte aux médecins y participant, les points suivants :

- ❖ participer à la continuité des soins et à un service à rendre à la population,
- ❖ être libéré des contraintes des gardes assurées en libéral et/ou diminuer la participation aux gardes en tant que médecin libéral,

³⁰ Cette base de données est en train d'être traitée.

- ❖ disposer d'un complément de ressources financières,
- ❖ avoir une diversification par rapport à l'activité exercée en libéral.

Paradoxalement, moins de 50 % des médecins considèrent le travail à la MMG comme étant plus sécurisé.

2 médecins sur 3 jugent leur activité à la MMG comme non rentable financièrement compte tenu du temps passé et souhaitent un autre mode de rémunération.

Concernant les locaux les médecins les trouvent propres mais déplorent l'actuel manque de confort (90 % d'entre eux souhaiteraient un autre aménagement des locaux pour avoir de meilleures conditions d'exercice). Les points d'amélioration concernent notamment le manque d'espace et de lumière naturelle (absence de fenêtre).

Actuellement les médecins doivent apporter leur propre matériel médical pour exercer à la MMG. Même si 47 % des médecins jugent que ce fonctionnement engendre une contrainte équivalente par rapport aux gardes classiques, néanmoins ils sont 90 % à penser qu'une amélioration est à apporter dans l'équipement médical disponible. Ainsi 11 ont souhaité disposer d'un minimum de matériel : paires de gants, compresses, antiseptiques, abaisse-langue, drap d'examen, verres pour analyses d'urines, matériel pour petites sutures, VIDAL sur CD-ROM, et certains évoquent la possibilité pour cette question de coopérer avec l'hôpital. Un médecin remarque qu'une amélioration en ce sens permettrait d'élargir le champ des activités de la MMG.

Le système de réservation des tours de garde répond bien aux attentes (67 % le trouvent bien adaptés et 33 % excellent).

90 % des médecins trouvent que les heures d'ouverture de la MMG sont mal adaptées. Le point d'amélioration qui revient le plus concerne l'heure de fermeture, que plusieurs proposent de ramener à 22 heures ou 22 heures 30. A noter la volonté de 5 d'entre eux de revenir à une fermeture à minuit.

En outre les médecins font part de leurs contraintes :

- ❖ en semaine il est difficile de fermer son cabinet avant 18 heures pour venir à la MMG.
- ❖ le dimanche, un deuxième médecin pourrait être présent

Il est clair que certains généralistes voient dans la MMG un moyen de supprimer complètement les gardes classiques et notamment l'aspect des visites à domicile. On continue la garde en ville pour le moment mais il semble qu'il n'y ait plus assez de

médecins volontaires pour garantir une couverture 24h/24, c'est l'association des médecins de garde qui en assure la gestion ainsi que l'activité de SOS médecins, qui *de facto* couvre une partie de l'activité de la permanence des soins. Le problème de motivation des médecins libéraux à participer au « volontariat » de la permanence des soins n'est pas facile à résoudre.

A terme la volonté assumée de l'association des médecins de garde de la périphérie de Saint Etienne est de ne plus assurer prochainement les gardes autrement que par la MMG. Les médecins considèrent qu'une demande sur dix seulement correspond réellement aux missions de la permanence des soins et qu'à ce titre le système actuel de la multiplicité des secteurs de garde par département est trop lourd pour les généralistes qui doivent le lendemain de leur garde assurer leur activité libérale dans leur cabinet. Ils se prononcent pour une fusion des secteurs, pour élargir les zones de garde (un ou deux par département). La régulation est le maître mot employé par ces médecins qui souhaitent une automatisation du recours au 15 par la population.

c) Pour les médecins généralistes en-dehors de l'association des médecins de garde

Les médecins qui ne participent pas à la MMG n'en subissent pas les contraintes et ont tous les avantages : pas de gardes et pas d'effort de coopérations. En cela le risque de déstructurer le système des gardes est non négligeable.

SOS médecins quant à eux ne s'inquiètent pas : depuis l'ouverture de la MMG, le nombre de patients traités à domicile a continué à augmenter.

En raison des résultats inégaux de l'analyse précédemment exposée de la MMG, il convient de se poser la question des suites à donner à cette évaluation. Il est indispensable de prendre des décisions qui tiennent compte des différents paramètres. Les recommandations suivantes s'efforcent donc d'évoquer les diverses possibilités qu'un IASS peut être amené à proposer.

3 CE TYPE DE MAISON MEDICALE DE GARDE DOIT-IL ETRE PERENNISE ? RECOMMANDATIONS ET SCENARII

A l'issue de cette enquête le bilan mitigé de l'activité de la MMG généraliste apparaît préoccupant. Néanmoins il ne faut pas négliger les points positifs de cette expérience ni

dévaloriser les initiatives locales. En particulier il semble nécessaire de reconsidérer l'avenir de la MMG, et d'instaurer un débat entre fermeture de la structure (3.1), maintien de l'activité (3.2) ou bien transformation de la MMG (3.3). Je me suis donc efforcée d'émettre des propositions constructives en envisageant les avantages et limites de chacune des recommandations. Cette partie sera centrée sur la MMG généraliste en raison du manque de recul par rapport à la maison médicale pédiatrique ouverte en mai 2004.

