




Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

Si l'élaboration du dispositif organisationnel relève de la compétence de l'État, la détermination des rémunérations s'inscrit dans le cadre conventionnel. Ainsi, suite à des négociations conventionnelles, l'avenant n° 4 à la convention médicale portant notamment sur la fixation de la rémunération des médecins libéraux régulant les appels relevant de la permanence des soins et de nouvelles astreintes pour les médecins volontaires a été signé le 22 avril dernier par les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins libéraux signataires de la convention médicale, puis agréé par le ministre de la Santé.

Cet avenant fixe la rémunération des médecins régulateurs libéraux à 60 euros de l'heure, le montant de l'astreinte à 150 euros pour 12 heures avec une possibilité de découper ce montant sur les tranches horaires nocturnes de 20 à 24 heures et de 24 à 8 heures. L'avenant conventionnel détermine également le montant

de sur majorations appliquées aux visites et consultations effectuées à la demande du médecin régulateur des appels de permanence des soins.

La mise en œuvre de ces nouvelles dispositions a fait l'objet d'un point de situation en novembre 2005. À cette date, 98 départements ont arrêté leur sectorisation après avis du Codamups. Par ailleurs, 84 départements ont élaboré leur cahier des charges fixant l'organisation de la permanence des soins.

La mise en place d'une organisation de permanence des soins efficace constituant un enjeu pour la population en termes d'accès aux soins et pour les professionnels de santé en termes de conditions de travail, l'organisation arrêtée dans chaque département sera soumise à une évaluation annuelle du dispositif et devra en conséquence pouvoir faire l'objet de correctifs dans le cadre du cahier des charges départemental. 

Les maisons médicales de garde

Marie-Christine Keters
Direction des risques
maladie, Cnamts

Les maisons médicales de garde ont été mises en place pour offrir une réponse organisationnelle nouvelle à la demande de soins non programmée, exprimée hors des heures d'ouverture habituelle des cabinets de ville et ne relevant pas de l'aide médicale urgente.

Fonctionnant pour un grand nombre grâce aux subventions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville¹, elles se sont surtout développées depuis 2003 dans un cadre expérimental.

Leur émergence est la résultante de divers facteurs :

- la crise du secteur libéral avec en 2002 le recours des préfets aux réquisitions pour assurer les gardes aux heures de fermeture des cabinets de ville ;
- la recherche d'un meilleur confort d'exercice pour les médecins libéraux : besoin d'un environnement plus sécurisé en milieu urbain, demande d'un allègement des tours de garde dans les zones déficitaires en offre de soins ;
- la volonté des pouvoirs publics de recentrer l'activité, toujours en augmentation, des services d'urgences des hôpitaux sur des pathologies lourdes et de stabiliser, à défaut de réduire, le nombre de leurs entrées.

À ce jour, le décret du 17 avril 2005 permet aux maisons médicales de garde de s'insérer dans l'or-

ganisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire et à leurs acteurs, médecins, de bénéficier des rémunérations plus attractives mises en place par l'avenant n° 4 à la convention médicale. Leur véritable intégration dans le dispositif nécessite toutefois le consensus de l'ensemble des acteurs locaux et leur développement, l'adoption de solutions organisationnelles adaptées à la demande et répondant à la meilleure rationalité économique.

Les maisons médicales de garde : une réponse récente aux problématiques liées à la permanence des soins en médecine ambulatoire

Le développement récent des maisons médicales de garde

Il est difficile de connaître exactement le nombre des maisons médicales de garde actuellement en place, étant donné qu'elles ne bénéficient pas à ce jour d'un cadre juridique clairement établi.

Sont toutefois aisément identifiables les entités ayant obtenu des moyens de l'assurance maladie.

En effet, le Comité national de gestion du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville a accompagné dès 2002 les accords conventionnels sur la permanence des soins par la création d'une sous-enveloppe dédiée spécifiquement au financement, à titre expérimental, de maisons médicales de garde.

L'enquête de la Caisse nationale de l'assurance maladie a recensé, au 1^{er} mars 2004, 68 maisons médicales de garde en fonctionnement financées par ledit fonds, les deux tiers ayant ouvert en 2003.

Actuellement, plus d'une centaine de maisons médicales de garde, subventionnées par le Fonds d'aide à la

1. Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, créé en 1999, et jusqu'au 31 décembre 2007, a vocation à financer des actions concourant à l'amélioration de la qualité et à la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé.

qualité des soins de ville, sont ouvertes sur le territoire métropolitain.

Une forte implication de l'assurance maladie

Sur 26 structures bénéficiant d'une aide de l'assurance maladie et ayant au moins un an d'ancienneté, recensées en juin 2004, près de la moitié fonctionnaient uniquement grâce au Fonds.

Même lorsqu'ils interviennent dans le financement de la maison médicale de garde, la participation des autres acteurs demeure globalement restreinte et essentiellement ciblée sur les mises à disposition de locaux, de matériel, voire de personnel. Ces partenaires peuvent être des mairies, des conseils départementaux ou régionaux, l'État, ou des établissements de santé...

