



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur d'Hôpital**

**Promotion 2004**

---

Maisons médicales de garde et urgences hospitalières :  
le réseau de permanence des soins non programmés  
Béziers Méditerranée

---

**Stéphane MULLIEZ**

---

# Remerciements

---

J'adresse mes sincères remerciements à Monsieur Serge VILALTA, Directeur du Centre Hospitalier de Béziers, pour la qualité de l'accueil qui m'a été réservée tout au long de mon stage.

Je tiens à remercier en particulier Phillipe PERIDONT, Directeur des affaires médicales, de la qualité et du système d'information et maître de stage, pour son accompagnement au quotidien, ses conseils avisés et son entière disponibilité. Je remercie également l'ensemble des membres de l'équipe de direction pour les dossiers qu'ils ont acceptés de me confier.

Que l'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de mes missions - médecins, équipes soignantes et socio-éducatives, personnels administratifs - soient également ici remerciées pour avoir contribué, à divers titres, à ma formation de Directeur d'hôpital.

Mes remerciements iront enfin à l'ensemble des personnes consultées pour la réalisation de ce mémoire. Je voudrais notamment remercier :

- Thierry STEFANAGGI, initiateur du projet de maison médicale de garde de Béziers, pour la richesse des entretiens que nous avons pu avoir dans le cadre de ce projet,
- Simon FILIPPI, Président de la Fédération des Maisons Médicales de Garde,
- Laurence LAVY, chargée de cette question à la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>1</b>
<b>1. LE PROJET DE RESEAU DE PERMANENCE DE SOINS BEZIERS MEDITERRANEE : UN BESOIN DE SANTE PUBLIQUE</b>	<b>5</b>
<b>1.1 LES FACTEURS RELATIFS A LA DEMANDE DE SOINS : UNE DEMANDE CROISSANTE DE SOINS NON PROGRAMMES</b>	<b>5</b>
1.1.1 LES TENDANCES NATIONALES...	5
A) Une demande croissante de soins non programmés	6
B) Les motifs de l'afflux croissant aux urgences	7
1.1.2 ... MESURABLES AU PLAN LOCAL	8
A) Une évolution de la demande conforme aux tendances nationales	8
B) Les caractéristiques de la population de nature à renforcer la demande de soins non programmés	11
<b>1.2 LES FACTEURS RELATIFS A L'OFFRE DE SOINS : LES LIMITES DE L'ORGANISATION ACTUELLE DE LA PERMANENCE DES SOINS</b>	<b>14</b>
1.2.1 LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LA MEDECINE DE VILLE	14
A) Les difficultés actuelles	14
B) Des perspectives peu rassurantes	17
1.2.2 LES DIFFICULTES RENCONTREES PAR LES URGENCES HOSPITALIERES	20
A) Certains dysfonctionnements en terme d'organisation	20
B) Certaines mesures de réorganisation interne	21
<b>1.3 LE CADRE GENERAL : UNE PRISE DE CONSCIENCE POLITIQUE A PARTIR DES PREMIERES EXPERIENCES EN MATIERE DE PERMANENCE DES SOINS</b>	<b>24</b>
1.3.1 DE NOMBREUSES EXPERIMENTATIONS EN MATIERE DE PERMANENCE DES SOINS	24
A) Typologie des expériences en cours	24
B) Les premiers enseignements s'agissant des maisons médicales de garde (MMG)	29
1.3.2 UNE PRISE DE CONSCIENCE POLITIQUE, TRADUITE AU PLAN REGLEMENTAIRE	31
A) Le rapport sur la permanence des soins du Sénateur Charles DESCOURS	31
B) La circulaire du 16 avril 2003 : articuler permanence des soins de ville et services d'urgences	32

**2 LE PROJET DE RESEAU DE PERMANENCE DES SOINS BEZIERS**  
**MEDITERRANEE : UNE ARTICULATION ETROITE ENTRE LA FUTURE MAISON**  
**MEDICALE DE GARDE ET LES URGENCES HOSPITALIERES** **35**

**2.1 L'IMPLICATION STRATEGIQUE DU CENTRE HOSPITALIER DE BEZIERS DANS LE PROJET**  
**DE MAISON MEDICALE DE GARDE** **36**

2.1.1 VARIABLES CLEFS, INTERACTIONS ENTRE ACTEURS ET PRINCIPAUX ELEMENTS  
D'INCERTITUDES DU PROJET DE PERMANENCE DES SOINS 37

A) Maison médicale et coordination ville/hôpital, variables clefs du système 37

B) Interactions entre acteurs de la permanence des soins 41

C) Principaux éléments d'incertitude (contexte) 44

2.1.2 TROIS SCENARIOS POUR L'HOPITAL 48

A) Le scénario tendanciel : absence de concrétisation du projet de MMG 49

B) Le scénario de rupture : une réorganisation interne de l'hôpital, indépendante du projet  
de MMG 50

C) Promouvoir le scénario volontariste : l'engagement de l'hôpital dans le projet de MMG  
51

**2.2 LE PROJET DE RESEAU DE PERMANENCE DES SOINS** **53**

2.2.1 LA STRUCTURATION GENERALE DU PROJET SOUS LA FORME D'UN RESEAU DE SANTE 53

A) Le concept de réseau de santé est bien adapté à la notion de permanence des soins 53

B) Les acteurs et l'architecture du réseau de permanence des soins Béziers Méditerranée 55

2.2.2 LES OBJECTIFS ET LE FONCTIONNEMENT DU RESEAU 59

A) Les objectifs généraux et opérationnels 59

B) Une étroite articulation entre maison médicale de garde et urgences hospitalières 62

**2.3 LA MISE EN ŒUVRE OPERATIONNELLE DU RESEAU** **66**

2.3.1 LA DIFFICILE OBTENTION D'UN FINANCEMENT PERENNE 66

A) Le cadre rénové du financement des réseaux 66

B) Les démarches en cours pour financer le réseau biterrois 67

2.3.2 LE SUIVI ET L'EVALUATION DU RESEAU 69

A) La déclinaison des objectifs opérationnels en actions et indicateurs 69

B) Evaluation du réseau et accréditation 72

**CONCLUSION** **75**

**BIBLIOGRAPHIE** **77**

<b><u>ANNEXES</u></b>	<b><u>81</u></b>
<b><u>ANNEXE 1 : CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES DES URGENCES (CCMU)</u></b>	<b><u>83</u></b>
<b><u>ANNEXE 2 : CONVENTION CONSTITUTIVE DU RESEAU</u></b>	<b><u>85</u></b>
<b><u>ANNEXE 3 : CHARTE DU RESEAU</u></b>	<b><u>95</u></b>
<b><u>ANNEXE 4 : DOCUMENT D'INFORMATION DU PATIENT</u></b>	<b><u>101</u></b>
<b><u>ANNEXE 4 : MODES OPERATOIRES</u></b>	<b><u>105</u></b>
<b><u>ANNEXE 5 : REGLEMENT INTERIEUR DE LA MAISON MEDICALE DE GARDE</u></b>	<b><u>109</u></b>
<b><u>ANNEXE 6 : LETTRE ARH-URCAM EN DATE DU 29 JUIN 2004</u></b>	<b><u>113</u></b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES	Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Évaluation en Santé
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CCMU	Classification Clinique des Malades des Urgences
CH	Centre Hospitalier
CHB	Centre Hospitalier de Béziers
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COMERBI	Collège des Médecins généralistes de la Région Biterroise
CSP	Code de la Santé Publique
DDR	Dotation de Développement des Réseaux
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FHF	Fédération Hospitalière de France
GRSP	Groupement Régionaux de Santé Publique
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
ONDAM	Objectif National des dépenses d'Assurance Maladie
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A	Tarifcation à l'Activité
UPATOU	Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

## INTRODUCTION

Les structures de soins existantes, ambulatoires et hospitalières, gèrent avec de plus en plus de difficultés la demande de prise en charge du soin non programmé considéré le plus souvent par le patient lui-même comme une urgence médicale.

Entre 1990 et 2001, le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû de 64% soit une progression annuelle de 4,6%. La participation des établissements de santé privés à la prise en charge des urgences augmente : de 10% en 2000, ils prennent aujourd'hui en charge près de 12% des urgences hospitalières. De même, les appels d'urgence au centre 15 n'ont cessé d'augmenter ces dernières années ; dans plus de 30% des cas, la réponse apportée consiste en une information et/ou un conseil médical<sup>1</sup>.

Cette augmentation semble traduire de nouveaux comportements des usagers, qui recherchent un accès à des consultations non programmées en toute sécurité. Les résultats de l'enquête réalisée par la Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques (DREES<sup>2</sup>) montrent ainsi que 20% des passages aux urgences seulement sont suivis d'une hospitalisation et que trois-quarts des usagers se présentant aux urgences viennent directement, sans contact médical préalable.

La prise en charge des urgences est assurée par des dispositifs particuliers et par l'ensemble de l'offre de soins de ville et hospitalière. Les interventions pré-hospitalières pour les cas les plus graves sont assurées par les Services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ou ambulances des Services d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU), rattachées aux hôpitaux. L'activité d'accueil et de traitement des urgences par les établissements de santé est soumise à autorisation de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation qui, en application du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS),

---

<sup>1</sup> Données recensées par la DHOS.

<sup>2</sup> BAUBEAU D, CARRASCO V, *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières*, DREES, Etudes et résultats, n° 215, janvier 2003.

définit le nombre et la localisation géographique des services d'accueil et de traitement des urgences (SAU), des Unités de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) et des Pôles spécialisés d'accueil et de traitement des urgences (POSU) implantés dans les établissements de santé.

L'urgence médicale ne connaît pas de définition précise : elle correspond à une multitude de situations, dont certaines effectivement très lourdes (intoxication, infarctus...), qui ont pour seul trait commun le choix fait par le patient de consulter sans délai.

A défaut, l'Association pour la Recherche aux Urgences a établi une classification clinique des malades des urgences (CCMU) dont l'objet est d'attribuer à chaque patient une classe selon l'estimation médicale de l'évolutivité clinique à l'arrivée et la présomption des soins nécessaires pendant son séjour au service d'Urgence. La Classe I correspond aux patients dont l'état clinique est jugé stable. Aucun acte complémentaire à la consultation n'est dans ce cas jugé nécessaire. A l'autre extrême, la Classe V correspond aux patients dont le pronostic vital est engagé et dont la prise en charge comporte des gestes destinés à préserver le pronostic vital immédiat<sup>3</sup>.

Cette classification correspond au point de vue des professionnels de santé mais n'intègre pas celui des patients qui correspond à l'urgence ressentie. Celle-ci peut être définie comme celle qui conduit le patient à recourir à la permanence des soins, libérale ou hospitalière. La prise en compte de la demande de soins non programmés doit intégrer cette notion d'urgence ressentie. La demande de soins non programmés peut être définie comme une *«demande non planifiée dans l'agenda d'un cabinet médical ou d'un établissement de santé, quelle que soit l'heure de la demande<sup>4</sup>»*. La permanence de soins non programmés correspond ainsi à l'*«organisation adaptée et cohérente des différents modes d'offres de soins existants sur une zone géographique et populationnelle définie afin d'apporter une réponse pertinente en accès, en temps et en mode de prise en charge à une demande de soins non programmés»*. Le réseau hospitalier dans son ensemble et le réseau des soins primaires de ville participent à la permanence des soins non programmés.

---

<sup>3</sup> La classification clinique des malades des urgences est présentée en annexe 1.

<sup>4</sup> CAROL C, *La permanence des soins en Languedoc-Roussillon*, juin 2003, ARH/URCAM Languedoc Roussillon, page 2.



La Cour des comptes<sup>5</sup> estime globalement que «des progrès notables ont été accomplis en une vingtaine d'années et que l'image de l'urgence hospitalière est à présent plus positive». Pour la Cour, «l'objectif de la prise en charge des cas les plus lourds est atteint». En revanche, la gestion des flux croissants des patients demandeurs d'une prise en charge immédiate nécessite l'adaptation conjointe de la permanence de soins libérale et des urgences hospitalières ainsi qu'une bonne articulation entre ces deux réseaux.

Le projet de réseau de permanence des soins non programmés Béziers Méditerranée constitue une illustration de cette problématique. Il repose sur le projet de création d'une maison médicale de garde de médecine générale à Béziers, évoqué depuis 1996 à l'initiative de certains professionnels libéraux. Ce projet s'appuie sur l'implication du Centre Hospitalier de Béziers (CHB) qui s'est positionné dès 1997 comme partenaire de fond en mettant en avant l'expertise acquise en matière de coopération avec le secteur privé.

La population visée par ce projet est la zone de patientèle<sup>6</sup> de Béziers dont la population s'élevait à 112 191 personnes en 1999<sup>7</sup>. Cette zone, qui regroupe la commune de Béziers et 15 autres communes environnantes, est très majoritairement urbaine. La population est classée par l'URCAM à 62% en pôle urbain et à 21% en banlieue<sup>8</sup>. La seconde caractéristique majeure de cette zone est son attractivité touristique : le rapport entre la capacité touristique et la population s'élève à 0.9 ; 13% de la population est par conséquent classée en zone «rural touristique».

---

<sup>5</sup> Cour des comptes, *rapport annuel sur l'exécution de loi de financement de la sécurité sociale*, septembre 2002 (notamment chapitre IX relatif aux activités hospitalières en relation avec les soins ambulatoires). L'ensemble des références et citations attribuées à la Cour des Comptes dans le présent mémoire concerne ce rapport.

<sup>6</sup> Cf. cartographie des zones de patientèles de l'Hérault, CAROL C, PASSOUANT MC, VIDAL-BOROSI F, *La permanence des soins en Languedoc-Roussillon*, juin 2003, ARH/URCAM Languedoc Roussillon, tome 2 page 8.

<sup>7</sup> Recensement INSEE de la population de 1999.

<sup>8</sup> Tableau de classification URCAM des communes, *La permanence des soins en Languedoc-Roussillon*, op. cit., tome 1 pages 32 et suivantes, tome 2 page 23.

Les zones de patientèle ont été déterminées à partir de la visualisation cartographique des flux de patients. En Languedoc-Roussillon, 163 zones de patientèle ont été réparties selon la typologie suivante : rural isolé (43 zones pour 10% de la population), rural traditionnel (47 zones pour 11%), rural touristique (13 zones pour 10%), banlieues (42 zones pour 20%), banlieues aisées (8 zones pour 7%) et pôles urbains (10 zones pour 43%).

Au cours de l'année 2004, le projet de permanence des soins sur le Biterrois est structuré et finalisé dans la perspective d'une ouverture opérationnelle de la maison médicale de garde en janvier 2005. Mon stage de direction, qui s'est déroulé d'avril à novembre 2004, fut l'occasion de m'investir sur ce dossier afin de coordonner l'élaboration du projet, de le formaliser et de lever les sources de financement nécessaires auprès de différents partenaires institutionnels tels que la dotation de développement des réseaux (DDR) de l'ARH/URCAM ou le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV)<sup>9</sup>.

L'objet du présent mémoire est d'éclairer les choix préconisés lors de mon stage, notamment quant à l'implication du Centre Hospitalier de Béziers dans la permanence des soins non programmés. Ainsi, s'il va de soit que le CHB, siège du SAU, constitue le pivot de la prise en charge de l'urgence sur le bassin de santé du Biterrois, la problématique posée est de savoir s'il revient à l'hôpital public de s'investir plus avant en matière de permanence de soins, afin notamment de favoriser l'émergence d'une maison médicale de garde sur le Biterrois ?

L'ambition de ce mémoire est de répondre à cette question à la fois d'un point de vue de santé publique et d'un point de vue organisationnel :

S'agissant de la santé publique, il s'avère que la constitution d'un réseau de permanence des soins non programmés sur le Biterrois et la création d'une maison médicale de garde correspondent à de nouveaux besoins identifiés. Ce dispositif résulte d'une demande croissante de soins non programmés (point 1.1) et des limites inhérentes à l'organisation actuelle de la permanence des soins sur le Biterrois (point 1.2). Il s'inscrit par ailleurs dans les évolutions du cadre politique et réglementaire (point 1.3).

Du point de vue organisationnel, l'objet de la seconde partie de ce mémoire est d'apprécier le positionnement stratégique du Centre hospitalier de Béziers sur ce dossier (point 2.1) et d'exposer le contenu du projet notamment quant à sa structuration organisationnelle et juridique (point 2.2). Enfin seront précisées les modalités de mise en œuvre opérationnelles de ce projet ainsi que son suivi (point 2.3).

---

<sup>9</sup> Au moment de la rédaction du présent mémoire (août-septembre 2004), les demandes étaient en cours d'examen par les tutelles.

# **1. LE PROJET DE RESEAU DE PERMANENCE DE SOINS BEZIERS MEDITERRANEE : UN BESOIN DE SANTE PUBLIQUE**

L'objet de ce premier développement est de présenter les différentes informations quantitatives et qualitatives permettant de prendre en compte l'évolution du besoin de santé publique en matière de permanence des soins sur le Biterrois. Conformément à la méthodologie proposée par Bernard Basset<sup>10</sup>, l'analyse des besoins s'appuie sur :

- Les facteurs relatifs à l'évolution de la demande de soins qui se manifestent par une demande croissante de soins non programmés (point 1.1) ;
- Les facteurs relatifs à l'offre de soins correspondant aux limites de la permanence de soins tant libérale qu'hospitalière (point 1.2) ;
- Le cadre plus général de la réflexion que constituent notamment les premières expérimentations de maisons médicales de garde et le contexte politique et réglementaire (point 1.3).

## **1.1 Les facteurs relatifs à la demande de soins : une demande croissante de soins non programmés**

Les évolutions locales tant quantitatives que qualitatives de la demande de soins non programmés reflètent les tendances constatées au plan national.

### **1.1.1 Les tendances nationales...**

---

<sup>10</sup> BASSET B, CHAPERON J et al., *Hôpital et Santé publique*, éditions ENSP, octobre 1999, point 2 du chapitre relatif à l'utilisation d'une demande de santé publique à l'hôpital, pages 66 et suivantes.

## A) Une demande croissante de soins non programmés

Depuis la création de services d'urgences dans les années 1960, leur fréquentation de ces services n'a cessé d'augmenter d'année en année. Cette augmentation continue est une tendance constatée dans l'ensemble des pays qui disposent de ce type de services. La Cour des comptes estimait à 13,5 millions le nombre total de passages aux urgences des établissements de santé en 2001 dont 92% des passages pris en charge par le secteur public. De 1990 à 1998, le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics hospitaliers a augmenté de 43%<sup>11</sup>.

La demande de soins non programmés adressée à la médecine ambulatoire augmente également sur la période récente, certes à un rythme moins soutenu. La DRESS<sup>12</sup> souligne ainsi que les visites effectuées le dimanche et la nuit par les praticiens libéraux, sans doute plus associables à la notion d'urgence que l'ensemble des visites à domicile qui concernent souvent des personnes âgées ou des personnes atteintes d'affections à longue durée, ont augmenté de 1.1% par an.

Le nombre de patients hospitalisés après un passage par les urgences n'augmente quant à lui que de 1% par an, soit un rythme de progression voisin de celui des entrées directes en hospitalisation de courte durée. Le taux de patients hospitalisés après un passage aux urgences diminue ainsi progressivement pour atteindre en 2002 19%<sup>13</sup> dans une unité d'hospitalisation en dehors du service d'urgence et 3% dans les unités d'hospitalisation de courte durée.