3.1 Fermer la MMG ou supprimer ses financements publics

Il est normal de poser la question des perspectives de financements publics d'une structure qui ne satisfait pas les objectifs qu'elle s'est fixée.

En effet les résultats de cette expérience montrent que la MMG ne désengorge qu'une partie infime de l'activité des urgences et ne réalise pas une activité quantitativement satisfaisante. En conséquence il pourrait être tentant pour les responsables du FAQSV de mettre fin à l'expérimentation.

Toutefois il ne faut pas non plus négliger différents aspects de l'évaluation qui relèvent des contraintes que subit la MMG, comme l'existence d'une maison médicale pédiatrique. De fait une telle organisation est susceptible d'intervenir en concurrence sur la patientèle potentielle de la MMG. Dans le même ordre d'idées, le fonctionnement actuel de SOS médecins ne facilite pas la régulation censée être opérée par la MMG.

Enfin il est à mon avis utile de souligner que, si la MMG de Saint Etienne n'est pas la plus performante en région Rhône-Alpes, elle est quand même celle qui coûte le moins cher à l'assurance maladie. Si bien qu'il semble certainement prématuré de mettre un terme à cette initiative locale, réaction qui risquerait de déclencher un rejet des médecins qui participent à la MMG. Car ces médecins, ce sont ceux qui assurent les gardes, qui encouragent le développement d'expérimentations, qui participent activement au dispositif, notamment en ce qui concerne la partie administrative qui, soulignons le, représente un réel effort pour des médecins libéraux fort peu exercés aux dossiers de promotion et à la démarche d'évaluation.

Il est donc nécessaire d'envisager une autre possibilité : continuer l'expérience pour avoir un peu plus de recul vis-à-vis de cette MMG qui fonctionne depuis moins de deux ans. C'est cette solution qui a été retenue par le bureau du FAQSV de Rhône-Alpes.

3.2 Maintenir la structure en conservant ses objectifs

Maintenir la structure paraît intéressant mais nécessite des ajustements afin d'optimiser l'activité quantitative et qualitative de la MMG de Saint Etienne.

3.2.1 Communiquer sur l'existence du dispositif

Il est utile de rappeler la nécessité de systématiser la centralisation du recours au 15 (A). Néanmoins la communication envers le grand public pourrait être intéressante afin que la MMG devienne une possibilité à part entière de l'offre de soins capable de concurrencer SOS médecins (B).

- A) Développer la systématisation de la régulation préalable des appels par le 15 comme le prévoit le décret organisant la permanence des soins pour que l'accès aux médecins de garde, à la MMG et à SOS médecins ne soit pas libre.

Renforcer la régulation³¹ conformément aux objectifs du plan urgences, c'est là que peuvent se jouer de nombreux changements de comportements de manière très concentrée avec tous les acteurs concernés (hospitaliers, libéraux, usagers).

Cette valorisation de la régulation doit passer par celle de la participation des libéraux aux centres 15. En effet cette action des généralistes volontaires est très positive et est un atout pour la réussite des expérimentations comme celle de la MMG.

Cependant il serait maladroit de refuser des consultations à la MMG sous prétexte que les personnes seraient venues de leur propre chef. Il faut être également conscient que la régulation peut diminuer fortement l'activité en ne gardant que les actes strictement utiles.

- B) Faire de la MMG une composante à part entière de l'offre de soins facilement accessible par les usagers

Les promoteurs de la MMG ont fait le choix de la confidentialité, d'un accès « codé » à la MMG (par le 15 ou les urgences).

A Lyon le choix a été tout à fait à l'opposé : une grande campagne de communication a été organisée par la ville de Lyon (financeur à hauteur de 200 000 euros contre 750 000 pour l'URCAM !). Cette campagne a été suspendue à la demande de SOS médecins de Lyon.

³¹ 135 000 appels au centre 15 de Saint Etienne en moyenne.

En effet pour une question déontologique, les médecins ne peuvent faire de publicité, c'est pourquoi SOS médecins a menacé la ville de Lyon et sa maison médicale d'une plainte pour concurrence déloyale.

A Saint Etienne une simple communication dans la presse locale à côté des consignes d'appel au 15 pour avoir accès aux dispositifs de garde. Cette information pourrait porter sur les horaires mais aussi les tarifs.

Enfin il me semble indispensable de trouver une solution rapide pour que la carte vitale puisse être acceptée à la MMG de Saint Etienne comme dans n'importe quelle structure de soins.

3.2.2 Recentrer l'organisation plus en direction des patients et moins par rapport aux professionnels

Il semble que l'établissement de protocoles puisse faciliter le fonctionnement quotidien de la MMG et recentrer l'organisation autour des patients.

En effet il serait peut-être utile de revoir les protocoles des infirmières sur la base de la confiance pour orienter davantage de patients. Parallèlement des conventions pourraient être mises en place pour que les médecins de la MMG puissent faire passer des radiographies et des analyses biologiques.

Dans le même ordre d'idées, il serait nécessaire pour les libéraux de fixer une procédure concernant le matériel de base à prévoir absolument (kits de suture par exemple) pour que la MMG puisse prendre en charge davantage de patients. De même chaque généraliste prenant son tour à la MMG devrait commencer par rencontrer l'IOA. Plus globalement les médecins participant à la MMG devraient s'engager dans une démarche de formation.