Caractéristiques² des maisons médicales de garde constatées en 2004

● **Implantation et ouverture** : les maisons médicales de garde assurent un accueil du patient aux heures de fermeture des cabinets libéraux. Cet accueil était selon les cas, en 2004, régulé ou libre. Implantées autant en ville qu'en établissement de santé (qu'il s'agisse d'un centre hospitalier, d'un hôpital local ou d'une clinique privée), leur activité de consultation était, pour la moitié d'entre elles, complétée par la possibilité d'effectuer des visites.

La plupart (90 %) étaient ouvertes le samedi après-midi et la totalité, la journée du dimanche.

Rares étaient les structures fermées les nuits de semaine (12 %) ou les nuits de week-end (7 %).

Par contre, plus de la moitié (62 %) de celles qui fonctionnaient la nuit s'arrêtaient aux alentours de minuit.

● **Activité** : les rapports d'activité et les quelques évaluations déjà disponibles, concernant les maisons médicales de garde subventionnées par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, révèlent que globalement les maisons médicales de garde montent en charge et atteignent rapidement une activité stable. Celle-ci se concentre essentiellement sur le week-end, qui représente en moyenne 70 % de l'activité hebdomadaire. Les patients sont très jeunes, d'où une proportion importante d'actes pédiatriques.

● **Coûts de fonctionnement** : ils se sont révélés, dans l'enquête réalisée en 2004, extrêmement hétérogènes. En effet, les dispositifs de garantie de ressources ou de rémunération complémentaire, mis en place dans certains cas pendant la phase de montée en charge, pour les médecins participant au fonctionnement de la maison de garde (possibilité offerte dans le cadre expérimental jusqu'à l'entrée en vigueur des dispositions de l'avenant n° 4 à la convention des médecins libéraux), ont pu peser de façon importante sur les charges d'exploitation. D'autres facteurs de variation existent :

– l'emploi par les maisons médicales de garde de

personnels soignants et/ou non-soignants chargés de l'accueil (téléphonique ou physique) et de l'orientation des patients, du secrétariat, de la gestion administrative et comptable, de la sécurité des locaux, de l'entretien,

– les modalités organisationnelles : lieu d'implantation (une installation au sein d'un établissement favorisant la mutualisation des moyens), durée d'ouverture...

Quelles perspectives pour les maisons médicales de garde dans le nouveau schéma d'organisation de la permanence des soins ?

Depuis la montée en charge des expérimentations financées par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, les maisons médicales de garde ont su prouver qu'elles répondaient à un besoin des patients et des professionnels, et qu'elles avaient une place dans l'organisation de la permanence des soins.

En effet, la maison médicale de garde peut bien désormais être considérée comme une alternative possible et intéressante, dans l'organisation de la permanence des soins en ambulatoire, notamment quand les solutions traditionnelles (tour de garde à domicile) ne fonctionnent pas ou mal. Sa création n'a toutefois pas lieu d'être systématisée, mais doit être étudiée au regard des particularités locales.

Elle ne doit pas non plus être exclusive sur l'ensemble des périodes de permanence des soins, mais se concevoir comme une réponse complémentaire à d'autres : ainsi, le faible niveau d'activité observé (un à deux actes en moyenne en seconde partie de nuit) ne justifie pas le plus souvent, au regard des coûts engagés, un maintien au-delà de minuit de la présence des médecins, et requiert qu'une solution relais soit mise en place pour la nuit « profonde ».

Comme le montrent les études disponibles, elle concourt à impliquer à nouveau les médecins libéraux dans la permanence des soins ambulatoire en leur offrant de meilleures conditions d'exercice : qu'il s'agisse de réduire le nombre de gardes effectuées par les médecins implantés dans les zones à faible densité médicale, ou d'offrir un contexte sécurisé aux praticiens installés dans des zones urbaines dites difficiles.

Par contre, l'impact de la maison médicale sur la baisse des entrées aux urgences reste difficile aujourd'hui à mesurer et aucun des rapports d'évaluation finalisés n'a permis de statuer précisément sur cet aspect.

Ce type de dispositif, qui peut s'avérer dans certains cas relativement coûteux, nécessite la recherche d'un équilibre entre charges engagées et activité constatée.

Par ailleurs, une vigilance particulière est de mise, afin de :

- ne pas susciter une demande supplémentaire ou plus coûteuse pour la collectivité (ce qui constitue le risque des maisons médicales de garde dont l'accueil n'est pas régulé) ;
- ne pas doubler l'offre existante en termes de plateau technique ou de tour de garde ;
- ne pas exclure la participation de médecins volon-

2. Éléments issus du rapport Cnamts de décembre 2004, relatif aux MMG financées par le FAQSV.



Urgences et demandes de soins en urgence, quelle prise en charge ?

taires (qui n'auraient pas été à l'initiative de la maison médicale de garde).