Ces données tendent à démontrer la stabilité du nombre des cas les plus sévères et l'augmentation régulière et rapide du recours aux services d'accueil des urgences pour des cas ne nécessitant pas l'hospitalisation. Plus des deux tiers des patients (74%) sont classés par les médecins au niveau 2 de la CCMU (état clinique stable – actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service d'urgence). 14% des passages relèvent de la CCMU 1 (pas de recours à un acte complémentaire). 11% des passages relèvent de la CCMU 3 (malades dont l'état est susceptible de s'aggraver au

---

<sup>11</sup> BAUBEAU D, DEVILLE A, JOUBERT M et al., Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés, DREES, Etudes et résultats, n° 72, juillet 2000.

<sup>12</sup> DRESS, Etudes et résultats, n° 72.

<sup>13</sup> CARRASCO V, BAUBEAU D, *Les usagers des urgences, Premiers résultats d'une enquête nationale*, DREES, Etudes et résultats, n° 212, janvier 2003.

service d'urgence sans mise en jeu du pronostic vital). Les deux dernières classes qui correspondent à un pronostic vital d'emblée menacé sont rares (CCMU 4 et 5 pour respectivement 2 et 0.4%)<sup>14</sup>.

Les arrivées aux services des urgences se font soit après appel au centre 15 et orientation par le SAMU, soit de la propre initiative des patients. L'augmentation moyenne de l'activité des centres 15, de 10% par an, concerne essentiellement des cas de gravité moyenne ou légère, ainsi que les demandes de conseils ou d'informations. Cette évolution engorge les centres 15 qui, à certains moments, tardent à répondre. La stabilité des interventions des SMUR, malgré l'afflux aux centres 15, prouve l'efficacité de la régulation par les SAMU. Les 600 000 patients transportés par les SMUR représentent 6% de l'ensemble des passages enregistrés aux services d'accueil des urgences. 86% d'entre eux sont hospitalisés, alors que 30% le sont parmi les patients se rendant directement aux urgences.

## B) Les motifs de l'afflux croissant aux urgences

De nombreux facteurs influent sur l'augmentation du recours aux services d'urgences.

La fréquentation de ces services dépend en premier lieu de l'âge de la population. La clientèle des urgences est globalement plus jeune que l'ensemble de la population. Les nourrissons constituent ainsi de gros consommateurs de consultations non programmées pour des problèmes somatiques le plus souvent bénins qui font peu appel à des examens complémentaires. Les nourrissons de moins d'un an présentent ainsi un taux de recours aux urgences le plus élevé (48%), signe dans ce cas d'un recours justifié aux urgences hospitalières. Le vieillissement de la population se traduit également par un recours croissant aux urgences : les personnes âgées de 80 ans et plus constituent après les nourrissons le deuxième rang de taux de recours (taux de recours de 40%).

La fréquentation dépend aussi de considérations socio-économiques. Selon l'analyse de l'Union régionale des médecins libéraux (URML) Poitou-Charentes, le recours aux services d'urgences est plus fréquent et répétitif pour les personnes jeunes, les

---

<sup>14</sup> DRESS, Etudes et résultats, n° 212, à partir d'une enquête nationale réalisée du 10 au 17 janvier 2002.

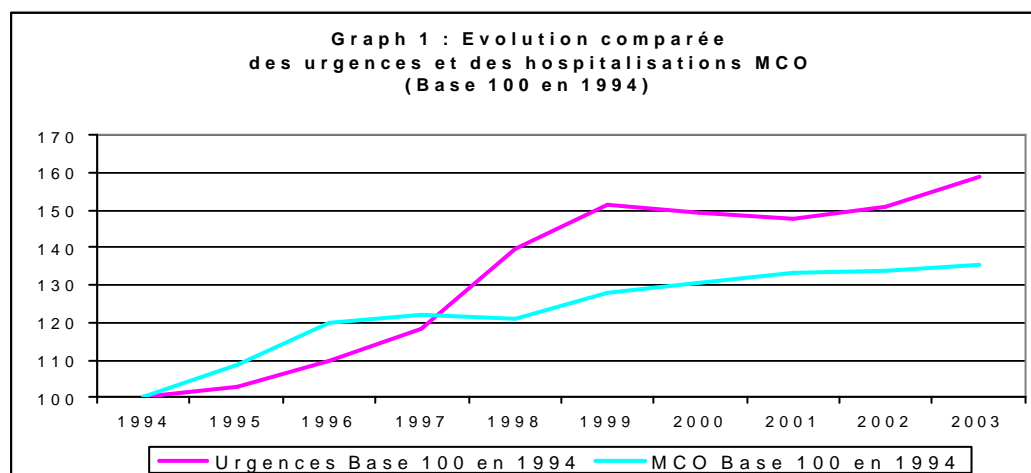
personnes ayant immigré récemment, les personnes de faible niveau de revenu et de diplôme et les personnes isolées et précarisées. Ainsi, les ouvriers et employés sont sur-représentés parmi les patients venus aux urgences<sup>15</sup>.

L'afflux aux urgences exprime par ailleurs des tendances générales telles que le besoin accru de sécurité, la confiance dans l'hôpital, la recherche du service le plus complet, que seul offre l'hôpital. Le passage par les urgences est une porte d'entrée rapide et simple dans le système hospitalier. Une partie de la clientèle des urgences est ainsi constituée d'habitues pour lesquels l'hôpital joue un rôle de médecin traitant<sup>16</sup>. La plus ou moins grande accessibilité des soins de ville influe également sur le recours à l'hôpital. Ainsi, la relative « familiarité » avec l'hôpital et plus particulièrement le service des urgences va de pair avec une certaine méconnaissance du système de soins en ville.

### 1.1.2 ... mesurables au plan local

A) Une évolution de la demande conforme aux tendances nationales

L'évolution des passages aux urgences du CHB présente une augmentation conforme à la tendance nationale. Entre 1994 et 2003, les passages aux urgences ont augmenté de 59%, soit 4,8% en moyenne annuelle. Le graphique ci-dessous souligne que le taux de croissance des passages aux urgences depuis 1997 est supérieur à celui des entrées directes MCO<sup>17</sup>.

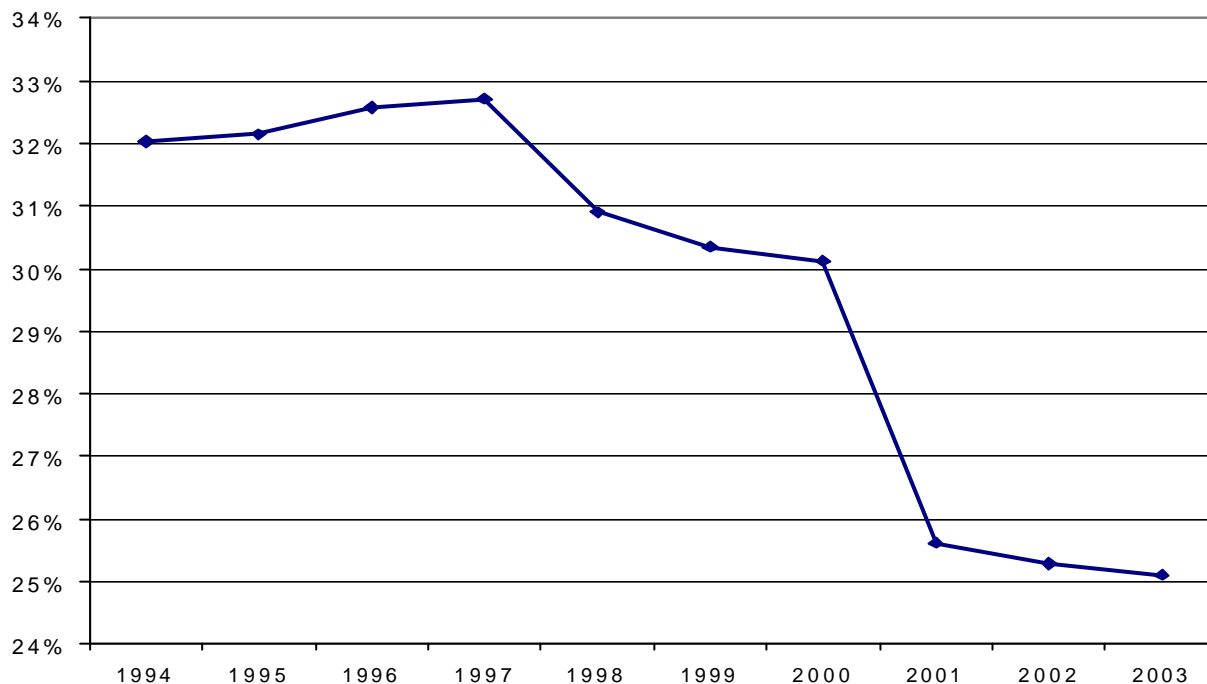


<sup>15</sup> DRESS, Etudes et résultats, n° 215.

<sup>16</sup> LOMBRIL P, ALFARO C, VITOUX-BROST C et al., *Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital pédiatrique*, Archives françaises de pédiatrie, juin 1999, suppl. 2.

Sur la même période (1994-2003), les hospitalisations consécutives à un passage aux urgences progressent moins vite que le nombre de passages : stabilité du nombre des cas les plus sévères et augmentation régulière et rapide du recours aux services d'accueil des urgences pour des cas ne nécessitant pas l'hospitalisation (graphique 2).

**Graph 2 : Part des hospitalisés suite à un passage aux urgences**  
Source : CHB/DAF/contrôle de gestion



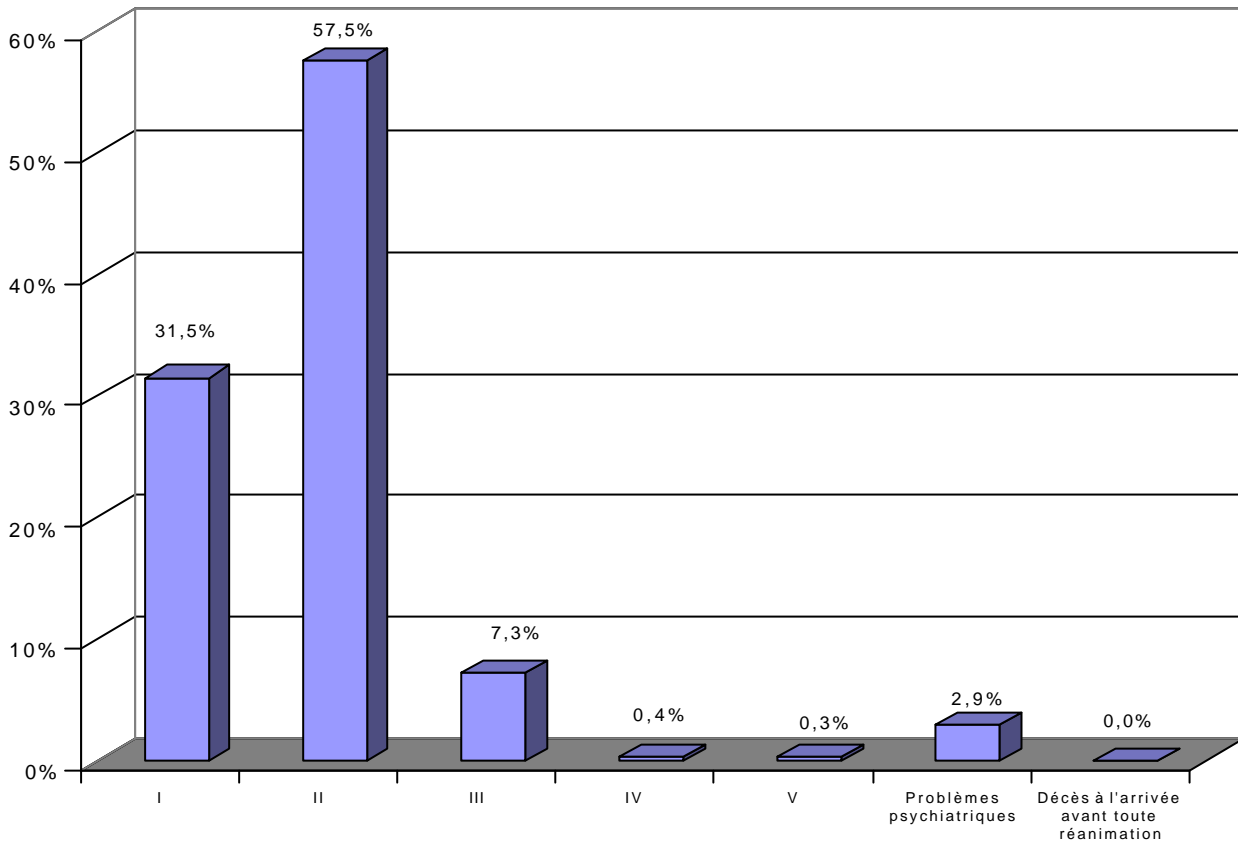
De fait, la ventilation des passages aux urgences en fonction de la CCMU dans le département de l'Hérault fait apparaître une très forte majorité d'urgences de classe I et II (état clinique du patient stable dans 89,0% des cas). Le pronostic vital est en jeu dans 0,7% des cas seulement (graphique 3 page suivante)<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> Source : CHB/DAF/contrôle de gestion.

<sup>18</sup> Source : ARH Languedoc-Roussillon, Service d'information des urgences (SIU), semaine 26, 2002.

**Graphique 3 : ventilation des passages en fonction de la CCMU  
Hérault, Système d'information des urgences, semaine 26 de 2002**



Le pourcentage de patients de classe 1 est nettement supérieur dans le département de l'Hérault (32% contre 14% au niveau national) ce qui n'est qu'en partie compensé par les classes 2 et 3, dont la proportion est inférieure pour le département de l'Hérault par rapport aux données nationales (59% et 8% contre respectivement 74% et 11%).

Ainsi, les données d'activité du CHB et diverses statistiques départementales soulignent à la fois une croissance significative de la demande de soins non programmés adressée aux services des urgences et la part croissante de patients dont l'état est jugé stable. L'enquête réalisée par l'ARH Languedoc-Roussillon en juin 2002 montre que 86% des recours aux urgences hospitalières concernent des patients relevant de la CCMU de classe 1 ou 2. Ce rapport souligne que «*ces urgences concernent des états jugés stables dont la majorité aurait pu être prise en charge en secteur ambulatoire*<sup>19</sup>».

<sup>19</sup> La permanence des soins en Languedoc-Roussillon, op. cit., page 26.



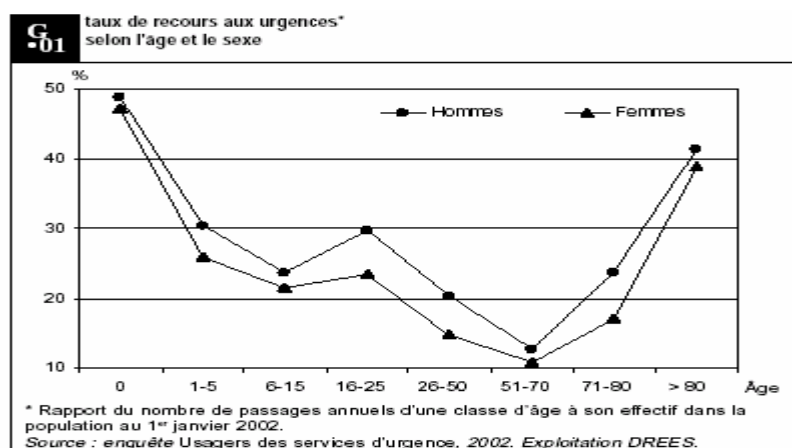
Certains caractéristiques populationnelles renforcent la demande de soins non programmés sur le Biterrois.

B) Les caractéristiques de la population de nature à renforcer la demande de soins non programmés

La population de la zone de Béziers visée par le projet présente certaines des caractéristiques dégagées au plan national favorisant un fort taux d'accès à la demande de soins non programmés.

a) *Une population âgée et très majoritairement urbaine*

La part de la population âgée de plus de 75 ans des 16 communes de la zone de Béziers atteint 11% contre 9% pour l'ensemble du département de l'Hérault. L'indice de vieillissement de la population<sup>20</sup> (105%) est l'un des plus élevés de la région Languedoc-Roussillon (88%), lui-même nettement supérieur aux données nationales (63% pour la France métropolitaine). A partir de 2005, les projections démographiques indiquent une forte progression de la population très âgée de 80 et plus sur l'ensemble du Languedoc-Roussillon<sup>21</sup>. Or, le taux de recours aux urgences augmente significativement à partir de 70 ans :



<sup>20</sup> *La permanence des soins en Languedoc-Roussillon*, op. cit., tome 2, page 19.

L'indice de vieillissement de la population est calculé en rapportant le groupe des plus âgés (les personnes de 65 ans et plus) au groupe des plus jeunes (les personnes de moins de 20 ans). Cet indice est exprimé en pourcentage. Il donne le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus pour 100 personnes âgées de moins de 20 ans.

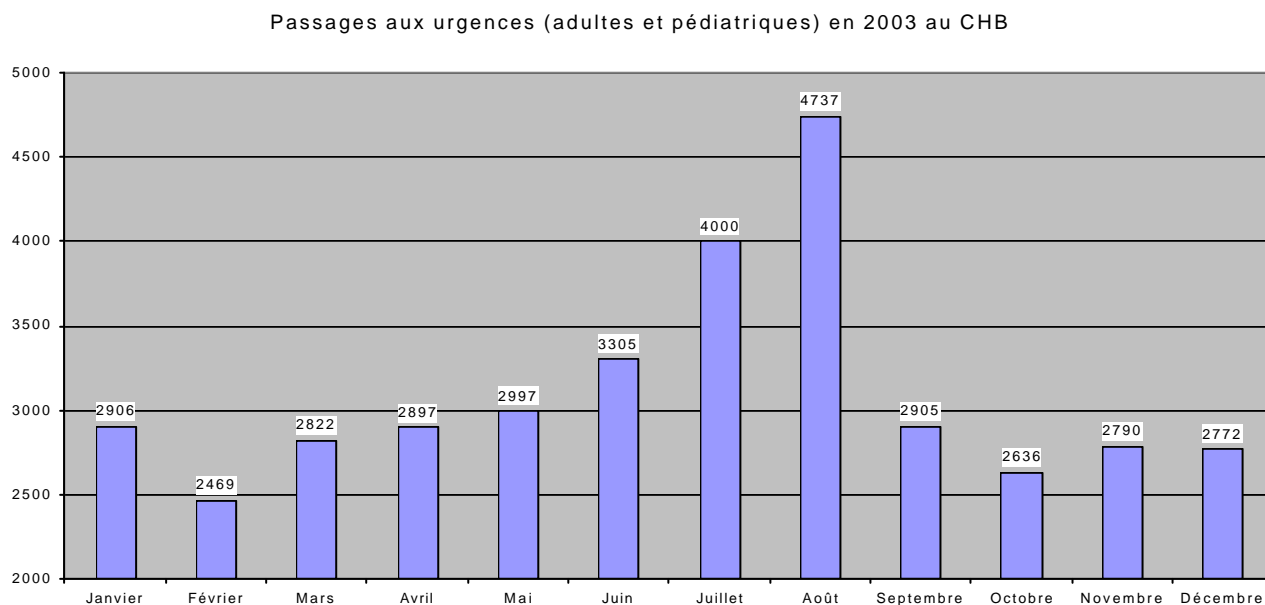
b) *Des indices de précarité élevés.*

Les taux de chômage et de bénéficiaires de la Couverture maladie universelle (CMU) de la zone de Béziers s'élève respectivement à 21,8% et 19,9% contre 18,6% et 12,7% pour l'ensemble du Languedoc Roussillon. La part de la population de plus de 65 ans bénéficiaire du minimum vieillesse est légèrement supérieure à la moyenne départementale (7,8% contre 7,3%).

c) *Le tourisme, facteur d'accroissement de la demande de soins non programmés*

La zone de Béziers se caractérise par une forte capacité touristique, comparable à l'ensemble du département de l'Hérault (le rapport entre les capacités touristique et la population est de 0.9 contre 0.8 pour le département).