3.2.3 Fusionner les deux MMG ou au moins coordonner les actions

Rappelons qu'une maison médicale pédiatrique est hébergée par le POSU pédiatrique. A l'occasion du déménagement général des urgences adultes à l'hôpital nord, coordonner les deux MMG généraliste et pédiatrique à l'image du rapprochement SAU / POSU relève de la logique.

Dans l'idéal, un rapprochement avec SOS médecins serait à envisager pour qu'il n'y ait pas d'intérêt pour le patient à appeler plutôt SOS médecins que de se déplacer à la MMG comme par exemple certaines personnes couvertes par la CMU qui ne font pas l'avance des frais et ne sont donc pas embarrassées par les tarifs de nuit de SOS médecins. Malheureusement cette possibilité est quasiment impossible à mettre en œuvre dans la mesure où une telle régulation finirait par porter préjudice à la rentabilité de SOS médecins.

3.2.4 Réfléchir aux modes de financements de ces maisons médicales (structures et médecins)

La question de l'argent s'est avérée récurrente au cours de mon enquête.

Est-il légitime, s'interrogent les médecins de l'hôpital, que les pouvoirs publics assument la charge financière du fonctionnement des MMG, de donner des moyens conséquents à des médecins de culture libérale, sans donner véritablement d'objectifs à une structure, et sans faire d'étude réelle des besoins ?

Est-il cohérent que la régulation soit payée par forfait et la participation à la MMG par les actes, arguent les libéraux ?

Est-il acceptable que des patients en demande de soins refusent de payer une consultation ?

Une réflexion est nécessaire pour diminuer les réticences des patients à payer la consultation majorée (garde, nuit, week-end). Une harmonisation des modes de rémunérations des libéraux serait souhaitable : par exemple la participation des libéraux à la régulation au 15 est tarifée par l'URCAM selon les régions deux ou trois C de l'heure (trois C dans la Loire). En effet à l'heure actuelle la régulation est considérée comme plus rentable que la MMG (6 heures de régulation à 360 euros, contre 6 heures de MMG pour 7 actes en moyenne, avec en plus l'indemnité de présence dégressive). Une telle rémunération permettrait peut-être de fermer le cabinet le lendemain pour se reposer. Un paiement au forfait (3 C de l'heure) à la MMG dans l'état actuel des choses ne changerait rien, une semaine de consultations représenterait 75 C alors qu'actuellement en moyenne 77 consultations sont réalisées, à un tarif majoré, avec en plus un tarif d'astreinte.

Toutefois il faut considérer qu'il n'existe pas de ligne budgétaire pour les centres 15 et que la régulation par les libéraux n'est pas automatique.

L'URCAM assure environ 70% du financement des MMG conventionnées alors que les villes en assurent par ailleurs 11,5%, les ARH 4,5 %, les départements 3, 3% et l'hôpital 2,4%. Le mouvement actuel de *lobbying* des médecins libéraux tend à sensibiliser les collectivités sur leur place en tant que financeur.

3.2.5 Un moyen de faire revenir ou de garder les médecins libéraux dans la permanence des soins de ville

La MMG permet d'impliquer davantage les médecins libéraux dans la nouvelle permanence des soins tout en leur offrant une vision plus globale du système de santé. Elle permet de sensibiliser les médecins de ville aux difficultés de l'hôpital et réciproquement. Elle favorise le travail en réseau, tout en mettant en exergue la nécessité de faire de la prévention des urgences et de préparer les prises en charges d'aval des urgences (notamment pour les personnes âgées que suivent les généralistes).

Faire revenir un grand nombre de médecins dans la permanence des soins c'est agir comme moteur, comme appel d'air dans un contexte malgré tout encore instable. N'oublions pas les discours extrêmes présentant la permanence des soins comme relevant uniquement du service public et à ce titre devant être hors convention. Ainsi la MMG permet de :

- sécuriser les gardes,
- faire baisser le nombre de visites à domicile pour que les malades comprennent qu'il est normal de se déplacer pour consulter un médecin quand l'état général le permet, que ce n'est pas toujours au médecin de faire les trajets à domicile,
- d'envisager de fusionner les secteurs de garde pour mobiliser moins de médecins pour chaque tour en augmentant la valeur conventionnelle de l'astreinte. Cette disposition de fusion prévue dans le cadre de la mise en œuvre des CODAMUPS était particulièrement justifiée dans la Loire où une quarantaine de secteurs de garde existent. En 2001, le CODAMU de la Loire, aujourd'hui CODAMUPS, a donc proposé une réduction du nombre de secteurs pour solliciter moins de médecins pour une même garde et augmenter leur potentiel d'activité d'urgence. Cette proposition a déclenché une levée de boucliers. Il est apparu que les généralistes, bien que de plus en plus réticents à assurer les gardes, sont aussi fortement attachés à leur secteur, et

à leurs habitudes. Finalement ce sont seulement deux secteurs qui ont accepté de fusionner. Il reste donc encore 34 secteurs³².

Enfin il convient de souligner que le syndicat MG France est favorable aux MMG. Il considère que les MMG sont des réponses adaptées aux besoins de la population et aux demandes des médecins tant en milieu rural qu'urbain. « l'évolution de la démographie médicale et donc la rareté des médecins d'astreinte, les contraintes de sécurité, le principe général du déplacement du patient vers le médecin font que ce lieu centralisé, équipé, connu de la population, offre une réponse efficace au problème de la permanence des soins. L'implantation et le mode de fonctionnement des MMG doivent être contractualisés dans le cahier des charges départemental de la permanence des soins ». Une telle adhésion d'un syndicat vis-à-vis d'une politique du gouvernement doit être appréciée et considérée comme constructive pour l'évolution du système de santé.