C'est pourquoi il est nécessaire que la question de l'existence, du mode de fonctionnement et du choix du lieu d'implantation de la maison médicale de garde s'inscrive dans une réflexion de l'ensemble des acteurs (médecins du secteur de permanence, et éventuellement autres professionnels de santé : pharmaciens, kinés..., collectivités locales, établissements ou centres de santé, caisses d'assurance maladie...) concernés par la mise en place et le financement de la permanence des soins. Cette réflexion doit permettre de définir la place de la maison médicale de garde dans l'organisation de la permanence des soins et de l'inscrire dans le cahier des charges, prévu par le décret du 17 avril 2005, que chaque département se doit d'adopter.

C'est dans cette logique, issue des premiers enseignements, que les gestionnaires nationaux du Fonds ont adopté en juin dernier un cahier des charges relatif au financement de nouvelles maisons médicales de garde, après avoir, fin 2003, demandé aux instances régionales de cesser de financer de nouvelles expériences, pour se donner le temps de l'évaluation.

Une attention particulière sera apportée, pour ces nouveaux financements, aux zones géographiques confrontées à des problèmes de démographie médicale.

Il apparaît en effet qu'au-delà de la solution apportée à la problématique de permanence des soins, au sens des textes cités plus haut, dans ces zones déficitaires ou fragiles, la maison médicale de garde peut se concevoir comme point d'appui, ou comme l'initiation d'une offre de soins de jour, éventuellement pluridisciplinaire (maison de santé pluridisciplinaire).

Le développement de telles « structures », répondant à la fois aux préoccupations de démographie médicale et de permanence des soins, doit d'ailleurs pouvoir être favorisé par diverses dispositions réglementaires et conventionnelles récentes visant les zones déficitaires.

C'est ainsi que l'on peut citer les aides à l'installation prévues par la convention médicale, les avantages fiscaux relatifs à la permanence des soins, les aides de l'assurance maladie et des collectivités locales au regroupement des professionnels de santé, ainsi que la possibilité offerte aux médecins, par le décret du 17 mai 2005 modifiant le Code de déontologie médicale, d'exercer leur activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de leur résidence professionnelle habituelle, en particulier « lorsqu'il existe dans le secteur géographique considéré une carence ou une insuffisance de l'offre de soins préjudiciable aux besoins des patients ou à la permanence des soins. »

La maison médicale de garde de Romans

La maison médicale de garde de Romans (Drôme), ouverte en janvier 2005, est née d'une coopération active entre le centre hospitalier et les médecins de ville.

Le constat initial de la permanence des soins révélait un encombrement du service des urgences par des pathologies médicales bénignes ne relevant pas d'une prise en charge hospitalière. Les généralistes, eux, se plaignaient d'une pénibilité accrue des gardes liée aux appels téléphoniques nocturnes souvent injustifiés.

La réponse apportée a été l'ouverture d'une consultation assurée par les médecins de ville dans un local attenant aux services des urgences, de 20 à 24 heures en semaine, 14 à 24 heures le samedi et 8 à 24 heures le dimanche.

Le téléphone y est tenu par le généraliste de garde. Au-delà de 0 h, c'est le médecin senior du service des urgences qui reçoit les appels et effectue

une régulation. Il prend également en charge les patients se présentant à la maison médicale de garde. Il a la possibilité d'appeler le généraliste de garde à son domicile pour effectuer les visites justifiées.

Une campagne de presse a été initiée dès l'ouverture pour expliquer le fonctionnement du système et notamment la nécessaire restriction des visites à domicile.

Au bout de neuf mois d'existence, nous constatons :

- un net désencombrement des urgences, attesté par une baisse des premiers passages aux urgences de 6 % sur les huit premiers mois de 2005 par rapport à la même période en 2004 ;

- une réduction drastique des visites à domicile des généralistes : elles représentent aujourd'hui moins de 3 % de l'activité et concernent essentiellement les visites de garde à vue au commissariat de police ou à la gendarmerie ;

- la très grande rareté des appels au médecin de garde après 0 h (3 à 4 par nuit) ;

- une activité importante (jusqu'à 50 actes le dimanche) ;

- les pathologies rencontrées laissent souvent perplexe quant à leur bénignité qui n'aurait pas dû justifier le recours à une consultation en dehors des horaires ouvrables ;

- l'origine géographique des patients dépasse largement le territoire couvert par le tour de garde des généralistes, pour se rapprocher plutôt de la zone d'attraction du centre hospitalier. Un redécoupage des secteurs de garde semble donc souhaitable.

Au total, si la maison médicale de garde a amélioré la situation, elle n'a pas contribué à ralentir l'inflation de la demande de soins. Cela se conçoit bien puisqu'il s'agit moins d'un problème structurel que d'un véritable problème de société.

Pierre-Henri Juvin

Association des médecins de Bourg de Péage, Romans et environs, chargé de la mise en place et du fonctionnement de la MMG.