La variation saisonnière de l'activité des urgences du CHB témoigne de ce surcroît d'activité significatif en période estivale :



<sup>21</sup> Schéma régional d'organisation sanitaire SMUR, 2003.

Ces caractéristiques (vieillesse, précarité, tourisme) favorisent une demande élevée de soins non programmés. Ainsi, le département de l'Hérault présente le taux de recours aux urgences hospitalières pour 1000 habitants le plus élevé de la région Languedoc-Roussillon (3,52 contre 3,26). Cet écart se renforce pour les seuls recours de classe 1 et 2 de la CCMU : 88,2% des recours sont de classe 1 et 2 contre 85,9% pour l'ensemble de la population<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> ARH Languedoc-Roussillon, *Enquête PMSI urgences*, juin 2002.

## **1.2 Les facteurs relatifs à l'offre de soins : les limites de l'organisation actuelle de la permanence des soins**

L'organisation de l'offre de soins en matière de prise en charge des soins non programmés constitue l'une des premières préoccupations des maires de la région Languedoc-Roussillon. Une enquête réalisée par l'ARH en juin 1998 auprès des 1545 maires de la région a permis de souligner que «*la gestion des urgences et des gardes médicales de ville*» constituait leur principale demande dans le domaine sanitaire.

Le projet de réseau émane effectivement de difficultés convergentes de la médecine ambulatoire (1.2.1) et des urgences hospitalières (1.2.2).

### **1.2.1 Les difficultés rencontrées par la médecine de ville**

#### **A) Les difficultés actuelles**

Le code de déontologie médicale (art. L. 4127-1 du code de la santé publique) prescrit que tout médecin doit participer aux services de garde de jour et de nuit.

En pratique, la prise en charge des gardes se concentre sur un nombre restreint de praticiens, essentiellement situés en zone semi-urbaine ou rurale. Une étude de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) a établi en 2001 que la charge de travail moyenne d'un médecin généraliste peut être estimée à deux nuits de garde par mois, un dimanche ou jour férié de garde par trimestre, deux visites d'urgence par nuit de garde et une quinzaine de visites par dimanche ou jour férié de garde. Le recours à la visite du médecin généraliste de garde est très inégal selon les régions : en 1998, 120 par an pour 1000 habitants en Languedoc-Roussillon, contre 68 en Haute-Normandie.

La Cour des comptes estime que les médecins généralistes tendent à se désengager de ce système de gardes qui perd ainsi son caractère universel et permanent. Les responsables des centres 15 constatent un allongement des délais de déclenchement de

la visite urgente d'un médecin de garde et une augmentation régulière des secteurs ou des plages horaires non couverts.

Au niveau local, les promoteurs libéraux du projet de maison médicale de garde (MMG) soulignent ainsi qu'environ un tiers des médecins installés à Béziers sont dispensés de gardes par le Conseil de l'Ordre Départemental. En période d'épidémies, le médecin de garde serait très vite débordé ce qui entraînerait un report de l'activité sur les urgences hospitalières alors que la demande relève de la médecine de ville.

Parmi les données existantes pour apprécier le degré de participation des médecins libéraux à la permanence des soins, l'activité des médecins généralistes en dehors de l'ouverture habituelle des cabinets, les nuits, week-ends et jour fériés constitue un indicateur utilisé par l'ARH Languedoc-Roussillon<sup>23</sup>. Le postulat de cet indicateur est le suivant : les médecins généralistes réalisant moins de 100 actes de nuits, week-ends et jours fériés (actes spécifiques) dans l'année sont considérés comme participant peu à la permanence des soins.

A partir de cet indicateur, l'ARH estime que seulement 45% des médecins généralistes participent de manière effective à la permanence des soins en Languedoc-Roussillon (plus de 100 actes spécifiques). Ce pourcentage atteint 40% dans l'Hérault. 10% des médecins du département n'ont effectué aucun acte spécifique contre 7% au niveau régional. La participation des médecins généralistes aux actes spécifiques est également moins importante dans les pôles urbains : 73% des médecins réalisent moins de 100 actes spécifiques par an contre 55% au niveau régional. De plus, 11% des médecins ne réalisent aucun acte spécifique, soit plus du double de la moyenne régionale.

La zone de Béziers, majoritairement urbaine, est donc statistiquement «défavorisée». L'ARH Languedoc-Roussillon a elle-même désigné le Biterrois comme priorité de rang 2 dans la région : *«zones où l'offre paraît aujourd'hui suffisante mais où un problème organisationnel semble devoir être analysé sur le terrain au vu de la faible participation des médecins généralistes aux actes spécifiques de nuits, week-ends et jours fériés<sup>24</sup>»*.

---

<sup>23</sup> *La permanence des soins en Languedoc-Roussillon*, op. cit., tome 2, page 19.

<sup>24</sup> *La permanence des soins en Languedoc-Roussillon*, op. cit., tome 2, page 19, tome 3, page 1.

Parmi les causes du désengagement des médecins libéraux, est souvent évoqué le manque de confort et de sécurité des gardes médicales, chose à laquelle pourrait remédier la création d'une MMG. Les agressions verbales seraient de plus en plus fréquentes et les agressions physiques seraient de plus en plus à craindre lors des visites à domicile. Les interventions de nuit dans certains quartiers de Béziers pourraient s'avérer dangereuses, et ce d'autant plus que la profession se féminise.

En effet, les femmes représentaient 28% des médecins de la région en 1998 (24% au niveau national). La féminisation est appelée à se renforcer fortement puisqu'elle s'accroît sensiblement dans les tranches d'âge les plus jeunes. Les femmes sont majoritaires chez les médecins de moins de 35 ans.

L'évolution plus générale du métier de médecins généralistes est également évoquée pour expliquer la difficulté croissante d'assurer des gardes médicales. Les médecins travaillent de plus en plus fréquemment à titre salarié dans un établissement de santé à temps partiel. Un nombre non négligeable choisit le salariat à des postes qui ne répondent pas tous à des fonctions soignantes (médecine du travail, médecine scolaire, protection maternelle et infantile,...). Les médecins généralistes sont par ailleurs de plus en plus sollicités dans les réseaux (gérontologie, centres de santé,...), les coordinations de soins et les dépistages précoces de maladie.

Le vieillissement des médecins constitue également un élément de désaffection à l'égard des gardes libérales. L'âge moyen des généralistes était de 48 ans en 1998 contre 43 ans en 1985 (données régionales). Il ne peut que constituer un facteur de démotivation pour effectuer des gardes médicales. Ce vieillissement est dû à la fois à l'accroissement des médecins spécialistes et à l'effet mécanique du *numerus clausus*. De plus, il génère non seulement des départs à la retraite mais également une diminution d'activité dans les années précédant la cessation totale d'activité.

A l'avenir, les difficultés d'organisation ne feront que se renforcer, compte tenu des perspectives en matière de démographie médicale.

## B) Des perspectives peu rassurantes

En dépit du relèvement du *numerus clausus*, nous entrons dans une phase de stabilisation et même de décroissance des effectifs médicaux à partir de 2010. Le Conseil économique et social, qui a à son tour dernièrement mis en exergue les difficultés futures liées au temps médical, souligne les perspectives d'un effet ciseau particulièrement défavorable<sup>25</sup>.

D'un côté, l'offre de soins se raréfie : à la baisse des effectifs liée notamment au vieillissement du corps médical, qui va entraîner de nombreux départs à la retraite, s'ajoute la diminution du niveau d'activité moyen liée aux grandes évolutions sociologiques comme par exemple la féminisation des professions médicales et aux évolutions sociétales concernant la durée de travail. Une étude de la CNAMTS montre que - quelle que soit la classe d'âge - l'activité des femmes est inférieure de 30% à celle des hommes. Alors que les femmes représentent aujourd'hui 37% des médecins, elles constitueront 45% de la population médicale en 2020. En 2020, le temps moyen de travail hebdomadaire des médecins diminuera de deux heures et le temps partiel concernera plus de 30% des praticiens.

De l'autre côté, les besoins vont augmenter à cause de la médicalisation, de la croissance naturelle de la population et de son vieillissement. A lui seul ce dernier phénomène va entraîner une hausse mécanique de la demande de soins de 15% environ.

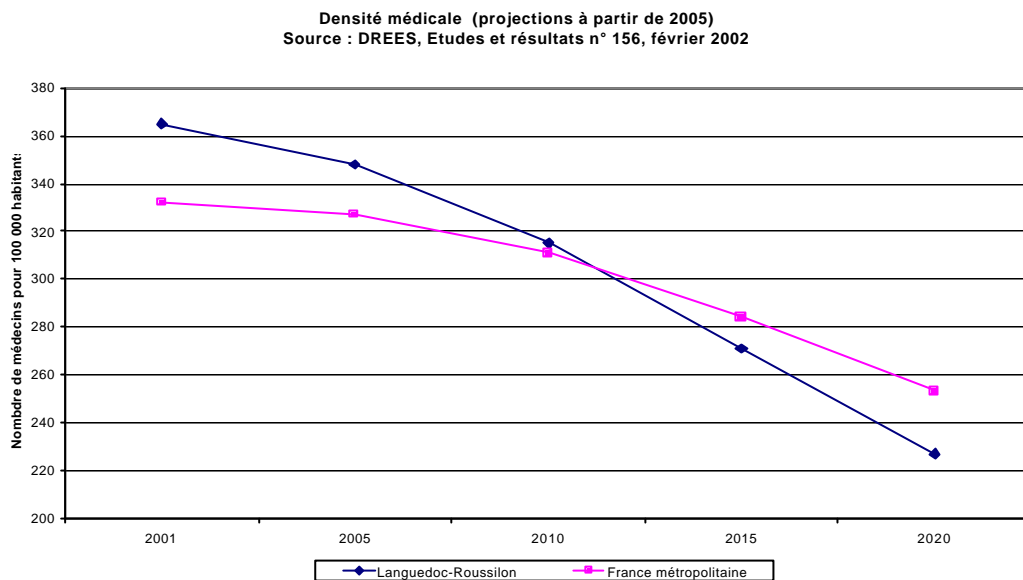
Ces difficultés nationales seront particulièrement sensibles en Languedoc-Roussillon. Certes la densité médicale y est supérieure aujourd'hui par rapport au reste du territoire. Pour autant, dès 2008, les départs massifs en retraite et les installations de médecins engendreront une modification significative de leur répartition sur le territoire. Pour la région, la baisse de la densité médicale est estimée à -16% entre 1998 et 2008 et -19% entre 2008 et 2013 contre respectivement -2% et -9% pour l'ensemble du territoire<sup>26</sup>.

---

<sup>25</sup> PICARD M et al., *Aménagement du territoire et établissements de santé*, rapport du Conseil Economique et Social, mai 2004, page I 14.

<sup>26</sup> Centre de sociologie et de démographie médicale, *La médecine de ville, répartition géographique à venir : un enjeu de santé*, septembre 2000.

Ce constat est corroboré par une étude de la DREES<sup>27</sup>. Certes, la densité médicale constatée en Languedoc-Roussillon en 2001 est nettement supérieure à la France métropolitaine. Mais à l'avenir, les tendances s'inversent sensiblement :



Cette évolution de la densité médicale résulte en effet de la diminution projetée des médecins (-20% entre 2001 et 2020) et de l'accroissement de la population française (+ 6% entre 2001 et 2020). Cette étude classe ainsi le Languedoc-Roussillon comme la région subissant la diminution la plus prononcée de la densité médicale (- 38% entre 2001 et 2020).

Le comportement des futurs médecins pourrait aussi contribuer à une diminution du temps médical disponible. Une enquête réalisée en 2001 par l'URML Languedoc-Roussillon auprès des étudiants en fin d'études de la faculté de médecine de Montpellier permet d'esquisser le profil du médecin de demain dans la région, bien éloigné de l'omnipraticien libéral :

- une femme dans 55% des cas (27% des cas aujourd'hui),
- un spécialiste de préférence dans 60% des cas,
- un salarié dans un établissement de soins dans 58% des cas.

Pour la minorité des étudiants interrogés projetant de s'installer en libéral, la quasi-totalité (91%) souhaiteraient exercer dans un cabinet de groupe. Ils choisissent de préférence de

---

<sup>27</sup> DARRINÉ S, Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice, DREES, Etudes et résultats, n° 156, février 2002.



s'installer dans une grande ville dans 61% des cas et de favoriser leur qualité de vie, leurs loisirs (10 heures par semaine) et leurs vacances (5 semaines par an).

Les différentes études mentionnées relatives aux critères d'installation des jeunes médecins montrent clairement que les considérations financières sont désormais loin d'être déterminantes. Le récent rapport du Conseil Economique et Social<sup>28</sup> présente les motivations principales des futurs médecins tout à fait conformes à celles des étudiants montpelliérains :

- la possibilité d'exercer en groupe et en réseaux, afin d'éviter tout isolement, de faciliter les gardes et de réduire la charge de travail individuelle en rendant notamment plus facile le recours au temps partiel ;
- l'accès à un plateau technique performant ;
- un environnement socio-économique qui doit offrir un emploi au conjoint ;
- enfin des services publics ainsi que la plupart des commodités culturelles, sociales, économiques.

Le Conseil Economique et Social souligne ainsi la nécessité de permettre aux praticiens libéraux d'exercer leur métier collectivement. La possibilité d'exercer en cabinet de groupe devrait être ouverte prochainement, puisqu'elle a reçu l'aval du Conseil national de l'ordre des médecins. La possibilité d'exercer au sein d'un cabinet à titre salarié doit être ouverte à titre expérimental.

Le développement de maisons de santé, notamment celles visant une meilleure organisation des urgences et s'inscrivant à ce titre dans la politique de coopération entre le secteur libéral et le secteur hospitalier constitue une autre préconisation du rapport du Conseil Economique et Social. Cette coopération ville/hôpital doit se matérialiser par l'établissement de protocoles entre les médecins et les services d'urgences.

La constitution d'une MMG à Béziers pourrait ainsi contribuer à la résorption des difficultés d'organisation de la médecine de ville.

---

<sup>28</sup> Conseil Economique et Social, op cit, page II 119.

## 1.2.2 Les difficultés rencontrées par les urgences hospitalières

### A) Certains dysfonctionnements en terme d'organisation

L'augmentation de l'activité aux urgences soulignée au point 1.1 est source de désorganisation pour l'hôpital public, non seulement aux urgences mais également dans le reste des services. Il s'avère en effet nécessaire de réguler les flux de patients en aval du service des urgences.

La Cour des comptes souligne ainsi *«que l'organisation des urgences hospitalières autour de la prise en charge des cas les plus lourds a été fortement sécurisée mais que l'hôpital est de plus en plus sollicité pour des cas peu graves et peu urgents par des patients qui recherchent une prise en charge globale et rapide»*.

L'examen du projet du service des urgences du CH de Béziers pour la période 2000/2005 est de ce point de vue tout à fait éloquent<sup>29</sup>. Si la vocation du service est avant toute chose affirmée dans son acception large<sup>30</sup>, le listing des points forts et des points faibles fait apparaître un certain décalage entre différentes préoccupations. Les points forts mettent en exergue la sécurisation accrue de la prise en charge des urgences du point de vue médical et infirmier : présence médicale senior 24h/24 et 7j/7, garde médicale sur place, personnel formé et compétent, IDE à l'accueil, encadrement des soins de 7h à 21h... Les points faibles soulignent quant à eux certains dysfonctionnements ne mettant pas directement en cause la sécurité médicale : attente des patients, salle d'attente exigüe, loin du service, violence de la clientèle, absence de signalisation de la salle d'attente, information irrégulière des patients et des familles, méconnaissance des langues étrangères et des habitudes de vie des différentes communautés,...

---

<sup>29</sup> Projet de service des urgences 2000/2005, document interne CH de Béziers.

<sup>30</sup> *«Accueillir et prendre en charge tout patient présentant une détresse d'ordre médical, psychologique et/ou social avec une équipe formée de façon continue pour apporter des soins adaptés et personnalisés»*.

## B) Certaines mesures de réorganisation interne

C'est depuis 1993 et la publication du rapport du Professeur STEG<sup>31</sup> sur la médicalisation des urgences qu'a débuté la réelle prise de conscience de l'importance de cette médecine et de la mauvaise organisation des services d'urgences au sein de l'hôpital. Ce rapport avait pour ambition de *"concilier deux exigences contradictoires, la plus grande proximité et la meilleure qualité des soins"*. Ce rapport mettait l'accent sur l'aspect "non-satisfaisant" des urgences avec *«trop de lieux d'accueil intitulés services d'urgences qui ne sont pas en mesure, malgré le dévouement de leur personnel, d'assurer effectivement aux patients en permanence, sécurité et soins de qualité"*. Cela nécessitait donc une réforme en profondeur tout en tenant compte des exigences réelles d'un service d'urgence, selon trois modalités : la permanence 24 heures sur 24, la compétence du personnel et la responsabilisation.

Une réforme juridique a permis de mettre en place une organisation des urgences selon trois modalités. La réforme des services hospitaliers des urgences a pris corps sous la forme du décret n°97-616 du 30 mai 1997 qui définit depuis 1997 trois types de structures d'urgence :

- le Service d'accueil des urgences (SAU) qui assure l'ensemble des urgences médico-chirurgicales, psychiatriques et pédiatriques,
- l'Unité de proximité, d'accueil et de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU),
- le Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences (POSU).

Les décrets n°95-647 du 9 mai 1995 et n°97-615 du 30 mai 1997 ont défini les différentes modalités de prise en charge des urgences hospitalières et pré-hospitalières ainsi que les procédures de concertation à prévoir et les modalités d'élaboration du schéma d'organisation des urgences pour les établissements de santé publics et privés. Ils ont par ailleurs précisé les effectifs en personnel médical et paramédical qui doit avoir acquis une formation à la prise en charge des urgences et décrivent la disposition de locaux et le plateau technique nécessaire dans l'établissement pour pouvoir disposer d'un SAU.

---

<sup>31</sup> STEG P, *La médicalisation des urgences*, rapport de la Commission nationale de restructuration des urgences, septembre 1993.

Cette réforme s'est accompagnée de moyens budgétaires accrus. Le protocole signé le 9 juin 1999 avec les urgentistes a prévu la création sur trois ans de 230 postes de praticiens hospitaliers, de 227 postes d'assistants et de 200 postes de praticiens hospitaliers contractuels pour un coût estimé à 22 M€. Les protocoles des 13 et 14 mars 2000 signés entre l'Etat et les représentants des personnels médicaux et non médicaux de la fonction publique hospitalière ont prévu une enveloppe de 46 M€ en vue de créer 425 postes médicaux et 970 postes paramédicaux pour renforcer les activités concourant directement à l'urgence.