3.2.6 Eduquer les patients : une occasion de remettre les patients dans la bonne porte d'entrée du système

Le rapport Fragonard en 2004 soulignait les perspectives d'économies d'échelles potentiellement réalisables si une politique volontariste d'éducation à la santé était menée.

Le plan urgences prévoyait en 2003 des actions de formation organisées par les médecins généralistes en direction de leurs patients pour discuter du système de santé.

Dès lors, les MMG du type de celle de Saint Etienne apparaissent comme un outil possible, à condition de maintenir parallèlement un système de garde libérale de nuit classique et d'avoir une articulation forte entre MMG et services non seulement d'urgences, mais aussi de gériatrie, médecine générale pour que la MMG soit au service de la population avant d'être au service des médecins, urgentistes et libéraux.

La réorientation vers la MMG permet en effet de responsabiliser le patient tout en s'adaptant dans une certaine mesure aux évolutions de la société, dont on doit tenir malgré tout compte dans l'activité de planification.

³² Voir la carte des secteurs établie par la DDASS de la Loire en annexe n°2.

C'est aussi la possibilité pour un patient qui se présente aux urgences parce qu'il n'a pas de médecin traitant de faire l'expérience d'une consultation libérale dans le cadre de la MMG et peut-être de poursuivre dans l'avenir cette relation de confiance avec le généraliste en cabinet. Ainsi les quelques patients qui « encombrant » les services d'urgences pourraient avec le temps prendre de meilleures habitudes et refrapper aux bonnes portes d'entrée du système. Un bon outil bien utilisé permettrait donc d'éviter une utilisation de la médecine comme « médecine supermarché » selon le terme dépréciatif extrêmement souvent employé par les médecins.

Il serait souhaitable que, dans ce souci d'éducation, SOS médecins qui, notons le, a le mérite d'exister dans ce contexte de désengagement des gardes (seulement 30 à 35 généralistes participent aux gardes alors que plus de 200 praticiens exercent à Saint Etienne), ne se déplace pas systématiquement à domicile pour les appels de confort. En effet SOS médecins couvre une grande partie de l'agglomération stéphanoise, réalise une régulation de ses appels rigoureuse et cette efficacité explique en partie que la MMG ne reçoive pas plus de 300 à 350 patients par mois.

Il est dommage que cette MMG voie son avenir incertain alors que sa création va dans le bon sens.

3.3 Pérenniser cette structure intelligente en la transformant

Ce dispositif s'inscrit en effet dans une filière globale d'urgences mise en place entre la MMG, le SAU, la gériatrie, et le service de post-urgence dont les efforts sont à saluer et les résultats tangibles à apprécier.

A long terme et notamment quand le FAQSV ne pourra plus financer dans la forme actuelle la MMG, pérenniser la structure en la transformant pourrait être intéressant.

Pour ce faire de vrais objectifs devront lui être fixés selon à mon avis deux *scenarii* :

- pour désengorger les urgences : en faire un centre de consultations non programmées de 8 heures à minuit au sein du CHU. (3.3.1)
- pour en faire le lieu stratégique d'exercice des gardes sur le secteur de Saint Etienne, en effectuant un vrai travail auprès des urgences cohérent (3.3.2).

3.3.1 Un centre de consultations non programmées de 8 heures à minuit 7 jours sur 7 au sein du CHU

Tous les jours et encore plus les week-end des patients se présentent aux urgences parce qu'ils n'ont pas le temps, disent-ils, d'aller voir leur médecin en semaine à cause du

travail, parce que leur médecin est en vacances et que le remplaçant ne leur convient pas, parce qu'ils n'ont pas réussi à obtenir de rendez-vous dans la journée. Un tel centre permettrait de désengorger de manière plus systématique les patients qui ne relèvent pas des urgences.

A Gap a ainsi été créée en 2001 une maison médicale fonctionnant 24 heures sur 24³³. Mais il y aurait nécessairement des difficultés à mettre sur pied un tel projet à Saint Etienne, notamment pour trouver des libéraux volontaires pour y travailler les journées de semaine ; en outre l'expérience récente du Centre d'accueil et de répartition libéral des soins non programmés de Rennes dont les financements FAQSV ont été suspendus pour ne pas avoir répondu à ses objectifs incite à la prudence. Toutefois ce centre n'était pas ouvert 24 heures sur 24 mais du lundi au samedi de 20 heures à 7 heures et rencontrait les mêmes difficultés que la MMG de Saint Etienne actuellement.

3.3.2 Un lieu stratégique d'exercice des gardes sur le secteur de Saint Etienne

Pour axer la question sur les gardes, il faudrait, en accord avec SOS médecins et l'ordre, en faire le local de base des gardes, en lien permanent avec le centre 15, avec un médecin présent jusqu'à minuit et un autre d'astreinte pour la nuit pour les visites à domicile.

L'avantage serait de garantir les gardes avec de meilleures conditions pour les médecins d'astreinte.

