



## 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.