S'agissant du CH de Béziers, outre l'augmentation significative des effectifs médicaux aux urgences entre 1996 et 2004, sur le plan organisationnel, une Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) a été créée au sein du service des urgences à compter de juillet 2000. Cette UHCD a pour but d'accueillir le patient admis aux urgences pour une durée de 24h maximum afin de déterminer son potentiel évolutif et de déterminer les suites en terme d'hospitalisation à lui réserver. Dès que l'évolution à court terme du patient est cernée, la sortie de l'UHCD a vocation à être prononcée.

Lors de la constitution de cette unité, certains personnels avaient craint que celle-ci se transforme en véritable service d'hospitalisation, détournant ainsi la vocation première du service des urgences<sup>32</sup>.

Dès son ouverture en juillet 2000, le fonctionnement de l'UHCD s'est rapidement caractérisé par une très forte activité : 1206 passages pour le second semestre 2000, 2357, 2367 et 2540 passages respectivement pour les années 2001, 2002 et 2003. Les données relatives aux taux d'occupation de l'unité (toujours nettement supérieurs à 100% depuis 2001) ainsi qu'à la DMS (oscillant entre 0,8 et 0,9 depuis 2001) indiquent que ce dispositif répond à sa vocation initiale d'accueillir les patients pour une durée inférieure à 24 heures.

Les difficultés rencontrées par les services des urgences ne peuvent toutefois trouver de solutions que par la seule réorganisation interne à l'hôpital. Une meilleure coordination avec les partenaires externes à l'hôpital s'avère aussi nécessaire pour pallier ces dysfonctionnements. La Cour des comptes note ainsi que l'effort d'organisation de la prise en charge des urgences devait passer par la recherche d'une meilleure complémentarité

---

<sup>32</sup> Conseil du service des urgences du CHB du 15 mars 2000.

entre soins de ville et soins hospitaliers afin de limiter l'engorgement des hôpitaux. Une commission des admissions et des hospitalisations non programmées a ainsi été instituée au sein du CHB avec un sous-groupe chargé plus particulièrement de l'organisation en amont des hospitalisations auquel participe deux médecins généralistes.

Les évolutions de la demande de soins et les difficultés d'organisation rencontrées conjointement par l'hôpital et la médecine de ville ont suscité certaines expérimentations en matière de permanence des soins aujourd'hui promues par les pouvoirs publics.

### **1.3 Le cadre général : une prise de conscience politique à partir des premières expériences en matière de permanence des soins**

L'évolution de la demande de soins et, corrélativement, des structures ayant vocation à y répondre, se réalise et prend appui au sein d'un espace animé de tendances diverses, politiques, réglementaires, sociales et économiques. En matière de permanence de soins, les premières expériences de maisons médicales, d'une part, et l'élaboration de réponses politiques et budgétaires d'autre part, ont été concomitantes.

#### **1.3.1 De nombreuses expérimentations en matière de permanence des soins**

De nombreuses expériences ont été développées pour renforcer la permanence des soins et remédier à ses dysfonctionnements. Il convient de distinguer la régulation des soins et les maisons de santé ayant vocation ou non à assurer la permanence des soins (A). S'agissant du cas spécifique des maisons médicales de garde qui nous intéresse ici, le fonctionnement des premières structures permet aujourd'hui de tirer certains enseignements (B).

##### **A) Typologie des expériences en cours**

Au vu des réalisations en cours, il est possible de distinguer trois types de dispositifs en matière de permanence des soins :

- en premier lieu, la participation, selon des modalités diverses, de la médecine libérale à la régulation des soins urgents,
- ensuite, les maisons de santé ayant pour objet principal d'organiser un espace de soins mutualisé,
- enfin, les maisons médicales de garde cherchant à mieux adapter la réponse libérale à la prise en charge de la demande de soins non programmés.

##### **a) *La participation de la médecine libérale à la régulation des urgences***

Depuis maintenant plusieurs années, des expériences de régulation médicale libérale, ont été mises en œuvre. Des médecins libéraux volontaires, formés à cet effet, participent à la régulation médicale, installés ou non dans les locaux du SAMU (participation directe à des centres 15 ou création de centre 15 bis).

Dans le Département de l'Hérault, 22 médecins généralistes participent à la régulation du centre 15 depuis maintenant 10 ans en horaires restreints. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2002, le FAQSV finance une extension des horaires des médecins généralistes. Cette participation à la régulation permet de diminuer le recours aux urgences hospitalières. A Béziers et dans les communes environnantes, quelques 4257 appels au centre 15 ont été réorientés vers un médecin généraliste diminuant ainsi le recours aux urgences en 2003.

Le Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux du Pas de Calais (CRRAL 62) est souvent évoqué. Depuis juillet 2002, les médecins libéraux de garde qui le souhaitent peuvent opter pour la régulation des appels arrivant sur leur ligne téléphonique. Le week-end et la nuit, ces appels arrivent directement, par transfert automatique, au Centre de réception et de régulation des appels libéraux (CRRAL) ou Centre 15 bis que l'Association des services d'urgences médicales (ASSUM) du Pas-de-Calais a ouvert au sein de l'hôpital d'Arras. Ce dispositif a pour objectif de répondre de façon plus adéquate à la demande de soins non programmée en dehors des heures d'ouverture des cabinets et d'éviter le report systématique de ces soins sur le SAMU ou les urgences.

Ce dispositif de régulation des gardes des libéraux a permis de réduire drastiquement les visites effectuées par les médecins de garde et devrait alléger l'activité du SAMU et des services d'urgences. Selon le premier bilan d'activité du Centre 15 bis, 18% des appels ont donné lieu à la délivrance de conseils médicaux permettant aux patients de patienter avant une consultation classique. Par ailleurs, 30% des appels concernent des patients qui ont été orientés vers des consultations ouvertes par les médecins généralistes en dehors des horaires habituels d'ouverture du cabinet. En contrepartie du service rendu par la régulation, les médecins qui recourent à cette régulation libérale s'engagent aussi à intervenir lorsqu'une visite à domicile est effectivement jugée nécessaire par le médecin régulateur (41% des appels). Selon l'hôpital d'Arras, la régulation a permis de réduire en moyenne de 50% les visites à domicile effectuées par les médecins de garde.

b) *Les maisons de santé*

Des maisons médicales rassemblant en un lieu unique plusieurs généralistes, spécialistes et autres professionnels de santé, voire des travailleurs sociaux, se mettent également en place comme la Maison de santé de Roubaix. La nuit, la garde libérale peut y être implantée mais tel n'est pas toujours le cas.

Les maisons de santé ont en fait pour objet principal de structurer la médecine libérale. Elles permettent aux médecins généralistes de rompre leur isolement et d'organiser un espace de permanence des soins mutualisé. Ce premier profil est peu relié à l'hôpital. Très bien adapté aux situations de diversification médicale en zone rurale, ce n'est pas en revanche le type le plus efficace si l'objectif est de remédier aux dysfonctionnements de la permanence des soins.

Ces maisons médicales regroupent généralement plusieurs généralistes, mais pourraient tout à fait s'ouvrir à d'autres acteurs du monde sanitaire tels que les spécialistes, les infirmières libérales, les professions de rééducation, les officines pharmaceutiques, les associations (pour les soins à domicile notamment) mais aussi les travailleurs sociaux et les assistantes sociales. De plus en plus de médecins se plaignent en effet de devoir assurer une prise en charge davantage «*sociale*» que «*médicale*» de certains patients et aimeraient être déchargés de cette tâche. Des expériences ont déjà été menées dans certaines régions. Le conseil général de la Manche a par exemple aidé au financement de cabinets pluridisciplinaires. On voit ici le rôle que peuvent jouer les collectivités territoriales en complément de l'intervention du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Leur action doit être encouragée, quelle que soit la forme de leur aide : financement, mise à disposition de locaux, d'équipements...

En outre, l'autonomie de ces structures ne doit pas forcément être un objectif prioritaire. En effet, si leur niveau d'équipement et de technicité leur permet de se poser en structure sanitaire de proximité, et donc de premier maillon du réseau de prise en charge, elles doivent travailler en partenariat avec une structure hospitalière référente. En zone rurale, l'hôpital local semble souvent le plus approprié pour assumer cette position. En fait, plus la proximité de l'hôpital est grande et meilleure est la coopération, moins la maison médicale a besoin de disposer d'un haut niveau d'équipement. Cela est encore plus vrai pour les zones périurbaines généralement peu éloignées d'un hôpital, local ou général (même si la distance temps y est parfois plus longue qu'en zone rurale alors que la distance kilométrique y est moindre).



c) *Les Maisons médicales de garde (MMG)*

Les maisons médicales de gardes constituent des centres d'accueil et de premiers soins dont la vocation est d'organiser une garde médicale dans un lieu fixe et facile d'accès garantissant une prise en charge de qualité des patients.

Les MMG cherchent à mieux adapter la réponse libérale. Ce faisant, elles contribuent également à une meilleure organisation des urgences, par l'établissement de protocoles avec les services d'urgences et le SAMU. Ouvertes en soirée et le week-end, elles s'articulent avec le service d'urgences. Des arbres décisionnels validés par tous doivent permettre d'orienter les patients qui se présentent à l'hôpital vers la maison médicale, et réciproquement. Les MMG participent à ce titre de la politique de coopération entre le secteur libéral et le secteur hospitalier. Elles présentent toutefois une autonomie juridique et de fonctionnement à l'égard des structures hospitalières. Il convient ainsi de les distinguer des consultations externes sans rendez-vous situées à l'intérieur même des établissements de santé, à proximité des services d'urgences.

Les MMG ont connu un développement très rapide ces derniers mois. En avril 2003, la DHOS ne recensait que 29 maisons médicales sur le territoire (ayant bénéficié de financements) et 70 projets, plus ou moins finalisés. Le Ministre de la Santé indiquait ainsi en octobre 2003 dans le cadre du plan «Urgences» qu'«*au moins 80 projets devaient voir le jour d'ici 2005*». Dès février 2004, près de 80 projets ont pu trouver une concrétisation. Un congrès sur les maisons médicales organisé en juin 2004 à Grenoble à l'initiative de la Fédération des Maisons Médicales de Garde recensaient pour sa part «plus de 180 réalisations» réalisées sur le territoire.

En Languedoc-Roussillon, trois maisons médicales de garde sont à ce stade opérationnelles : Alès, Lunel et Narbonne.

La MMG d'Alès, financée par le FAQSV, est un lieu sécurisé dédié aux gardes de la médecine libérale et qui couvre la zone de la ville d'Alès et 4 communes limitrophes (environ 80 000 personnes concernées). Cette maison est opérationnelle depuis le 30 mai 2002. Elle est ouverte les nuits de la semaine de 20H à 24H, les samedis, dimanches et jours fériés de 8H à 24H. Les modalités d'accès des patients à la maison médicale sont de préférence régulées par le centre 15 même si l'accès direct à la maison médicale est

toujours possible. Environ 30 médecins généralistes volontaires participent au tour de garde (sur environ 60 médecins de la zone potentiellement concernés).

La MMG de Lunel est un lieu dédié aux gardes de la médecine libérale. Cette maison médicale se situe dans les locaux d'une clinique et en face du commissariat de police. Elle fonctionne depuis le 17 mars 2003 les nuits de semaine de 20H à 8H du matin, les week-ends du samedi 12 H au lundi 8 h du matin, les jours fériés de 8 h à 20h. Plusieurs modalités d'accès des patients sont possibles : orientation par le centre 15 de préférence, accès direct à la MMG, envoi par un médecin. 7 médecins généralistes participent au tour de garde. D'autres pourraient rapidement rejoindre la maison médicale.

La MMG de Narbonne a ouvert ses portes le 1<sup>er</sup> mars 2004. Elle est ouverte en semaine de 19 h à 24 h et le week-end et les jours fériés de 8 h à 24 h.

Les différentes MMG présentent une grande hétérogénéité d'organisation et de fonctionnement.

La maison médicale est organisée dans la majeure partie des cas pour assurer des consultations uniquement la nuit, les week-ends et jours fériés mais peut également ouvrir la journée, comme c'est le cas par exemple à Gap. La maison médicale peut ajouter à cette mission de consultations l'organisation des visites à domicile (Laval ou Le Havre).

Le nombre de médecins participant au fonctionnement de la maison médicale varie de manière significative : de trois médecins (cas de MMG rurales) à deux cents médecins (Le Havre). La participation des médecins généralistes au tour de garde se fait généralement sur la base du volontariat. A Villefranche-sur-Saône, les médecins des secteurs concernés participent à titre obligatoire au fonctionnement de la maison médicale. A Reims, des kinésithérapeutes et des sages-femmes assurent également une présence dans la maison médicale.

L'investissement des collectivités territoriales est aussi très variable d'une MMG à l'autre. Certaines maisons ne fonctionnent que sur des fonds FAQSV, d'autres voient leurs locaux mis à disposition par la mairie ou le conseil général. La Dotation de Développement des Réseaux est aussi susceptible d'abonder le financement des MMG<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Cf. point 2.3.1 relatif au financement du projet biterrois.

S'agissant de la localisation des MMG, certains maisons sont implantées au sein même des établissements de santé, ce qui leur permet de bénéficier d'un accès simplifié au plateau technique, au contraire d'autres en sont éloignées. Ce choix s'opère en fonction des contingences locales (locaux disponibles à proximité des urgences de l'hôpital, degré d'implication de l'hôpital dans le projet). Les dispositions de la circulaire du 16 avril 2003 plaident pour une forte articulation ville/hôpital des MMG et promeuvent ainsi une localisation proche de l'hôpital. Certains projets adoptent toutefois la situation inverse afin d'éviter toute confusion entre MMG et urgences pour les patients.

La localisation de la MMG n'est pas neutre quant à la question des visites à domicile. Peu de maisons médicales organisent ce type de visites en complément de la présence d'un médecin dans la structure. La majorité considère en effet que la diminution voire la disparition des visites à domicile est l'un des objectifs justifiant la création de maisons médicales. En effet, les médecins estiment que si le patient n'est pas en mesure de se déplacer, une ambulance doit assurer leur transport vers un lieu de consultation et que si l'état de santé du patient est trop dégradé pour être déplacé, c'est le SMUR qui doit intervenir. Dans le cas contraire, le patient doit pouvoir se déplacer seul à la maison médicale. Cet objectif de diminution des visites implique de réfléchir à l'implantation de la maison pour qu'elle se situe dans un lieu proche des secteurs à couvrir.

#### B) Les premiers enseignements s'agissant des maisons médicales de garde (MMG)

Il est encore trop tôt pour tirer un bilan complet des premières années de fonctionnement des MMG. Les succès de certaines d'entre elles, ainsi que les difficultés que d'autres rencontrent, permettent toutefois d'esquisser certains points dont il convient de tenir compte pour l'élaboration de nouveaux projets.

La question de l'articulation entre la MMG et l'hôpital est une condition essentielle du bon fonctionnement de la permanence des soins sur le secteur.

Certains maisons soulignent ainsi les problèmes de concurrence entre les différentes structures d'offre de soins (maisons médicales, associations de médecin), et d'autre part, la difficulté de mettre en place des protocoles d'orientation des patients accueillis dans les

services d'urgences du fait de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, qui n'incitent pas ces derniers à diminuer leur flux de passages.

A Gap, le Dr AUNE, du service des urgences, souligne ainsi que *«la MMG est une bonne chose mais qu'il y a un manque certain de coordination entre nos deux structures»*. *«Entre l'hôpital et les médecins libéraux, la difficulté de collaborer est multifactorielle. Pourtant nous en avons besoin. Il faudrait qu'une régulation soit faite par le centre 15 et que les choses soient réglementées, qu'un médecin régulateur gère l'amont et l'aval des interventions»*.

La MMG de Macon se caractérise par une forte articulation avec l'hôpital. Les médecins de ville de Mâcon étant organisés en association, ils ont invité au premier semestre 2002 des hospitaliers, dont le président de la CME et le représentant des urgences, pour discuter des problèmes communs. Cette rencontre a finalement débouché sur l'ouverture, en mai 2003, d'une MMG. L'hôpital a proposé son ancienne conciergerie pour l'accueillir. La MMG se situe donc à proximité mais en dehors de l'hôpital et a ses entrées propres. Bien localisée et identifiée par la population mâconnaise, notamment grâce à une publicité passée dans la presse locale, elle reçoit les patients qui y viennent directement ou après y avoir été réorientés par le centre 15 ou les urgences. Ces derniers recommandent en effet aux usagers de se déplacer jusqu'à la maison médicale quand l'urgence n'est pas " trop urgente " et les flux de patients vers les urgences ont tendance à diminuer. L'hôpital a mis à disposition son personnel pour assurer l'accueil et le secrétariat de la maison médicale. Celle-ci est ainsi gérée par un personnel mixte et se révèle un exemple réussi de collaboration. Les médecins en sont à établir des protocoles communs, afin de déterminer quelles pathologies la MMG peut prendre en charge sans avoir besoin du plateau technique de l'hôpital.

L'importance de l'accès régulé à la permanence des soins a également été un élément mis en exergue dans le cadre des expériences en cours. Pour le Dr GRAVE, impliqué à la fois dans le SAMU et le Centre 15 bis du Pas-de-Calais, *«la régulation des appels vers les médecins de garde est la pierre angulaire de la permanence des soins et permet une optimisation des moyens»*. Elle devrait provoquer une diminution des recours injustifiés aux urgences et des appels provenant au Centre 15. Cette régulation libérale s'inscrit également selon lui dans une démarche plus globale qui inclut notamment une meilleure information du public sur les différents niveaux d'urgence et les services à contacter.

Le financement des MMG constitue un autre enjeu du fonctionnement de ces structures. Les participants au congrès de Grenoble de juin dernier ont ainsi fait valoir leur inquiétude sur l'absence de visibilité quant au fonctionnement futur des maisons médicales. La plupart des structures fonctionnent sur des fonds du FAQSV, non pérennes. Les participants regrettent l'absence d'interlocuteur unique sur ces questions et soulignent le renvoi systématique des responsabilités entre les caisses de sécurité sociale, l'Etat et les collectivités territoriales.

### **1.3.2 Une prise de conscience politique, traduite au plan réglementaire**

Les difficultés rencontrées par les services des urgences et les premières expériences en cours en matière de MMG ont suscité une prise de conscience politique. Celle-ci a abouti à certaines dispositions réglementaires et budgétaires favorisant les permanences des soins, notamment du point de vue de leur articulation entre le secteur ambulatoire et l'hôpital.

Le rapport sur la Permanence des soins du Sénateur Charles DESCOURS a constitué la base des orientations ministérielles préconisées par la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

#### A) Le rapport sur la permanence des soins du Sénateur Charles DESCOURS<sup>34</sup>

La mission présidée par le Sénateur DESCOURS, confiée par le Ministre de la Santé suite aux mouvements de grève de l'année 2001 avait pour objectif de préciser la notion de permanence des soins et de définir des solutions susceptibles d'être mises en œuvre pour garantir un égal accès aux soins pour les patients.

Le rapport remis le 22 janvier 2003 formule plusieurs recommandations élaborées par les représentants des professionnels qui s'articulent autour de 3 axes *«qui constituent les piliers de la permanence des soins : la participation à la garde et le volontariat, la régulation et la sectorisation»*.

---

<sup>34</sup> DESCOURS C, Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, janvier 2003.