Néanmoins la coopération avec SOS médecins ne sera pas facile à mettre en œuvre. Le projet impliquerait aussi d'abandonner l'idée de désengorger les urgences même si des effets indirects sont possibles. Enfin ce local de base ne pourrait pas résoudre les problèmes d'insomnie fréquemment cités par les médecins d'astreinte à leur domicile.

Dans tous les cas la MMG devra rapidement s'attacher à réfléchir à son avenir pour augmenter l'intérêt de l'expérimentation mise en place et s'intégrer dans une offre de soins cohérente.

³³ Martin I, *La création des maisons médicales de garde dans la permanence des soins : une réponse à la sur utilisation des services d'urgences adultes du CHU de Toulouse ?*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, 2004, p.49.

CONCLUSION

Les recherches effectuées à l'occasion de ce travail m'ont beaucoup apporté sur les plans personnel et professionnel.

J'ai eu pendant mon stage d'exercice professionnel la chance de vivre l'élaboration du SROS troisième génération pour la région Rhône Alpes et d'échanger sur cette révision avec de nombreuses personnes issues de divers horizons institutionnels. La position de stagiaire à la DRASS dans le service de l'offre hospitalière et médico-sociale m'a en effet permis d'assister de manière privilégiée à l'élaboration de la politique régionale de santé à l'ARH et de prendre conscience des enjeux globaux des problématiques de santé et de l'articulation entre les différents volets du SROS.

En tant que qu'inspecteur élève de l'action sanitaire et sociale, cette enquête m'a offert l'occasion de découvrir d'abord un milieu, celui de l'accueil des urgences, mais aussi des univers professionnels différents, celui des médecins libéraux et celui des professionnels hospitaliers des urgences.

A partir d'une expérience médicale concrète, j'ai pu approfondir mes connaissances techniques sur la permanence des soins et l'accueil des urgences. Mais ce sujet m'a permis aussi d'appréhender la complexité d'une question de société fortement médiatisée et de me forger une opinion argumentée du sujet.

Enfin le cadre régional de mon stage m'a permis de prendre du recul par rapport à l'expérience menée à Saint Etienne et de participer à plusieurs inspections de services d'urgence.

Plusieurs difficultés ont dû être surmontées pour réaliser ce mémoire.

Ma première difficulté a été de pallier la faible littérature existante en terme de théorie et d'études sur les maisons médicales de garde et la nouvelle permanence des soins de ville. Il est vrai que les maisons médicales de garde sont nées dans une période récente et se caractérisent par leur hétérogénéité. Néanmoins ce déficit de théorie souligne malgré tout le caractère spontané et peu contrôlé du développement des maisons médicales de garde.

J'ai dû faire face aussi à des problèmes de disponibilité des professionnels des urgences. Ceux-ci ne demandaient qu'à participer à mon enquête mais l'organisation d'entretiens a parfois été difficile. A la merci d'événements imprévisibles pouvant interrompre nos

rencontres, il a fallu s'adapter aux contraintes des vacances d'été en terme de manque de personnel, ainsi qu'aux surcharges de travail. Néanmoins ces situations m'ont permis d'observer de l'intérieur le fonctionnement d'un service d'urgence avec ses temps morts et les moments de stress.

J'ai fait l'apprentissage de la difficulté de représentation de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale dans un service (SAU et POSU) où la première prise de contact s'est déroulée (hasard de calendrier) dans le cadre d'une inspection. Par la suite j'ai compris que j'étais reçue moins comme une élève de l'École Nationale de la Santé Publique préparant un mémoire que comme une « inspectrice-inspectante ». Ce sont surtout les membres de l'équipe infirmière que j'ai sentis sur la défensive. Lors des entretiens, plusieurs ont laissé paraître un certain stress et ont fait part à leur cadre de leur inquiétude d'avoir bien répondu, comme s'ils passaient un examen. Cela a peut-être été accentué par la question (maladroite ?) que j'ai tenue à poser à la fin de chaque entretien : « Connaissez-vous le SROS ? ». Cette initiative n'est pourtant pas à regretter dans la mesure où ce petit test m'a montré clairement que l'outil de planification, s'il est vaguement connu des cadres de santé et des médecins chefs de service à l'hôpital³⁴, est totalement inconnu des professionnels de santé de terrain que sont les personnels infirmiers ainsi que des professionnels libéraux. Il me semble regrettable qu'un tel outil soit aussi peu approprié par ceux-là mêmes qui sont au centre de l'organisation du système. Il est certain qu'un déficit de formation à ce sujet est à déplorer, aussi bien dans les IFSI que dans les facultés de médecine, en terme de culture du système de santé global dans lequel s'inscrit l'action des soignants.

Plusieurs perspectives me sont apparues pour ma future vie professionnelle :

- On paye aujourd'hui plusieurs erreurs anciennes des pouvoirs publics :
 - ❖ ne pas avoir considéré ni valorisé plus tôt la pénibilité des gardes,
 - ❖ ne pas avoir éduqué les patients,
 - ❖ ne pas avoir mis fin plus tôt au mythe de la gratuité des urgences.

Se pose donc la question de comment faire aujourd'hui pour corriger les erreurs du passé.

³⁴ J'analyse cette connaissance des médecins comme quelque peu utilitariste : ils savent que leurs projets de création ou d'extension ont besoin, pour avoir une chance d'aboutir, doivent s'appuyer parfois artificiellement sur les objectifs et préconisations du SROS.

- La démographie médicale est à prendre en compte même si à Saint Etienne la situation n'est pas inquiétante. En effet dans la Loire et en particulier dans ses zones rurales, la diminution des effectifs est évaluée à environ -15 ou 20 % dans dix ans³⁵.

Il devient urgent de considérer le vieillissement de la population qui s'observe malheureusement dans les services d'urgence. Le caractère spécialisé de l'hôpital doit s'adapter aux exigences de santé publique et réfléchir à l'avenir pour mieux prendre en charge les personnes âgées souffrant de plusieurs pathologies.

- La réforme des « médecins traitants »³⁶ prévue pour 2005 va peut être améliorer la situation de l'engorgement des urgences en généralisant davantage le recours à un médecin généraliste et en fidélisant les patientèles. Une adéquation de la population française à cette réforme permettrait d'envisager à long terme une rationalisation du recours au système de soins. Toutefois l'échec de la réforme du « médecin référent » en 1997 montre que rien n'est moins sûr.
- L'offre augmente la demande. Cet adage banal m'est apparu de plus en plus pertinent au fur et à mesure de l'avancement de mon enquête sur les MMG, qui visiblement n'ont pas tout à fait la même clientèle que l'hôpital alors qu'elles partagent parfois les mêmes locaux.
- Les limites de la concertation m'ont apparues patentes : les efforts conjugués de la DDASS de la Loire et du conseil départemental de l'ordre pour fusionner les secteurs de garde se sont heurtés violemment à certains médecins généralistes totalement opposés à tout changement dans leur exercice habituel de la médecine libérale, en cabinet ou en garde.
- Des aspects positifs doivent être soulignés et encouragés, comme l'existence de réseaux de santé performants. Ainsi dans la Loire le réseau Amadys a été créé pour repérer les signes d'aggravation de la dépendance des personnes âgées afin de leur éviter un passage en SAU, mais aussi l'attente pour obtenir une place en gériatrie

³⁵ *Etudes et résultats*, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections », DREES, n° 353, novembre 2004, 12 pages

³⁶ Cette disposition consiste pour le patient à s'abonner à un médecin généraliste responsable de son orientation dans le système de soins, vers un spécialiste par exemple. Elle a été votée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

en urgence. De plus en plus de gériatres hospitaliers du CHU font l'effort de se rendre disponibles vis-à-vis des généralistes du département. Ces exemples montrent que la société française s'adapte peu à peu à son vieillissement et commence à réfléchir à des améliorations.

- Le problème de la formation des médecins, axée sur les spécialités et la recherche et non sur le système d'organisation des soins semble pour l'instant assez compliqué à résoudre dans la mesure où la médecine et ses universités sont quasiment du domaine du sacré.
- L'usage que la société fait de ses services d'urgences peut être reconnu comme un condensé de ce qu'elle attend du système de santé : il s'agit d'un message politique. En Belgique depuis peu une sanction financière est infligée aux patients qui se présentent indûment aux services d'urgence. Or la société française est-elle prête à changer ses représentations et à accepter un discours plus rigoureux quant à l'usage des services de santé ? Rien n'est moins sûr.

Bibliographie

TEXTES REGLEMENTAIRES

Décrets :

Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé.

Décret n° 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgences et de réanimation et modifiant le code de la santé publique

Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de cette participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique

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

Arrêtés :

Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les SROS.

Circulaires :

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

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

Circulaire N°DHOS/O/2004/101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération et ses trois annexes.

Rapports :

STEG A., *La médicalisation des urgences*, Commission nationale de restructuration des urgences, septembre 1993.

BARRIER G., *La prise en charge préhospitalière des urgences*, septembre 1994.

Rapport pour la conférence des présidents d'URML, *Livre blanc : organisation de la permanence des soins en médecine libérale*, juillet 2001

NICOLLE D., *Rapport sur les groupes de travail sur les urgences*, Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, octobre 2001

Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, Charles Descours, 22 janvier 2003

Rapport au ministre sur la continuité et la permanence des soins libéraux pendant l'été 2003, IGAS, décembre 2003

Rapport d'étape au ministre sur la surmortalité liée à la canicule d'août 2003, IGAS, septembre 2003

Rapport Fragonard du haut conseil pour l'assurance maladie, 23 janvier 2004

Plans :

Plan « urgences », septembre 2003

MEMOIRES

MARTIN I., *La création des maisons médicales de garde dans la permanence des soins : une réponse à la sur utilisation des services d'urgences adultes du CHU de Toulouse*, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé publique, 2003

MOREL B., *La permanence des soins de ville dans le département de l'Ain, le volontariat des médecins généralistes, un pari risqué ?*, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé publique, 2003

ROBIDEL M., *La planification à l'épreuve du réel : le SROS II urgences en région centre*, mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé publique, 2003

LIVRES

ALLAL *et alii*, « Mission spécifique du service public hospitalier : l'aide médicale urgente » (extrait de *droit hospitalier, Etablissements de santé, institutions sociales et médico-sociales*, PUF, novembre 2003)

DE LA COUSSAYE, Les urgences préhospitalières, Masson, 2003

HAUT COMITE DE LA SANTE PUBLIQUE, « l'évolution des services d'urgences » in *La Santé en France 1994-1998*, Paris, La Documentation Française, novembre 1998