Le rapport plaide en premier lieu pour une redéfinition de l'article 77 du Code de déontologie relatif à la participation des médecins à la permanence des soins intervenue dans le cadre du décret n° 2003-801 du 15 septembre 2003.

S'agissant de la régulation des appels, le rapport souligne l'importance de la centralisation par un numéro unique d'appel (le 15) ou, à défaut, en présence d'une régulation libérale autonome, l'interconnexion des deux centres de régulation. La participation des médecins libéraux eux-mêmes à la régulation des appels, rémunérés et formés à cet effet, constitue un objectif à poursuivre.

Enfin, s'il est reconnu que les maisons de garde peuvent effectivement répondre à certaines attentes de la population tout en sécurisant l'exercice des professionnels, il est souligné que l'organisation des médecins doit s'adapter aux situations locales et que le développement de ce type de formules est conditionné par des moyens financiers spécifiques pour ce type d'organisation, notamment des collectivités locales.

B) La circulaire du 16 avril 2003 : articuler permanence des soins de ville et services d'urgences

Lors du congrès annuel des urgentistes le 16 avril 2003, Jean-François MATTEI, alors Ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, a fixé les orientations retenues pour moderniser le dispositif de permanence des soins, suite au rapport remis par le Sénateur DESCOURS. Deux propositions ministérielles concernent plus directement l'articulation de la permanence des soins entre l'hôpital et la médecine de ville.

Le décloisonnement entre la permanence des soins ambulatoires et les services d'urgences doit intervenir par une plus forte centralisation des appels de permanence des soins, au mieux, dans les locaux du Centre-15. La présence de régulateurs libéraux travaillant ainsi aux côtés des médecins hospitaliers, permettant des basculements simples d'appels d'un côté comme de l'autre est encouragée.

Les pouvoirs publics se sont par ailleurs engagés à soutenir le développement des maisons médicales, notamment celles dont l'objet est de chercher à *« mieux adapter la réponse libérale, mais aussi de contribuer à une meilleure organisation des urgences, par*

*l'établissement de protocoles avec les services d'urgences et le SAMU. Des arbres décisionnels validés par tous, permettent d'orienter les patients qui se présentent à l'hôpital vers la maison médicale, et réciproquement*<sup>35</sup>«.

Ces orientations ont été mises en œuvre par la circulaire relative à la prise en charge des urgences adoptée le 16 avril 2003<sup>36</sup>. Celle-ci a pour objet de diffuser des «recommandations opérationnelles» dont les ARH et les services déconcentrés devront à brève échéance assurer la mise en œuvre pour assurer une meilleure organisation de la prise en charge des urgences. Cette circulaire s'accompagne d'annexes proposant des pistes et modalités d'organisation concernant l'ensemble de la chaîne des urgences, notamment en amont des services d'urgences hospitaliers.

Elle s'articule autour de deux principes fondamentaux : le décloisonnement des hommes et des structures, et la coordination de la prise en charge des urgences.

Le principe de décloisonnement entre la permanence des soins libérale et les services d'urgences hospitaliers est réaffirmé à travers une centralisation des appels concernant la permanence des soins au niveau des Centres 15 dans lesquels œuvreront côte à côte régulateurs publics et libéraux, et d'autre part par le développement des maisons médicales.

*Ainsi, «le soutien de l'ARH à une maison médicale est conditionné, d'une part, par la formalisation des engagements réciproques, par les représentants de la maison médicale et ceux du service des urgences, dans une convention définissant notamment les modalités de réorientation entre les deux structures et d'autre part, par la mise en place d'un dispositif d'évaluation de cette convention*<sup>37</sup>».

Les préconisations de cette circulaire ont été relayées localement. La régulation médicale commune et la recherche de coopérations et de complémentarité entre acteurs de la permanence des soins constituent les deux premiers objectifs de l'annexe opposable du schéma d'organisation du SMUR en Languedoc-Roussillon<sup>38</sup>.

---

<sup>35</sup> Discours de M. Jean-François MATTEI relatif au plan «Urgences», 30 septembre 2003.

<sup>36</sup> Circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

<sup>37</sup> Circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

<sup>38</sup> Annexe à l'arrêté portant organisation des SMUR en Languedoc Roussillon, septembre 2003.

La permanence des soins et les urgences en zone défavorisée ont par ailleurs constitué l'une des priorités retenues dans le cadre de l'appel aux projets de réseaux de santé formulé par l'ARH et l'URCAM pour 2004. Conformément aux orientations de la circulaire du 16 avril 2003, les projets susceptibles d'obtenir un financement par la dotation de développement aux réseaux (DDR) doivent s'organiser en équilibre entre la médecine de ville et la médecine hospitalière et être articulés sur une structure de soins d'ores et déjà existante.

Les nouvelles modalités d'organisation de la permanence de soins ont ainsi fait l'objet de dispositifs innovants des pouvoirs publics, calqués sur les expériences menées dans ce domaine.

\*\*\*

Différents facteurs nécessitent une réponse nouvelle à l'émergence d'un besoin de santé publique prégnant sur la zone de Béziers. La demande de soins non urgents évolutive, les limites de l'organisation actuelle de l'offre de soins et le contexte politique et réglementaire nécessitent à la fois l'élaboration d'un projet biterrois de permanence d'offre de soins.

La conjugaison de ces facteurs a conduit les acteurs locaux, notamment libéraux, à construire un projet en ce sens. Quelle place doit prendre l'hôpital public de Béziers dans ce dispositif ? Quelle structuration convient-il de donner à ce projet ? L'objet de la seconde partie de ce mémoire est de répondre à cette problématique. Celle-ci illustre une dimension essentielle du métier de directeur d'hôpital qui, en parallèle, des aspects «gestionnaire» du métier, est de manager des projets en matière d'offre de soins non spécifiquement circonscrits aux limites physiques de l'hôpital.



## **2 LE PROJET DE RESEAU DE PERMANENCE DES SOINS BEZIERS MEDITERRANEE : UNE ARTICULATION ETROITE ENTRE LA FUTURE MAISON MEDICALE DE GARDE ET LES URGENCES HOSPITALIERES**

Le projet de création d'une maison médicale de garde de médecine générale sur Béziers est évoqué depuis 1996 à l'initiative de certains professionnels libéraux du fait des difficultés rencontrées par la permanence libérale, des spécificités sociales et démographiques locales et de l'augmentation estivale de l'activité (saison touristique). Le Collège des Médecins généralistes de la Région Biterroise, l'association «COMERBI», est à l'initiative de ce projet.

Le Conseil de l'Ordre Départemental, réuni en décembre 2002, a chargé le président de l'association COMERBI d'élaborer un projet de constitution d'une maison médicale. Une commission des admissions et des hospitalisations non programmées a été en parallèle constituée au sein du centre hospitalier de Béziers avec un sous-groupe chargé plus particulièrement de l'organisation en amont des hospitalisations. Le projet de permanence de soins non programmés a fait l'objet de plusieurs réunions au cours du premier semestre 2004 au CHB afin de structurer le projet et d'obtenir les sources de financement nécessaires.

L'implication du centre hospitalier de Béziers dans le cadre de ce projet constitue une option stratégique de la direction de l'établissement dont une analyse est proposée dans un premier développement (point 2.1).

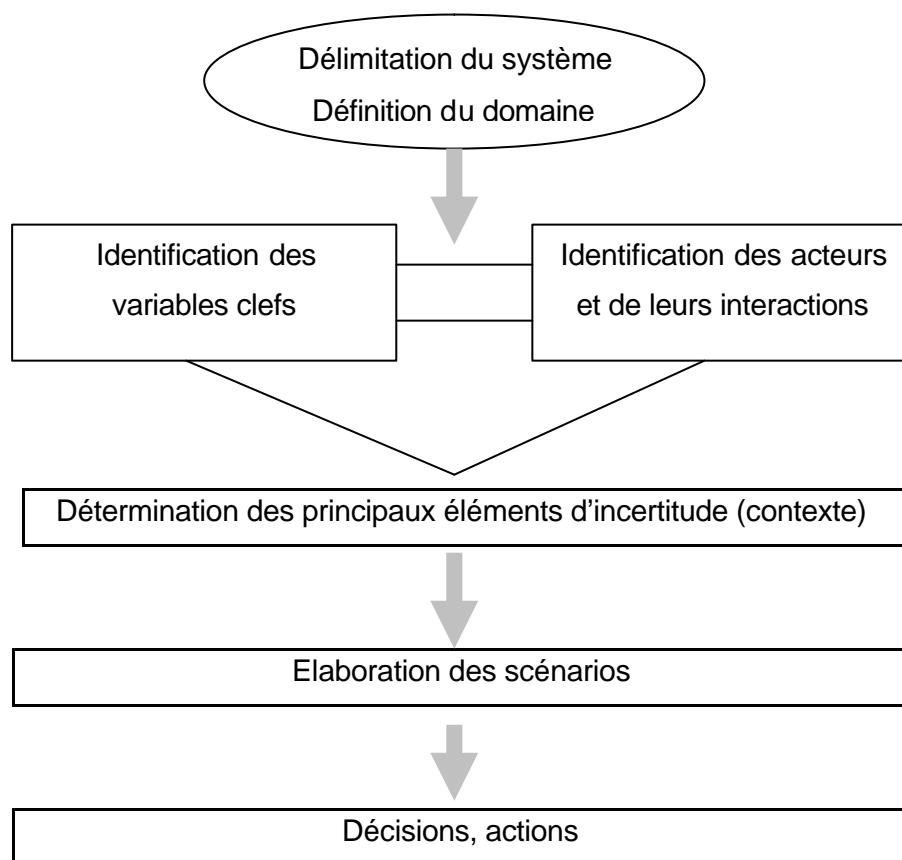
La structuration du projet sous la forme d'un réseau de santé (point 2.2) permet de coordonner l'intervention de divers acteurs de santé dans le cadre d'une prise en charge spécifique de soins.

Le point 2.3 soulignera enfin les modalités de mise en œuvre opérationnelle de ce projet, notamment du point de son financement et de son évaluation.

## 2.1 L'implication stratégique du Centre Hospitalier de Béziers dans le projet de maison médicale de garde

L'implication du Centre hospitalier permet au fond de répondre à un besoin identifié de santé publique. Elle relève aussi d'une option stratégique de l'établissement. L'objet de cette première sous-partie est d'expliciter ce positionnement stratégique à partir de la méthodologie de la prospective et des scénarios.

Les grandes étapes de cette méthode peuvent être schématisées comme suit :



La délimitation du système et la définition du domaine ont été abordées dans la première partie de ce travail qui souligne les évolutions de la demande et de l'offre de soins non programmés, ainsi que le cadre politique et juridique de la permanence des soins.

L'objet du point 2.1.1, conformément à la méthodologie schématisée ci-dessus, est d'identifier les variables clefs, les interactions entre acteurs et les principaux éléments d'incertitude. Ce travail permettra ensuite d'élaborer différents scénarios (point 2.1.2).

## 2.1.1 Variables clefs, interactions entre acteurs et principaux éléments d'incertitudes du projet de permanence des soins

### A) Maison médicale et coordination ville/hôpital, variables clefs du système

Les variables du système sont les éléments susceptibles d'influer sur l'organisation de la permanence des soins sur le Biterrois. Ces variables sont externes (éléments externes au CHB susceptibles d'influer sur la permanence des soins) ou internes (éléments internes au CHB susceptibles d'influer sur l'évolution de la permanence des soins).

Huit variables ont été retenues en fonction de leur influence potentielle sur l'organisation de la permanence des soins sur le Biterrois. La colonne de droite donne une illustration de l'influence - à mesurer - que peut présenter la variable en cause sur le système de la permanence des soins :

Dénomination des variables	Commentaires / Illustrations
<b>Variables externes AU CHB</b>	
Orientations nationales et régionales en matière de permanence des soins	Ces éléments ont notamment été décrit au point 1.3.2. La circulaire du 16 avril 2003 plaide pour une forte articulation ville/hôpital dans la permanence des soins.
Evolution de la demande de soins non programmés	Cf. point 1.1. La croissance de la demande de soins non programmés nécessite une adaptation de l'offre de soins.
Organisation de la garde des médecins libéraux	Les difficultés d'organisation de la garde des médecins libéraux peuvent augmenter l'orientation de patients vers le SAU.
Création d'une maison médicale de garde par les médecins libéraux	La création d'une telle structure est un élément favorisant une meilleure organisation de la permanence des soins.
<b>Variables internes AU CHB (SAU dans la plupart des cas)</b>	
Qualité de la prise en charge des patients dans le service des urgences	Organisation interne, motivation personnelle, attentes... Cette qualité de la prise en charge aux urgences influe sur le volume d'activité.
Moyens budgétaires alloués au SAU	Ils influent sur la qualité de prise en charge. Dans le cadre de la T2A, ils varient en partie en fonction de l'activité.
Image des urgences du CHB auprès de la population	Varie en fonction de la qualité, influe sur le niveau d'activité.
Articulation SAU/médecine libérale pour l'organisation de la permanence des soins	Une bonne coordination favorise la qualité de la permanence des soins.

La matrice des degrés d'influences réciproques des variables prises deux à deux permet de déterminer les variables clefs de la permanence des soins. L'objectif de cette matrice (dont les résultats sont présentés page suivante) est de repérer les variables les plus motrices ou les plus influentes sur le système et, à l'inverse, celles qui sont les plus dépendantes ou les plus influencées.

Pour chaque variable est affecté un coefficient numérique compris entre 0 et 3 en fonction du degré d'influence qu'elle présente sur chacune des autres variables :

- 0 : aucune influence
- 1 : faible influence
- 2 : influence moyenne
- 3 : influence forte

Par exemple, la lecture de l'avant dernière ligne relative à l'articulation SAU/médecine libérale pour l'organisation de la permanence des soins peut être la suivante :

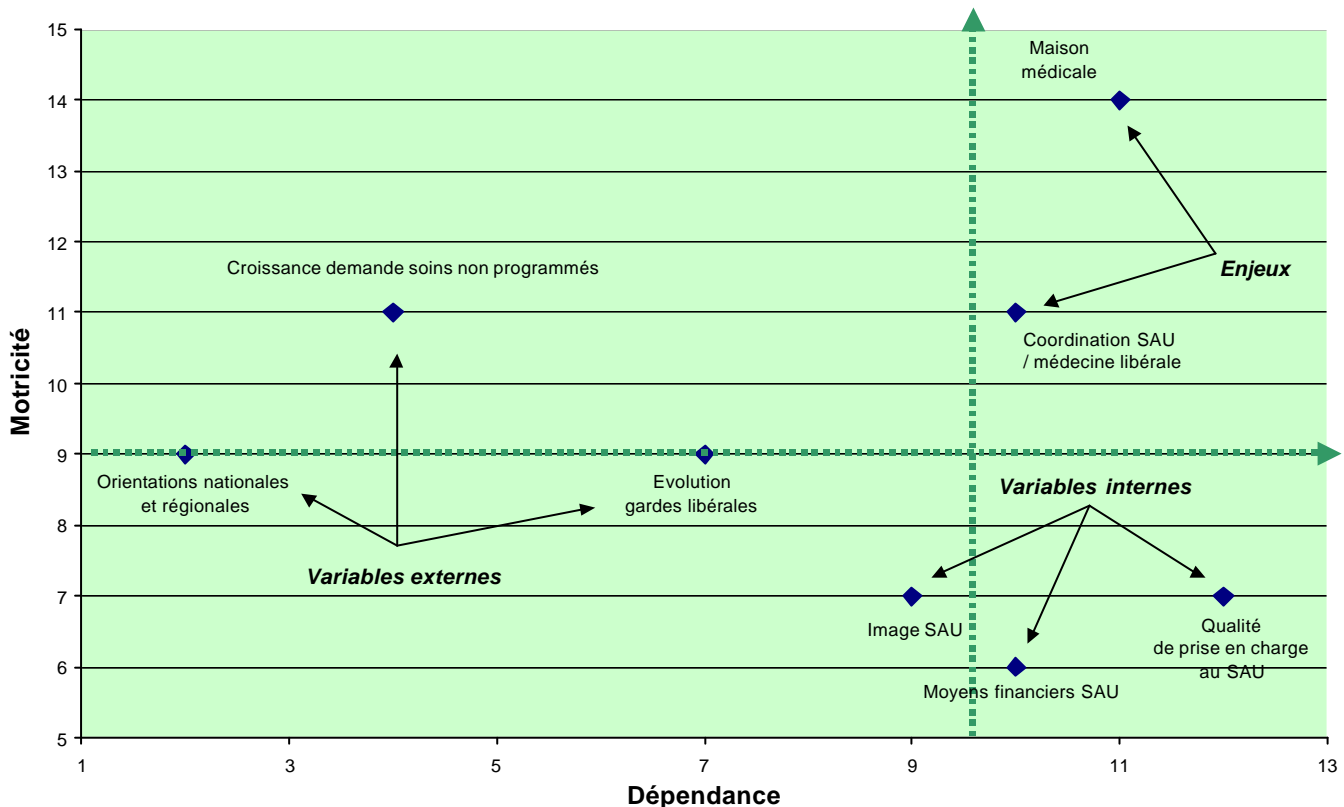
- Cette articulation n'a pas d'influence sur les orientations nationales et régionales (0) ;
- Elle n'a pas d'influence sur le volume de demande de soins non programmés (0) ;
- Cette articulation a une influence moyenne sur l'organisation de la garde médicale : une bonne coordination entre la ville et l'hôpital peut en effet remédier aux dysfonctionnements des gardes libérales (2) ;
- Une bonne articulation ville/hôpital influe grandement sur la création ou non d'une MMG (3) ;
- Enfin, une bonne articulation ville/hôpital permet une meilleure qualité de la prise en charge aux urgences (2), de nouveaux moyens budgétaires pour les urgences (2), et influe de manière positive sur l'image du SAU auprès de la population (2).

Le même type d'analyse est mené pour chaque variable afin de renseigner la matrice ci-dessous :

	Orientations nationales et régionales	Evolution de la demande de soins	Garde des médecins libéraux	Création d'une MMG	Qualité de prise en charge SAU	Moyens budgétaires SAU	Image SAU	Articulation SAU/médecine libérale	<b>Total motricité</b>
Orientations nationales et régionales		0	2	2	1	2	0	2	<b>9</b>
Evolution de la demande de soins	1		1	2	2	3	1	1	<b>11</b>
Garde des médecins libéraux	0	1		3	2	0	0	3	<b>9</b>
Création d'une MMG	0	1	3		3	2	2	3	<b>14</b>
Qualité de prise en charge SAU	1	1	0	1		1	2	1	<b>7</b>
Moyens budgétaires SAU	0	0	0	0	3		2	1	<b>6</b>
Image SAU	0	1	1	2	0	2		1	<b>7</b>
Articulation SAU/médecine libérale	0	0	2	3	2	2	2		<b>11</b>
<b>Total dépendance</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>10</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	

L'addition de chacun de ces coefficients permet de faire apparaître le degré de motricité (dernière colonne du tableau) et le degré de dépendance (dernière ligne du tableau) de chacune des variables de la permanence des soins. Les relations d'influence réciproques entre variables sont représentées dans le graphique ci-dessous (dépendance en abscisse, motricité en ordonnée) :

**Représentation des relations d'influence réciproques entre variables**



Les axes en pointillés correspondent à la valeur médiane «dépendance» et «motricité» et permettent ainsi de dégager trois groupes de variables :

- Les variables externes (orientations nationales et régionales, évolution des gardes libérales, croissance de la demande de soins non programmés) : ces variables sont les plus faiblement dépendantes du système et sont moyennement motrices. Ces éléments auront donc tendance à influencer sur l'organisation de la permanence des soins mais, à l'inverse, ne dépendent qu'à la marge des options stratégiques prises localement.