PENEFF Jean, *Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale*, Paris, Métailié, 2000

ARTICLES

ARH Rhône-Alpes, *Document de travail préparatoire du SROS 3 : la mise en oeuvre des activités d'urgences en Rhône-Alpes : bilan et propositions*, avril 2004

BIANCO J.L., DURIEUX B., STEG A., *Restructuration des urgences*, Point de presse, Ministère des affaires sociales et de l'intégration, 30 septembre 1991

Bulletin de l'ordre des médecins, « Gardes et urgence, une nouvelle organisation pour la permanence des soins », février 2004

Bulletin de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes consacré à l'organisation de la permanence des soins, avril 2001

DREES, « Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés », BAUBEAU Dominique *et alii*, *Etudes et résultats*, n°72, juillet 2000

DREES, « Les usagers des urgences », *Etudes et résultats*, n° 212, janvier 2003

DREES, « Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières », *Etudes et résultats*, n° 215, janvier 2003

DREES, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une régionalisation des projections », *Etudes et résultats*, n° 353, novembre 2004

GENTILE S. *et alii*, « L'organisation de la prise en charge des urgences : vers la mise en oeuvre d'un réseau. » *Journal d'économie médicale*, 2001, vol 19, n°5-6, pp. 371-380

URCAM / ARH, *Optimiser la réponse à l'urgence dans le cadre de la médecine de ville*, mars 2003

URCAM, « *Projet professionnel et devenir des jeunes médecins en Bretagne* », Gwenola Levasseur, François-Xavier Schweyer, avec la participation d'Arnaud Campéon, Sandrine Hugé, Carine Treguer et Anne Guillaume, , à paraître en janvier 2005 dans les cahiers de l'URCAM.

Liste des annexes

Annexe n°1 : guides d'entretien

Annexe n°2 : carte des secteurs de garde de la Loire

Annexe n°3 : exemple de tableau de tour de garde produit par l'ordre départemental des médecins de la Loire

Annexe n°1 : Guides d'entretien

Guide d'entretien MMG

1/ Présentation de la MMG

- comment elle est née
- comment elle se présente
- comment elle est organisée
- ses moyens humains
- ses moyens matériels
- son activité (nombre de passages)
- motifs de recours
- modes d'accès
- pourcentage de réorientation

2/ Contexte local

- volontariat des généralistes pour les gardes
- perception de la MMG
- relations avec les partenaires

3/ L'avenir de la MMG

- y croyez-vous ?
- des contacts avec d'autres MMG ?
- qu'est-ce que cette expérience apporte au système de soins ?
- qu'est-ce que cette expérience apporte aux usagers ?

4/ La planification

- connaissez-vous le SROS ?
- la planification doit-elle soutenir les MMG ?

Guide d'entretien personnel des services d'urgence

1/ Présentation du service

- comment il se présente
- comment il est organisé
- comment il s'articule avec la MMG
- ses moyens humains
- ses moyens matériels
- son activité (nombre de passages)

- motifs de recours
- modes d'accès
- pourcentage de réorientation
- difficultés rencontrées dans la réorientation

2/ Contexte local

- volontariat des généralistes pour les gardes
- perception de la MMG
- relations avec les partenaires

3/ L'avenir de la MMG

- y croyez-vous ?
- qu'est-ce que cette expérience apporte au système de soins ?
- qu'est-ce que cette expérience apporte aux usagers ?

4/ La planification

- connaissez-vous le SROS ?
- la planification doit-elle soutenir les MMG ?

Guide d'entretien institutionnels

1/ Présentation de la MMG

- comment elle est née
- comment elle se présente
- comment elle est organisée
- ses moyens humains
- ses moyens matériels
- son activité (nombre de passages)
- motifs de recours
- mode d'accès
- pourcentage de réorientation

2/ Contexte local

- volontariat des généralistes pour les gardes
- contexte des urgences
- perception de la MMG par les institutions
- pertinence du projet
- relations avec les partenaires

3/ L'avenir de la MMG

- y croyez-vous ?
- qu'est-ce que cette expérience apporte au système de soins ?
- qu'est-ce que cette expérience apporte aux usagers ?

4/ La planification

- la planification doit-elle soutenir les MMG ?