- Les variables internes (image, qualité de la prise en charge et moyens alloués au SAU) : ces variables sont fortement dépendantes des options prises en matière de permanence des soins, mais ne sont que très faiblement motrices : elles ne constituent donc pas en l'espèce un enjeu stratégique.
- La création d'une maison médicale de garde (variable externe) et la recherche d'une meilleure articulation entre le service des urgences et la médecine de ville (variable interne) sont à la fois fortement dépendantes des acteurs de la permanence des soins et fortement motrices à l'égard des autres variables. Elles constituent donc de ce fait l'enjeu stratégique des évolutions futures de la permanence des soins.

## B) Interactions entre acteurs de la permanence des soins

L'objet de ce développement est d'identifier les principaux acteurs impliqués dans le projet de réseau de permanence des soins non programmés, d'appréhender leur stratégie et de mesurer leur degré d'influence les uns par rapport aux autres.

Les principaux acteurs du projet sont :

- La direction du CHB ;
- Les médecins et les soignants du service des urgences de l'hôpital : un manque d'adhésion au projet voire une opposition à celui-ci est susceptible de compromettre fortement la mise en œuvre d'une permanence des soins coordonnée, comme cela a par exemple pu être le cas à l'AP-HM ;
- Les médecins libéraux, rassemblés dans l'association COMERBI, comprenant les initiateurs du projet ;
- Les tutelles (ARH et l'URCAM) susceptibles d'intervenir pour le financement du projet dans le cadre notamment de la DDR ou du FAQSV ;
- Les patients et les usagers.

Le tableau des acteurs pages suivantes liste pour chaque acteur concerné les buts, moyens et difficultés rencontrées par rapport au projet de permanence des soins (diagonale du tableau). Il permet ensuite d'étudier les relations des acteurs pris deux à deux et de faire ainsi apparaître les convergences et divergences quant aux buts et le degré d'influence de chacun des acteurs (la variable dans la colonne influe sur celle de la ligne).

	<b>Tutelles (ARH/URCAM)</b>	<b>Direction CHB</b>	<b>Médecins/soignants SAU CHB</b>	<b>Médecins libéraux Association COMERBI</b>	<b>Patients/Usagers</b>
<b>Tutelles (ARH / URCAM/ FAQSV)</b>	<p><u>Buts</u> : Rationalisation de la permanence des soins, sécurité des populations, incitation à la constitution de réseaux</p> <p><u>Moyens</u> : allocations de ressources</p> <p><u>Difficultés</u> : -</p>	<p>Dominantes par rapport aux moyens financiers alloués</p> <p>Convergence : qualité des soins</p> <p>Divergence : moyens d'adaptation de l'offre de soins non urgents (potentiellement), priorités régionales</p>	<p>Dominantes par rapport aux moyens financiers alloués</p> <p>Convergence : qualité des soins</p> <p>Divergence : moyens d'adaptation de l'offre de soins non urgents ; influence perçue comme indirecte par les équipes soignantes</p>	<p>Dominantes par rapport aux moyens financiers alloués</p> <p>Convergence : qualité des soins</p> <p>Divergence : moyens d'adaptation de l'offre de soins non urgents (potentiellement), priorités régionales</p>	<p>Pas d'influence</p> <p>Convergence : qualité des soins non programmés</p>
<b>Direction CHB</b>	<p>Dépend des tutelles (allocations budgétaires des tutelles)</p> <p>Convergence sur les buts</p> <p>Divergence potentielle sur les modalités de mise en œuvre de la permanence des soins</p>	<p><u>Buts</u> : <i>Activité conforme à l'objet du SAU, qualité des soins du SAU, adaptation à la croissance de la demande soins non programmés</i></p> <p><u>Moyens</u> : <i>Formation des personnels hospitaliers, allocation interne de moyens, engagements coopération extérieure</i></p> <p><u>Difficultés</u> : <i>moyens budgétaires limités</i></p>	<p>Dominante (organisation interne de l'établissement, politique externe de coopération)</p> <p>Moyens d'actions : allocation budgétaire en interne</p> <p>Convergence sur les buts</p> <p>Divergence potentielle sur les modalités de répartition interne des moyens et la politique de coopération</p>	<p>Dominante quant aux moyens logistiques et organisationnels susceptibles d'être mis à la disposition des médecins libéraux pour mettre en œuvre le projet de maison médicale</p> <p>En revanche, pas d'influence directe sur l'activité des médecins libéraux et leurs motivations</p> <p>Convergence quant aux buts</p>	<p>Pas ou peu d'influence (Pression indirecte compte tenu de l'augmentation de la fréquentation du SAU)</p> <p>Convergence : qualité des soins</p> <p>Divergence éventuelle sur les modalités d'organisation de l'offre de soins (préférence pour le service des urgences par rapport aux gardes libérales?)</p>



	Tutelles (ARH/URCAM)	Direction CHB	Médecins/soignants SAU CHB	Médecins libéraux Association COMERBI	Patients/Usagers
<b>Médecins / soignants SAU CHB</b>	Dépendent des tutelles par l'intermédiaire de la direction de l'établissement  Convergence sur les buts  Divergence potentielle sur les modalités de mise en œuvre de la permanence des soins	Dépendants de la direction  Convergence sur les buts, si le projet ne remet pas frontalement en cause l'organisation du SAU (divergence potentielle sur les moyens d'action)	<u>Buts</u> : <i>Activité conforme à l'objet du SAU, qualité, sécurité des soins</i>  <u>Moyens</u> : <i>Projet de service, relations personnelles avec le secteur libéral</i>  <u>Difficultés</u> : <i>moyens limités, réticence perte identité/décroissance d'activité</i>	Faible interaction si ce n'est à travers lins inter-personnelles	Pas ou peu d'influence
<b>Médecins libéraux, association COMERBI</b>	Dépendants des tutelles par rapport au financement ou du projet  Libre dans l'exercice classique de l'activité libérale  Convergence sur les buts (permanence soins)  Divergence potentielle sur les modalités de mise en œuvre	Dépendants pour la structuration du projet et le soutien logistique de l'hôpital pour sa mise en œuvre opérationnelle du projet de MMG  Convergence globale quant au but  Divergence potentielle sur les modalités de mise en œuvre du projet	Pas d'influence si ce n'est liens interpersonnels  Convergence globale quant aux objectifs  Divergence possible quant à leur mise en œuvre, concurrence à terme possible SAU/MMG	<u>Buts</u> : <i>Activité de soins non programmés conformes médecine libérale, confort et sécurité des soins urgents, maison médicale</i>  <u>Moyens</u> : <i>Regroupement activité</i>  <u>Difficultés</u> : <i>moyens très faibles, fédérer l'ensemble des médecins libéraux</i>	Peu d'influence  Convergence quant aux buts (existence d'une permanence libérale)
<b>Patients / Usagers</b>	Pas ou peu d'influence des tutelles	Pas ou peu d'influence  Convergence d'objectifs  Pression indirecte compte tenu de l'augmentation de la fréquentation du SAU	Convergence d'objectifs  Pression indirecte compte tenu de l'augmentation de la fréquentation du SAU	Peu d'influence  Convergence quant aux buts (existence d'une permanence libérale)	<u>Buts</u> : <i>prise en charge optimale des soins non programmés,</i>  <u>Moyens</u> : <i>présence au conseil d'administration du CHB</i>

Cet exercice permet de tirer deux séries de conclusions.

Il fait d'une part apparaître une «convergence de vue» entre les acteurs pour une rationalisation de l'offre de soins en matière de permanence des soins (de manière unanime) afin que chacun puisse à nouveau assurer les missions qui lui sont propres (activité conforme à l'objet du SAU pour le Centre Hospitalier, permanence libérale opérationnelle et sécurisée via l'instauration d'une MMG pour la médecine de ville). Une convergence de ces objectifs apparaît ainsi via la recherche d'une plus grande coordination des urgences hospitalières et de la médecine de ville. Le réseau, dont le développement est a priori soutenu par les tutelles, peut apporter la coordination recherchée par l'ensemble des acteurs.

Le tableau des acteurs permet d'autre part de déterminer les acteurs influents du système. Il s'agit en premier lieu des tutelles, dominantes eu égard à l'allocation de moyens budgétaires permettant la concrétisation ou non du projet de réseau visant à restructurer la permanence des soins sur le Biterrois. Il s'agit ensuite de la direction du CHB. Celle-ci dépend certes des tutelles quant à l'allocation des moyens mais est en position de force à l'égard des médecins libéraux. Ces derniers dépendent en effet d'elle pour la structuration du projet de MMG et sa mise en œuvre opérationnelle, alors même que la MMG constitue initialement une initiative de l'association des médecins généralistes.

#### C) Principaux éléments d'incertitude (contexte)

Cette étape a pour but, à partir des variables clefs et des interactions entre acteurs, de rappeler les éléments de contexte à prendre en compte pour l'élaboration des scénarios. Ces éléments de contexte présentent un degré divers d'incertitude : ils peuvent être invariants (phénomène supposé permanent), relever d'une tendance lourde (mouvement affectant le phénomène sur longue période) ou «en germe» (signe infime aujourd'hui aux conséquences potentiellement importantes demain).

##### a) *Les éléments de contexte invariants : l'importance stratégique du SAU pour le CH de Béziers*

Le SAU revêt classiquement une importance stratégique compte tenu de la «valeur» ou de «l'attrait» de l'activité considérée qui peuvent être appréciés selon une batterie de critères.

Le service présente une augmentation régulière et soutenue de sa fréquentation conforme aux tendances nationales (cf. point 1.1) qui devrait se maintenir à l'avenir. L'espérance de vie de cette activité est quasi illimitée, le CH de Béziers étant seul siège du SAU sur son territoire de santé (Hérault Ouest). Les urgences de l'hôpital sont déterminantes pour l'image externe de l'hôpital. Celui-ci est en effet souvent perçu par la population uniquement à travers ce service.

Il constitue un apport budgétaire significatif à la fois en fonction de l'activité produite mais également «hors dotation». Les urgences dans le cadre de la nouvelle tarification font en effet l'objet d'un financement mixte : forfait annuel, évalué en fonction de l'activité des années précédentes, un tarif par passage, national, quel que soit le type de prise en charge, non cumulable avec la facturation d'un GHS (non facturation des passages suivis d'une hospitalisation) et possibilité d'un complément de ressources versé au titre des enveloppes MIGAC. Il convient également de noter sur le plan financier que cette activité présente des coûts variables de fonctionnement assez faibles compte tenu des contraintes réglementaires qui pèsent sur elle. Le risque d'augmentation des dépenses du service en cas de croissance d'activité est donc faible.

En interne, le service des urgences s'avère également stratégique dans la mesure où cette activité est fortement imbriquée avec les autres prestations assurées par l'hôpital non seulement quant à l'interdépendance avec d'autres services (25% des hospitalisations proviennent des urgences) mais également quant au partage des équipements médico-techniques.

Le service des urgences présente enfin un haut potentiel de coopération externe comme le démontre le projet de réseau de permanence des soins.

*b) Les tendances lourdes*

### **La mise en œuvre de la tarification à l'activité**

Il doit être tenu compte de ce nouvel élément de contexte pour déterminer quelle stratégie doit être retenue par l'établissement.

Une première analyse consisterait à souligner que la création d'une MMG à proximité de l'hôpital est de nature à limiter l'activité de l'établissement et ses ressources budgétaires. Ce point de vue a parfois justifié la réticence de certains personnels soignants lors de la création de MMG à proximité d'autres hôpitaux (CH de Narbonne, AP-HM).

Telles ne sont pas les conclusions retenues en interne :

- Comme indiqué dans le point précédent, les ressources et les dépenses imputables au service des urgences ne varient pas qu'en fonction de l'activité.
- La mise en place de la T2A et le financement potentiel des urgences par des ressources MIGAC va inciter les tutelles à mieux délimiter le périmètre des urgences dans les hôpitaux. L'ARH Languedoc-Roussillon a ainsi d'ores et déjà indiqué que les «urgences pédiatriques» seraient à l'avenir assimilées à de simples consultations (certes non programmées) de pédiatrie.
- Il a été constaté dans d'autres établissements que la diminution du volume d'activité aux urgences n'atteint pas des proportions significatives compte tenu des horaires d'ouverture de la permanence libérale et des pathologies prises en charge par la MMG (-1,6% sur les six premiers mois de fonctionnement par exemple pour la MMG de Narbonne). Elle permet en revanche d'accroître la qualité des prestations assurées aux urgences et la motivation des équipes assurant des missions correspondant davantage à la vocation d'un SAU.

### **Réorganisation de la médecine libérale**

Cette réorganisation devra inévitablement s'opérer à court-moyen terme compte tenu des perspectives en matière de démographie médicale développées au point 1.2.1. Cette nécessaire réorganisation concernera en premier lieu les questions de permanence de soins.

### **Augmentation de la demande de soins non programmée**

Elle constitue un mouvement affectant la problématique de permanence des soins sur longue période (cf. point 1.1.1).

c) *Les éléments «en germe»*

Deux éléments, certes non significatifs à ce stade, mais susceptibles de présenter des conséquences importantes à l'avenir doivent être pris en compte.

**Structurellement, le développement des réseaux de santé**

Le contexte actuel est propice au développement des réseaux de santé. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a renouvelé leur cadre juridique et la loi de financement de la sécurité sociale de 2002 leurs modalités de financement. Les établissements publics de santé peuvent désormais participer aux réseaux de ville, ce qui devrait à la fois renforcer l'efficacité et l'envergure des réseaux (accès des professionnels membres du réseau au plateau technique et aux équipements lourds d'un établissement) et favoriser le décloisonnement des secteurs hospitalier et ambulatoire.

Ce développement attendu des réseaux de santé doit également être replacé dans le cadre des perspectives de réorganisation de la médecine libérale qui favorisera «naturellement» la recherche de meilleures synergies avec les structures hospitalières.

**Conjoncturellement, le développement potentiel d'une concurrence en matière de soins non programmés**

L'activité du service des urgences du CH de Béziers est aujourd'hui globalement protégée dans la mesure où l'établissement est le seul à bénéficier d'une autorisation SAU sur le Biterrois.

Pour autant, la clinique Saint Privat de Béziers, qui dispose d'un UPATOU, a projeté de s'installer à l'horizon 2007/2008 dans des locaux neufs plus spacieux et plus adaptés, ce qui pourrait être de nature à augmenter l'activité de son UPATOU. Ce projet pourrait conduire à modifier les perspectives de réorganisation de la permanence des soins.

\*\*\*

En résumé, la détermination des variables clefs du devenir de la permanence des soins, l'analyse des relations entre acteurs et la description des éléments d'incertitude conduisent à tenir compte des éléments suivants pour l'élaboration des scénarios :

- La constitution d'une maison médicale articulée avec le service des urgences constitue la variable clef. Celle-ci est en effet motrice pour le devenir des urgences du Centre Hospitalier.
- A l'inverse, l'implication du Centre hospitalier est déterminante pour la réalisation du projet (facteur «dépendance» de la variable et analyse des acteurs).
- Différents éléments de contexte plaident eux aussi pour une implication de l'hôpital dans le projet de réseau. Celui-ci conforterait la pérennité du service des urgences, y compris dans le nouveau contexte de la T2A.
- Ce projet s'inscrit dans le cadre de la nécessaire réorganisation de la médecine de ville et dans la perspective de développement des réseaux de santé qui est soutenu par les tutelles notamment dans le domaine de la permanence des soins.

### **2.1.2 Trois scénarios pour l'hôpital**

La méthode prospective consiste à élaborer les scénarios les plus probables pour l'hôpital reposant sur les hypothèses formulées au point précédent.

Il est possible classiquement de distinguer :

- un scénario tendanciel, qui correspond à la situation la plus probable aujourd'hui en projetant les données constatées aujourd'hui et en l'absence de positionnement volontariste des acteurs (point A),
- un scénario de rupture, qui correspond à la une situation peu probable aujourd'hui mais non invraisemblable (point B),

- un scénario volontariste, dont il convient d'apprécier la faisabilité compte tenu de la situation actuelle (point C).

A) Le scénario tendanciel : absence de concrétisation du projet de MMG

a) *Hypothèses*

Ce scénario repose sur la projection du fonctionnement actuel de la permanence des soins en l'absence de modification majeure dans son organisation.

Ce statu quo pourrait être la conséquence de l'absence de financement du projet de réseau de permanence des soins par les tutelles ou de la désaffectation de l'un des acteurs du projet.

Certes, le tableau des acteurs a montré une convergence de vue pour la constitution d'une maison médicale. Cette convergence unanime est nécessaire pour la réalisation du projet. Or, il ne peut être exclu que l'un des acteurs remette en cause son soutien au projet. A titre d'exemple, la mobilisation des médecins généralistes par l'association COMERBI pourrait s'avérer difficile à entretenir, devant la difficulté d'obtenir un financement pérenne.

b) *Conséquences*

La projection des pratiques actuelles aboutit à l'absence de concrétisation du projet de maison médicale. L'organisation déficiente des gardes libérales persiste.

Ce scénario contribue à une augmentation de l'activité aux urgences du CH de Béziers et risque d'aboutir à une diminution de la qualité de prise en charge dans ce service (augmentation de l'attente, organisation du service non adaptée à la demande relevant de la CCMU 1), une désorganisation des flux internes au sein de l'hôpital.

Un tel scénario serait préjudiciable à l'hôpital et plaide pour son implication dans le projet de MMG.

B) Le scénario de rupture : une réorganisation interne de l'hôpital, indépendante du projet de MMG

a) *Hypothèses*

Constatant les dysfonctionnements actuels de la permanence des soins et les perspectives de croissance de la demande de soins non programmés, l'hôpital opte pour une adaptation de son offre de soins indépendamment de toute coopération externe. Cette adaptation pourrait par exemple intervenir par le renforcement des consultations non programmées telles qu'elles existent par exemple en pédiatrie au CHB. Une fonction d'orientation à l'accueil des urgences permettrait de diriger les patients vers ces consultations non programmés quand leur état le permet. L'hôpital pourrait ainsi «capter» une part croissante d'activité en matière de soins non urgents, mais qui ne correspond pas à sa vocation.

b) *Conséquences*

Ce positionnement de l'hôpital remettrait probablement en cause le projet de MMG à court terme. D'importantes mesures de réorganisation interne seraient nécessaires pour juguler le flux croissant de patients aux urgences et maintenir la qualité de sa prise en charge.

A moyen terme, le projet de MMG pourrait toutefois se réaliser indépendamment de l'hôpital. L'association COMERBI pourrait en effet trouver d'autres partenaires institutionnels (mairie, conseil régional,...). Un rapprochement stratégique de la médecine de ville et de la Clinique Saint Privat, UPATOU, pourrait également intervenir, notamment dans la perspective à trois ans de l'installation de cette clinique dans de nouveaux locaux qui pourraient accueillir la MMG à toute proximité.

Le choix du scénario de rupture présenterait donc de forts risques à court et moyen terme pour le Centre Hospitalier.