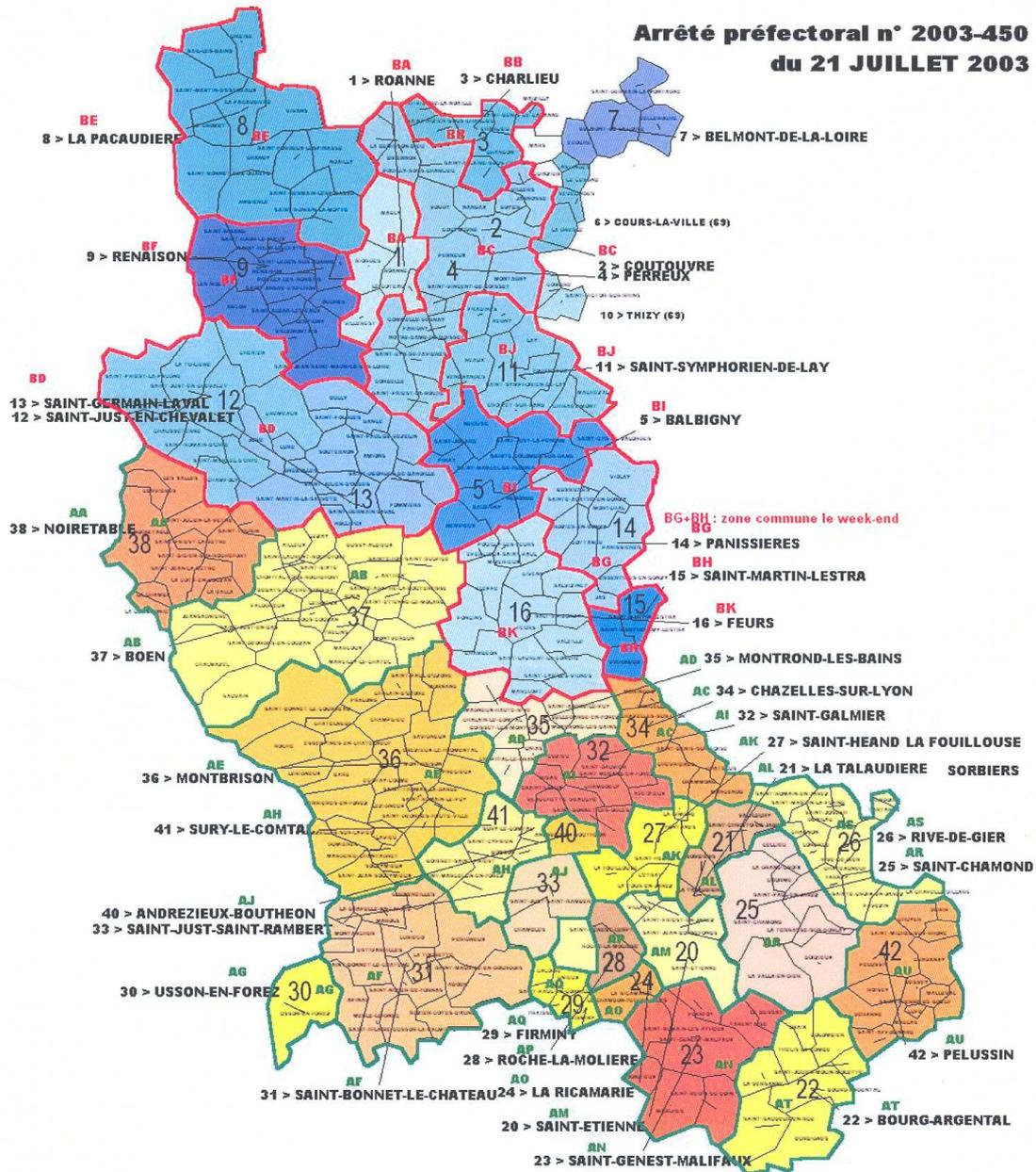
Annexe n° 2 : carte des secteurs de garde de la Loire

**DIRECTION DEPARTEMENTALE
DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES**
4 Rue des Trois Meules
B.P. 219
42013 SAINT-ETIENNE CEDEX 2

DEPARTEMENT DE LA LOIRE

**SECTEURS GARDES
MEDECINS LIBERAUX**

**Arrêté préfectoral n° 2003-450
du 21 JUILLET 2003**



OFFRE DE SOINS

Carte : Marie-Paule TURAZZI
Téléphone 04.77.87.89.66

Annexe n°3 : exemple de tableau de tour de garde produit par l'ordre départemental des médecins de la Loire

ORDRE DES MEDECINS Conseil Départemental de La Loire 17 Boulevard Pasteur 42100 SAINT ETIENNE			
32	Secteurs CODAMUPS du 5 FEVRIER 2004	Nombre de médecins	Indemnités d'astreinte
BA	ROANNE	56	2
BB	CHARLIEU	10	1
BC	COUTOUVRE - PERREUX	20	1
BD	ST JUST EN CHEVALET - ST GERMAIN LAVAL	8	1
BE	LA PACAUDIERE	8	1
BF	RENAISON	8	1
BG	PANISSIERES Zone commune le week-end	11	1
BH	ST MARTIN LESTRA Zone commune le week-end	2	1
BI	BALBIGNY	9	1
BJ	ST SYMPHORIEN DE LAY	4	1
BK	FEURS	11	1
AA	NOIRETABLE	3	1
AB	BOEN	9	1
AC	CHAZELLES SUR LYON	8	1
AD	MONTROND LES BAINS	11	1
AE	MONTBRISON	20	1
AF	ST BONNET LE CHÂTEAU	6	1
AG	USSON EN FOREZ	1	1
AH	SURY LE COMTAL	8	1
AI	ST GALMIER	16	1
AJ	ANDREZIEUX BOUTHEON - ST JUST ST RAMBERT	17	1
AK	ST HEAND - LA FOUILLOUSE	9	1
AL	LA TALAUDIERE - SORBIERS	9	1
AM	ST ETIENNE	28 + SOS	2
AN	ST GENEST MALIFAUZ	9	1
AO	LA RICAMARIE	19	1
AP	ROCHE LA MOLIERE	14	1
AQ	FIRMINY	27	1
AR	ST CHAMOND	45	2
AS	RIVE DE GIER	24	1
AT	BOURG ARGENTAL	6	1
AU	PELUSSIN	10	1