C) Promouvoir le scénario volontariste : l'engagement de l'hôpital dans le projet de MMG

a) *Hypothèses*

Le CH de Béziers s'engage aux côtés des médecins généralistes pour la création de la MMG. Il contribue à la structuration du dossier, l'obtention de financement pérenne et met à disposition les moyens humains et logistiques pour le bon fonctionnement de la maison médicale.

Ce schéma permet d'interconnecter le SAU et la maison médicale en installant celle-ci à proximité des urgences. Un patient se présentant spontanément «aux urgences» pourra ainsi être réorienter d'une structure à l'autre en fonction de son état.

Ce schéma s'inscrit dans la perspective de développement des réseaux de santé qui est soutenu par les tutelles dans le domaine de la permanence des soins notamment.

b) *Conséquences*

En premier lieu, l'implication de l'hôpital permettrait de répondre de la manière la plus indiquée à l'augmentation tendancielle de la demande de soins non programmés et aux limites inhérentes à l'organisation de la médecine de ville.

Elle favoriserait en retour la qualité de prise en charge des urgences dont l'activité serait davantage conforme à la vocation première d'un SAU (patients dont l'état n'est pas jugée stable ou qui nécessite le recours à un plateau technique).

Cette option stratégique de l'hôpital permet enfin de «fixer» la future activité de la MMG à proximité de l'hôpital et de se prémunir ainsi d'éventuels développements de la concurrence en matière de soins non programmés.

\*\*\*

Cette analyse confirme que l'intérêt stratégique de l'hôpital est de s'impliquer activement dans le projet de maison médicale présenté par les médecins généralistes. Le cadre du réseau de santé constitue le support organisationnel et juridique idoine pour matérialiser l'implication du Centre Hospitalier et coordonner à l'avenir les activités du SAU et de la MMG.

Les développements suivants présentent les modalités de structuration du projet de «réseau de permanence des soins non programmés Béziers-Méditerranée» (point 2.2) et de mise en œuvre opérationnelle (point 2.3).

## 2.2 Le projet de réseau de permanence des soins

### 2.2.1 La structuration générale du projet sous la forme d'un réseau de santé

- A) Le concept de réseau de santé est bien adapté à la notion de permanence des soins

Le contexte actuel est particulièrement propice au développement des réseaux de santé. En effet, différentes mesures ont été prises pour renforcer leur efficacité. La mise en place de réseaux de santé multiprofessionnels et à thématique géographique doit permettre d'éviter cet écueil. C'est pourquoi la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a rénové leur cadre juridique et la loi de financement de la sécurité sociale de 2002 leurs modalités de financement.

La loi du 4 mars 2002 introduit l'article 6321-1 dans le Code de la santé publique qui établit la base juridique des «réseaux de santé». Les réseaux reçoivent ainsi une définition unique, quel que soit leur promoteur (ville ou hôpital). Selon l'article précité, les réseaux de santé ont pour objet *«de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires»*. En outre, la loi du 4 mars 2002 ajoute qu'ils *«assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation de la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations»*. Surtout, *«ils sont constitués entre des professionnels de santé libéraux, des établissements de santé, des institutions sociales et médico-sociales ou des organismes à vocation sanitaire et sociale»*. Les établissements publics de santé peuvent désormais participer aux réseaux de ville, ce qui devrait à la fois renforcer l'efficacité et l'envergure des réseaux (accès des professionnels membres du réseau au plateau technique et aux équipements lourds d'un établissement) et favoriser le décroisement des secteurs hospitalier et ambulatoire.

A l'heure actuelle, la notion de réseau évoque davantage la prise en charge coordonnée d'un type de «*pathologie*» que d'une aire géographique. Les réseaux les plus développés ont en effet trait à la dialyse, à la périnatalité, à la cancérologie ainsi qu'aux soins palliatifs. Néanmoins, ces deux aspects ne sont pas exclusifs l'un de l'autre, et l'objectif affiché est aujourd'hui de favoriser l'émergence de réseaux «*généraux*», interdisciplinaires et inter-institutionnels, à dominante géographique. L'article D. 766-1-2 alinéa 1 du Code de la santé publique encadre ainsi la création et le fonctionnement de ces réseaux en introduisant un critère de pertinence territorial et épidémiologique. Ainsi les réseaux de santé «*doivent répondre à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social*».

De son côté, la CNAMTS souligne la notion d'«*opportunité*» du réseau dont la «*vocation implique qu'il s'appuie sur l'offre de soins existante dont il doit combler le déficit en terme d'offre proprement dite ou d'organisation*». Il faut donc à tout prix éviter que les réseaux se surajoutent à une offre existante. Le but est bien de parvenir à une meilleure organisation à partir de l'existant, donc à moyens constants dans les zones en voie de désertification médicale. Rationalisation et efficience doivent guider la création des réseaux en plus de l'impératif de qualité.

En outre, la CNAMTS ajoute le critère de participation du réseau au décloisonnement de l'offre de soins entre ville et hôpital, sanitaire et médico-social, médecins et infirmières.

Dans cet esprit, afin d'améliorer la réponse à la permanence des soins ambulatoires, le développement de maisons de santé et de garde incluant non seulement des médecins mais aussi d'autres professionnels de santé est souhaitable. Elles doivent procéder aussi et à la fois d'une logique d'intégration - la réunion des professionnels dans un même lieu – et d'une logique de coordination, ces deux logiques se complétant. De fait, le projet biterrois prévoit que la maison médicale sera créée au sein de locaux de l'hôpital, mis à disposition par celui-ci à toute proximité et en liaison directe avec le service des urgences de l'hôpital afin d'assurer une continuité de la prise en charge des patients.

S'agissant de la structuration juridique du réseau, les documents suivants présentés en annexe, conformément aux dispositions du code de la santé publique<sup>39</sup>, ont été établis :

---

<sup>39</sup> Articles D. 766-1-4 et suivants du code de la santé publique.

- la convention constitutive du réseau (signée par le ou les promoteurs et autres membres),
- la charte des usagers du réseau (cosignée par chacun des membres du réseau),
- le document d'information des patients.

La structuration sous la forme d'un réseau de santé permet enfin de rendre éligible ce projet à la dotation de développement aux réseaux (cf. point 2.3.1 relatif au financement du réseau).

## B) Les acteurs et l'architecture du réseau de permanence des soins Béziers Méditerranée

### a) *Les acteurs concernés par le réseau de permanence des soins*

Il s'agit en premier lieu des professionnels de santé libéraux de la zone géographique d'intervention du réseau qui interviennent volontairement, dans le respect du règlement intérieur de la maison médicale préalablement établi. Environ 70 médecins ont manifesté leur volonté de participer au tour de garde dans le cadre de la future maison médicale. L'implication des médecins généralistes est formalisée sous la forme d'un acte d'engagement.

Les établissements de santé suivants constituent la deuxième catégorie des partenaires du réseau : le Centre Hospitalier de Béziers (SAU) et la Polyclinique Saint Privat (UPATOU).

Les autres professionnels, fonction support de la maison médicale (personnel assurant les fonctions de sécurité des lieux, charges administratives, l'accueil, le secrétariat médical, le standard téléphonique, l'entretien et la gestion de la structure) contribuent au fonctionnement opérationnel du réseau.

Les usagers sont enfin partie prenante au réseau de par leur représentation au comité de pilotage de cette instance.

b) *L'architecture générale du réseau*

La coordination du réseau est conjointement assurée par le comité de pilotage et le médecin coordinateur.

Un comité de pilotage de mise en œuvre et de suivi des actions du réseau est créé afin d'assurer la cohérence de la prise en charge des populations dans le cadre de la permanence. Il coordonne notamment la mise en œuvre des activités en intra et extra hospitalier afin d'assurer une bonne articulation ville/hôpital.

### **COMITE DE PILOTAGE DU RESEAU DE PERMANENCE DES SOINS**

#### **Finalité**

Assurer la cohérence de la prise en charge des populations, dans le cadre de la permanence des soins, dans le respect des droits de la personne, des règles déontologiques et éthiques.

#### **Missions**

- Coordonner la mise en œuvre des activités en intra et extra hospitalier, favorisant une prise en charge efficace des populations,
- Promouvoir le travail en partenariat et en réseau de santé,
- Valider les résultats et les améliorations proposées de la mise en œuvre de la permanence des soins, dans le cadre du bilan annuel d'activité.

#### **Composition**

- Médecin coordinateur de la maison médicale : Dr STEFANAGGI
- Président de l'association :
- Directeur du Centre Hospitalier de Béziers : M. VILALTA
- Directeur des Affaires Médicales : M. PERIDONT
- Directeur CPAM : M. ALAGNA
- Directeur Coordinateur général des soins : Mme CANTET
- Responsable du centre 15 : Dr BENATIA
- Directeur de la Clinique St Privat : M. DAUDE
- Chef de service St Privat : Dr
- Représentants des usagers : M. BLAYAC de l'UNAFAM et Mme SDELIDO de la Ligue contre le cancer
- Chef de service urgences : Dr MANGIN
- Cadre Supérieur de Santé des urgences : Mme Bus
- Représentants du réseau de santé Béziers Méditerranée : Dr BREL et Mme GAUTRAND
- Ingénieur en Organisation du Centre Hospitalier : Mme ARMAND
- Représentants des médecins généralistes des zones : plage, rurale et Béziers :

Dans le cadre du réseau, une fonction de médecin coordinateur est par ailleurs créée afin de garantir au quotidien les modalités de prise en charge du patient dans le cadre de la permanence des soins sur le Biterrois. Il veille au bon fonctionnement de la permanence de garde en assurant la gestion et l'organisation de ses activités et contribuant à la formation des médecins libéraux. Il initie et pilote le système d'évaluation du réseau et développe la communication sur les activités réalisées par la permanence.

Le médecin coordinateur du réseau garantit la bonne articulation entre la permanence de soins des professionnels libéraux et les urgences hospitalières. Il est membre du comité de pilotage du réseau.

#### **Fiche de poste du médecin coordinateur**

**Finalité du poste** : Veiller au bon fonctionnement de la maison médicale de garde et des relations avec les partenaires externes, en s'inscrivant dans une approche prospective d'amélioration des relations médecine libérale y compris rurale et médecine hospitalière.

Lien(s) hiérarchique(s) : Comité de pilotage

Lien(s) fonctionnel(s)

- . Le centre 15
- . Le Centre Hospitalier ( SAU)
- . La Clinique St Privat ( UPATOU)
- . Les acteurs et partenaires du réseau
- . Les membres du Comité de Pilotage

#### **Mission principale**

Garantir l'articulation des modalités de prise en charge du patient, dans le cadre de la permanence des soins, sur le Biterrois. Rechercher par la concertation avec les acteurs une solution aux problèmes ruraux de la Permanence des soins (élargissement du réseau, mutualisation des ressources humaines...)

#### **Activités**

Gestion et organisation

- ✓ Définit et gère l'organisation de la maison médicale
- ✓ Assure la gestion du personnel médical libéral
  - . établit et tient à jour la liste de garde mensuelle
  - . communique la liste de garde au Conseil de l'Ordre et au Centre 15
  - . fait respecter le règlement intérieur de la maison médicale

- ✓ Assure l'interface entre la maison médicale et les partenaires institutionnels et externes ; soit :
  - . les responsables hospitaliers des fonctions support ( entretien, sécurité, ...)
  - . les praticiens hospitaliers du service des urgences et des services hospitaliers
  - . les intervenants extérieurs : organisme d'assurance maladie, centre 15...

- ✓ Vérifie la traçabilité des interventions réalisées.

#### Formation

- ✓ Impulse des actions de formation pour les médecins libéraux
- ✓ Veille à la participation des médecins généralistes aux sessions de formations proposées
- ✓ Participe aux activités d'enseignement ( formation mastère «Management et technologie des établissements et réseaux de santé» – Centrale Paris 2004/2005)

#### Evaluation

- ✓ Initie et pilote le système d'évaluation de l'activité de la maison médicale en collaboration avec les différents intervenants.
- ✓ Elabore le rapport d'activité annuel

#### Communication

- ✓ Développe la communication autour des activités réalisées au sein de la maison médicale
  - . Crée un site internet
  - . Planifie deux rencontres annuelles entre médecine libérale et publique

#### Exigences du poste

Diplôme : Titulaire du Doctorat de médecine

Formation : Management des établissements et réseaux de santé

Expérience souhaitée : un positionnement d'acteur, dans le cadre de la permanence des soins et plus particulièrement, en lien avec le fonctionnement du service des urgences.

Fiche établie le : 11 mai 2004

Mise à Jour :

#### Signatures

Le médecin coordinateur

Le Directeur du Centre Hospitalier

Le Directeur de la Polyclinique Saint Privat



## 2.2.2 Les objectifs et le fonctionnement du réseau

### A) Les objectifs généraux et opérationnels

Le réseau a pour objectif général de coordonner différents partenaires de santé afin d'assurer une permanence de soins non programmés. Il s'appuie notamment sur la création d'une maison médicale permettant aux médecins libéraux d'organiser un système de garde en un lieu d'accueil physique des patients adressés essentiellement par le centre de régulation pour une demande de soins non programmés de 20h à 24h en semaine, de 12h à 24h le samedi et de 8h à 24 h le dimanche.

En dehors de ces horaires, la permanence des soins est assurée par le SAU du centre hospitalier de Béziers et l'UPATOU de la Polyclinique Saint Privat.

La maison médicale est ouverte de 20h/24h la nuit en semaine, 12h/24h le samedi et 8h/24h le dimanche. Les soins médicaux sont dispensés sous forme de consultations par les médecins généralistes de garde. Environ 70 médecins de garde assureront la permanence de soins dans le cadre de la maison médicale. Ces professionnels de santé sont rémunérés à l'acte. S'agissant d'une mission d'intérêt public, la mise en place du dispositif de tiers payant sera rendue possible.

En dehors des horaires de la permanence de soins libérale, au-delà de 24 heures notamment, le SAU du centre hospitalier de Béziers et les urgences de la Polyclinique Saint Privat (UPATOU) assurent la permanence des soins. Le maintien de la permanence de soins libérale sur l'ensemble de la nuit ne s'avère pas utile compte tenu de l'étude des besoins au-delà de 24 heures.

Le réseau a vocation à prendre en charge l'ensemble des demandes de soins non programmés de la population concernée :

- La MMG doit permettre la prise en charge de patients relevant de la classe I de la Classification Clinique des Malades d'Urgences (CCMU), c'est à dire de patients dont l'état clinique est jugé stable et ne nécessitant pas de recourir au plateau technique pour des actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques. Pour l'ensemble du

département de l'Hérault, les patients relevant de la CCMU I représentaient 31,5% de la totalité des passages aux urgences<sup>40</sup>.

- Les patients, dont l'état Clinique nécessite le recours au plateau technique et/ou est susceptible de s'aggraver (Classe II à V de la CCMU) ne relèvent pas de la permanence de soins libérale. A cet effet, une coordination est mise en œuvre avec le SAU du centre hospitalier de Béziers sous la forme de modes opératoires.

La répartition des compétences selon les plages horaires de la semaine et l'état clinique du patient est résumée dans les tableaux suivants :

Du lundi 8h au samedi 8h :

	De 8h à 20h	De 20h à 24h	De 24h à 8h
CCMU I	Cabinets libéraux	Maison Médicale	SAU CHB/ Polyclinique Saint Privat (UPATOU)
CCMU II et au-delà	SAU CHB/ Polyclinique Saint Privat (UPATOU)		

Du samedi 8h au dimanche 8h :

	De 8h à 12h	De 12h à 24h	De 24h à 8h
CCMU I	Cabinets libéraux	Maison Médicale	SAU CHB / Polyclinique Saint Privat (UPATOU)
CCMU II et au-delà	SAU CHB / Polyclinique Saint Privat (UPATOU)		

Du dimanche 8h au lundi 8h :

	De 8h à 24h	De 24h à 8h
CCMU I	Maison médicale	SAU CHB / Polyclinique Saint Privat (UPATOU)
CCMU II et au-delà	SAU CHB / Polyclinique Saint Privat (UPATOU)	

<sup>40</sup> cf. graphique au point 1.1.2.

Les objectifs généraux du projet sont les suivants :

- Assurer la permanence et la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux
- Coordonner la permanence de soins libérale, le SAU du centre hospitalier de Béziers et l'UPATOU de la Polyclinique Saint Privat
- Améliorer la qualité de prise en charge des patients
- Améliorer l'efficacité économique du système de soins par la réorientation de certaines demandes initiales de soins envers les services des urgences vers la maison médicale de garde
- Améliorer la satisfaction des personnels libéraux et des personnels hospitaliers

Ces objectifs généraux se déclinent en objectifs opérationnels :

- Créer une MMG bien équipée et d'accès facile permettant une prise en charge sous forme de consultation, acte de meilleure qualité qu'une visite à domicile
- Articuler MMG et le service des urgences afin de permettre un décloisonnement de ces deux offres de soins non programmées par la mise en place :
  - d'une contractualisation et de modes opératoires
  - de systèmes d'informations communs
- Mettre à terme à disposition de la permanence de soins libérale certains moyens du plateau technique (imagerie, biologie) de l'hôpital (deuxième phase de développement du projet)
- Diminuer les délais d'attente des patients pour la prise en charge (indicateur : délai de sortie des urgences ou de la maison médicale)
- Améliorer les indices de satisfaction en terme de résultats dans la prise en charge de certaines pathologies
- Améliorer la satisfaction des personnels libéraux (confort et sécurisation des gardes médicales, lieu de travail équipé de manière satisfaisante) et des personnels hospitaliers (désengorgement du service, meilleure adéquation entre la demande de soins et l'offre)

B) Une étroite articulation entre maison médicale de garde et urgences hospitalières

Le fonctionnement du réseau consacre le principe d'une étroite articulation entre maison médicale de garde et urgences hospitalières

a) Accès au réseau et orientation du patient

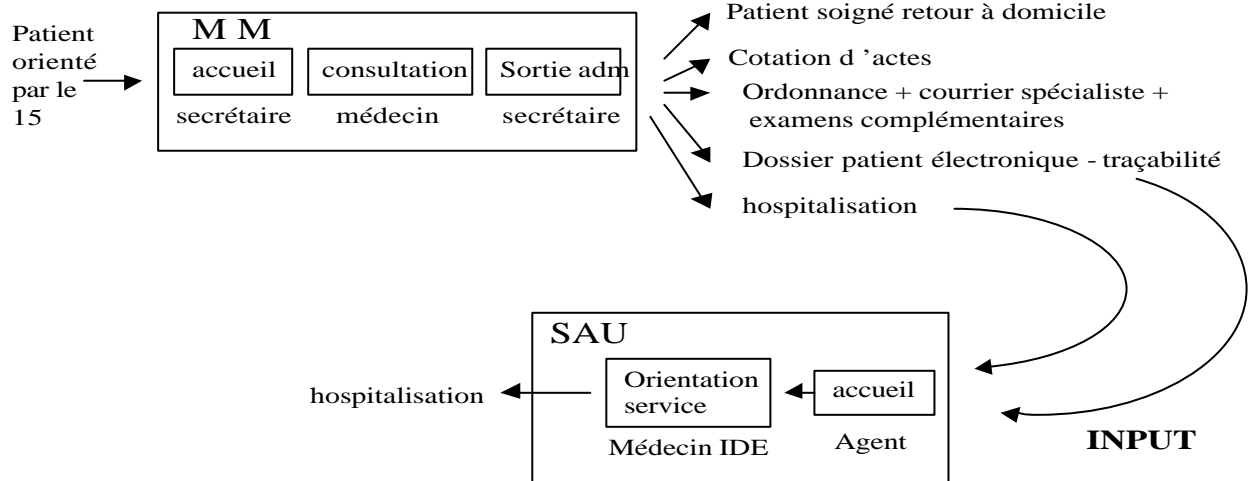
Des modes opératoires sont définis pour rendre opérationnel et «protocoliser» l'articulation ville/hôpital quant à l'accueil, l'orientation et le traitement du patient.

Les usagers seront orientés par le centre 15 ou sont directement susceptibles de se présenter dans les locaux de la maison médicale.

Le circuit du patient au sein de la maison médicale et éventuellement orientée ensuite vers le SAU est présenté dans le schéma ci-dessous.

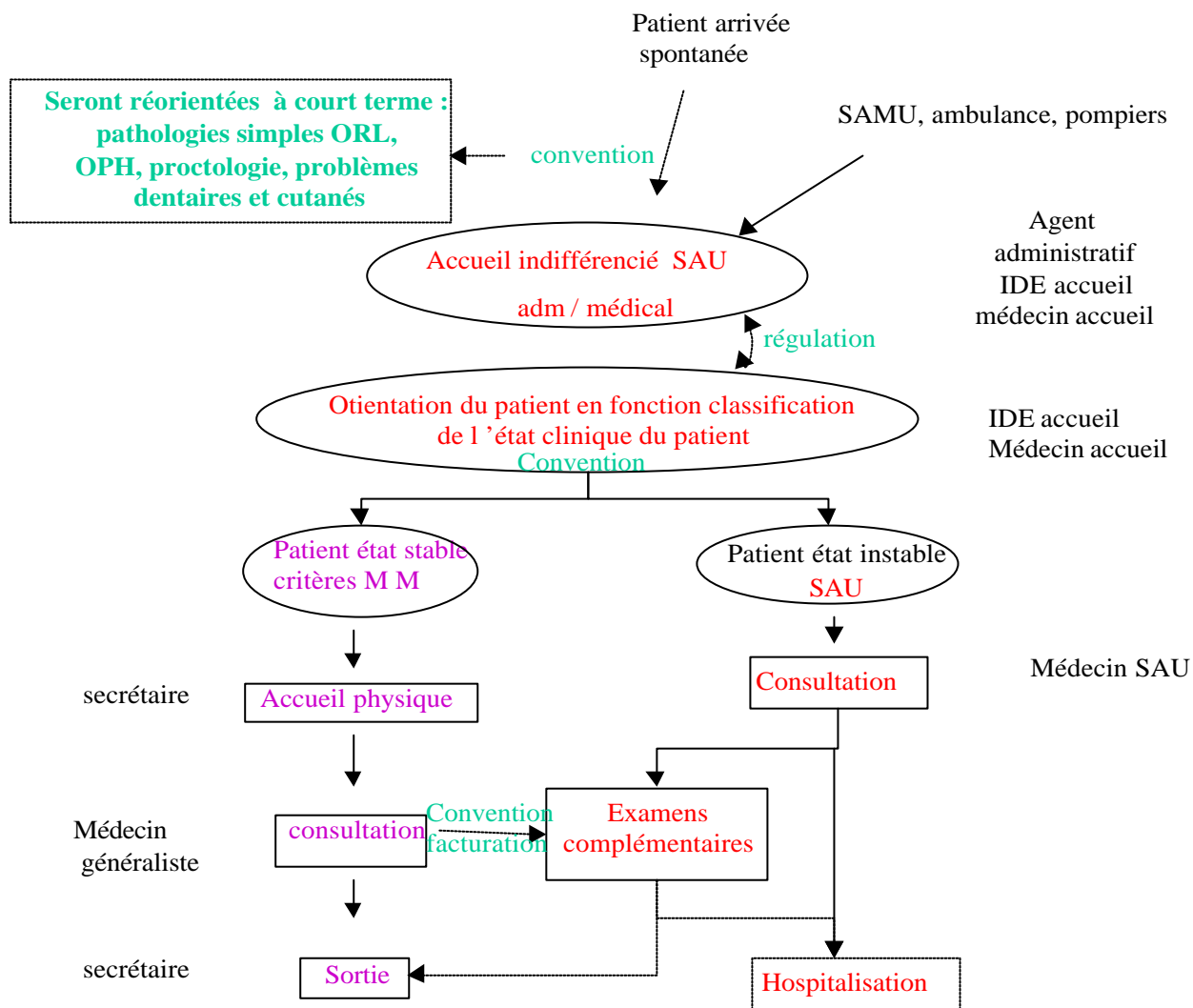
**INPUT**

**OUTPUT**



A terme, une coordination davantage intégrée entre la garde de médecine libérale et le service des urgences pourra être menée par la création d'un poste pivot d'orientation des patients afin de permettre une optimisation du flux des patients se présentant pour une demande de soins non programmés. Cette option sera examinée lors de la première

année de fonctionnement de la permanence des soins, au bout de trois mois de fonctionnement. Le schéma page suivante présente le circuit du patient dans le cadre de l'option intégrative :



b) *Circulation de l'information en interne*

Afin de garantir une qualité de prise en charge, une fiche (dossier) médicale et administrative par patient sera mise en place, lors de sa venue. Elle sera accessible pour tous les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient.

Pour tout patient soigné dans la maison médicale de garde, une transmission d'informations sera réalisée envers son médecin traitant.

Il est par ailleurs prévu que le dossier médical du patient sera partagé entre la maison médicale et le Centre Hospitalier par l'utilisation de son système d'information Crossway. A cet effet, le dossier du patient ayant séjourné au centre hospitalier pourra être consulté par le médecin généraliste exerçant à la maison médicale et enrichi par la consultation qu'il assurera.

Le masque de saisie du logiciel Crossway Hôpital (inscrit à la CNIL depuis 2001) intégrera les éléments du cahier des charges suivants :

- Création d'un dossier administratif avec lecture de la carte vitale
- Provenance du patient (SAU, C15 ou arrivée spontanée)
- Motif de venue du patient adressé par le SAU : un menu déroulera les pathologies listées dans le cadre de la convention
- Antécédents familiaux et allergies
- Motifs de consultations : un menu déroulera les principaux items, un texte libre sera intégré
- Histoire de la maladie pour le patient connu pour la première fois du système d'information informatisé
- Actes techniques (ECG, suture....)
- Diagnostic de sortie
- Orientation : SAS (sortie après soins), SAU (motifs), autres cas

c) *Communication à l'égard des usagers*

La communication à l'égard des usagers apparaît comme un élément fondamental de la bonne marche du réseau : une véritable «éducation» du patient devrait être mise en œuvre pour que celui-ci puisse se repérer dans le cadre du dispositif institué.

Un plan de communication à l'égard des patients pour faire connaître la création de la maison médicale et en définir simplement les missions afin de permettre aux usagers de s'y présenter spontanément sera notamment mis en œuvre.

Une affiche ainsi qu'une plaquette d'informations pourront être réalisées à cet effet et être diffusées par l'intermédiaire des cabinets de médecins libéraux partie prenante au tour de garde (cf. document d'information du patient en annexe). L'information sera aussi communiquée par l'intermédiaire des médias locaux. Un contact avec la mairie pourra également être pris afin qu'un message d'information soit diffusé sur les panneaux hydrauliques de la commune.

## **2.3 La mise en œuvre opérationnelle du réseau**

La finalisation du projet au cours du premier semestre 2004 a fait l'objet d'une validation :

- Par les médecins généralistes de Béziers et de la zone des plages, réunis notamment en Assemblée générale le 12 mai 2004 (environ 70 médecins se sont prononcés à ce stade en faveur du réseau et participeront au tour de garde de la maison médicale) ;
- Par les instances du Centre Hospitalier de Béziers qui ont approuvé le projet de réseau à l'unanimité (Commission médicale d'Etablissement du 25 mai 2004 et Conseil d'Administration du 27 mai 2004) ;
- Par la Commission médicale d'Etablissement de la Polyclinique Saint Privat qui a émis un avis favorable le 27 mai 2004.

Le réseau de permanence des soins sera constitué dès l'ouverture de la maison médicale, prévue le lundi 3 janvier 2005, sous réserve de l'obtention d'un financement pour 2005.

### **2.3.1 La difficile obtention d'un financement pérenne**

#### **A) Le cadre rénové du financement des réseaux**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a modernisé les modalités de financement des réseaux de santé. Une cinquième enveloppe de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) leur est dédiée ainsi qu'une dotation spécifique (dotation nationale de développement des réseaux). Ainsi, le montant de cette dotation pour l'année 2004 s'élève à 125 millions d'euros.

Les réseaux de santé peuvent bénéficier des subventions de l'Etat, de l'assurance maladie (URCAM notamment) ou du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV). Plus récemment, les collectivités territoriales ont également pu concourir au financement de maisons de santé. Ainsi, une aide d'un montant de 2,69 millions d'euros en faveur des



services d'urgences de l'Ile-de-France a été votée par la commission permanente du conseil régional d'IDF fin 2003. Ce plan prévoit notamment la création ou l'extension de trois maisons médicales de garde.

Malgré cette rénovation du cadre financier, le système français se démarque toujours des pays qui ont mis en œuvre de tels réseaux, où une seule structure administrative assure la gestion des projets et leur financement (comtés au Danemark, municipalités en Finlande par exemple). Une telle unification semble souhaitable car le fractionnement actuel du financement est un frein à l'essor des réseaux.

Les démarches en cours à Béziers illustrent cette difficulté d'obtenir un financement pérenne.

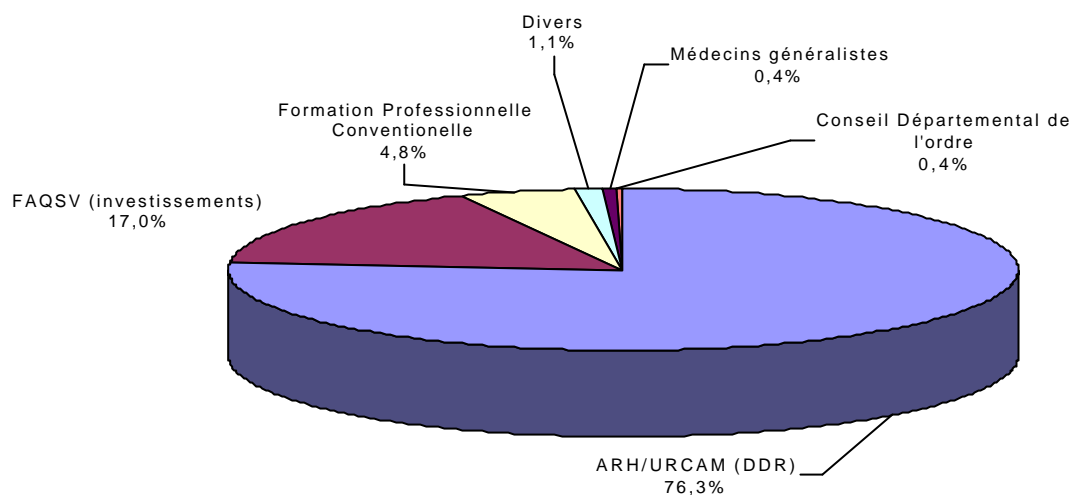
#### B) Les démarches en cours pour financer le réseau biterrois

Le budget du réseau comprend des dépenses d'investissement (travaux d'aménagement des locaux, matériels mobiliers et informatiques, terminaux portables CPS) et de fonctionnement (rémunération du médecin coordinateur du réseau, prestations de secrétariat et de nettoyage, frais généraux, dépenses de formation du médecin coordinateur et des médecins généralistes, traitement des déchets médicaux, amortissements des investissements).

Les investissements s'élèvent à près de 78 000 euros tandis que son fonctionnement annuel nécessite un budget d'environ 180 000 euros.

Les démarches en cours pour l'obtention d'un financement pérenne ont conduit le CH de Béziers et ses partenaires à solliciter différentes sources de financement. Comme indiqué précédemment, le financement de ce réseau nécessite d'obtenir l'aval de multiples partenaires ce qui complique notablement les démarches à accomplir. La multiplicité des sources de financement est même encouragée par les partenaires institutionnels. Ainsi, le dossier de demande de financement dans le cadre de la dotation de développement des réseaux diffusé par l'ARH et l'URCAM précise bien que *«l'aide de la DDR constitue l'un des produits à côté d'autres subventions possibles, d'organismes publics ou privés»*.

Le plan initial de financement se répartissait ainsi (investissement et fonctionnement compris) :



Cette première demande de financement avait été adressée au guichet unique ARH/URCAM par le Centre hospitalier de Béziers le 3 juin 2004 dans le cadre des appels à projets de la dotation de développement des réseaux.

Par lettre en date du 29 juin 2004, jointe en annexe 6, les Directeurs de l'ARH et de l'URCAM ont fait part de l'inéligibilité géographique du projet dans le cadre de la dotation régionale de développement des réseaux pour 2004. Toutefois, compte tenu de l'intérêt que les Directeurs portaient à cette démarche, ils ont invité les promoteurs de ce projet à présenter celui-ci dans le cadre du FAQSV pour un financement au titre de 2005.

Cette décision a conduit les promoteurs du projet à présenter une nouvelle demande de financement auprès du FAQSV pour pouvoir mettre en œuvre le projet dès 2005 (examen du dossier en cours). Les dotations du FAQSV n'étant pas pérennes, l'obtention d'un financement de cette instance ne donnerait aucune garantie quant au fonctionnement du réseau et de la MMG à compter de 2006. Un relais à compter de 2006 semble être envisageable dans le cadre de la DDR.

Cette «précarité» du financement a pu être momentanément source de démotivation pour certains partenaires du projet, notamment libéraux. Il est vrai que l'implication personnelle dans un tel projet ne peut être sans répercussion sur la fréquentation de la clientèle d'un cabinet de ville.

Ce nouveau montage financier a par ailleurs nécessité certains aménagements juridiques. En effet, *«les aides financières du fonds sont attribuées à un professionnel de santé exerçant en ville à titre libéral ou à un regroupement de ces professionnels<sup>41</sup>»*. L'association COMERBI (médecins généralistes du Biterrois) devrait donc être destinataire des fonds. En pratique, une convention de gestion devra être mise en œuvre avec le CH de Béziers qui assurera les prestations de secrétariat et d'hygiène, ainsi que la rémunération du médecin coordinateur. Ce nouveau schéma juridique complexifie inutilement l'architecture globale du projet.

Enfin, cette nouvelle demande de financement a été adressée au FAQSV, enveloppe budgétaire distincte de la DDR. Pour autant le FAQSV est administré au plan régional par l'URCAM par ailleurs compétente pour l'octroi de financement dans le cadre de la DDR. Ce nouveau montage juridique et financier ne sollicite donc pas en définitive de nouveaux interlocuteurs et pourrait donc être interprété comme une complexité administrative inutile.

La viabilité financière du projet de permanence des soins sur le Biterrois n'est donc pas à ce stade assurée. Un financement devrait toutefois intervenir rapidement pour l'exercice 2005<sup>42</sup>.

### **2.3.2 Le suivi et l'évaluation du réseau**

#### **A) La déclinaison des objectifs opérationnels en actions et indicateurs**

Le réseau de permanence des soins sera constitué dès l'ouverture de la maison médicale, prévue le lundi 3 janvier 2005. Les résultats opérationnels attendus et le suivi du réseau sont présentés sous la forme du tableau ci-dessous :

---

<sup>41</sup> Article premier du décret n° 99-940 du 12 novembre 1999 relatif au fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

<sup>42</sup> Le bureau du FAQSV devait se réunir le 7 octobre.

<b>Objectifs opérationnels</b>	<b>Actions mises en œuvre</b>	<b>Outils à créer</b>	<b>Echéancier de ces actions</b>	<b>Indicateurs de suivi de ces objectifs</b>
<i>OBJECTIFS MEDICAUX ET MEDICO-SOCIAUX</i>				
Permettre la continuité des soins par la création de la maison médicale	Ouverture de la maison médicale		3 janvier 2005	Premier patient accueilli à la maison médicale
Prendre en charge les patients			A compter de 2005	Nombre de patients pris en charge par la maison médicale (ventilé orienté centre 15/présentation spontanée)
Articuler les soins entre la maison médicale, le service des urgences du CHB et la Polyclinique Saint Privat		Elaboration des procédures et protocoles	A compter de septembre 2004	Fiche d'évaluation des procédures et protocoles Tableau de bord d'implication des professionnels dans la prise en charge des patients (nombre de professionnels de santé)
Optimiser la qualité de prise en charge	Formation des médecins libéraux à la prise en charge soins non programmés	Plan de formation	A compter 2005	Nombre cumulé de séances de formations organisées Nombre total de participants à ces formations
	Etudes de situations problématiques	Réunion de concertation	Second semestre 2005	Nombre de réunions, nombre de situations abordées, solutions mises en œuvre

Objectifs opérationnels	Actions mises en œuvre	Outils à créer	Echéancier de ces actions	Indicateurs de suivi de ces objectifs
<i>OBJECTIFS ECONOMIQUES</i>				
Veiller à l'adéquation de l'orientation du patient en fonction de son état de santé			A compter du second trimestre 2005	Evolution de l'activité au SAU, à l'UPATOU et à la maison médicale ventilation par type d'urgences (CCMU par exemple)
<i>OBJECTIFS ORGANISATIONNELS</i>				
Développer une campagne de communication inhérente à la mise en place et au fonctionnement du réseau	Plan de communication interne aux différentes structures du réseau et en externe	Affiches, Plaquette, Dossier de presse	Fin 2004	Nombre d'articles parus, de plaquettes diffusées, taux de patients se présentant spontanément à la maison médicale
Coordonner les activités du réseau	Nomination du médecin coordinateur	Contrat de travail	Fin 2004	Date de nomination
	Réunion du comité de pilotage	Compte rendu de réunions	Début 2005	Nombre de réunions, relevés de décisions, ...
Inscrire la permanence des soins dans une dynamique organisationnelle	- Etude de la faisabilité de l'accès au plateau technique - Etude de la faisabilité d'un fonctionnement intégré maison médicale/urgences	Etudes organisationnelles, recensement des attentes	Mi 2005	Production d'études, Décisions comité de pilotage,...
<i>OBJECTIFS QUALITE</i>				
Positionner au cœur du processus de prise en charge le patient	Intégrer les attentes des patients dans l'organisation de la prise en charge	Elaboration d'une fiche de recueil des attentes des patients	A compter du second semestre 2005	Nombre de fiches étudiées
Evaluer la satisfaction des patients	Délais de prise en charge	Mesure des délais d'attente	Mi 2005	Evolution du délai moyen de sortie des structures
	Amélioration de la prise en charge de certaines pathologies	Enquêtes ciblées sur certaines problématiques de santé	2005	
Evaluer la satisfaction des professionnels	Amélioration des conditions de travail	Enquêtes de satisfaction	A renouveler périodiquement	Tableaux de bords satisfaction

Objectifs opérationnels	Actions mises en œuvre	Outils à créer	Echéancier de ces actions	Indicateurs de suivi de ces objectifs
<i>OBJECTIFS QUALITE (SUITE)</i>				
Satisfaction globale (de l'ensemble du réseau, de la maison médicale)		Enquêtes de satisfaction	A renouveler périodiquement	Tableaux de bords satisfaction

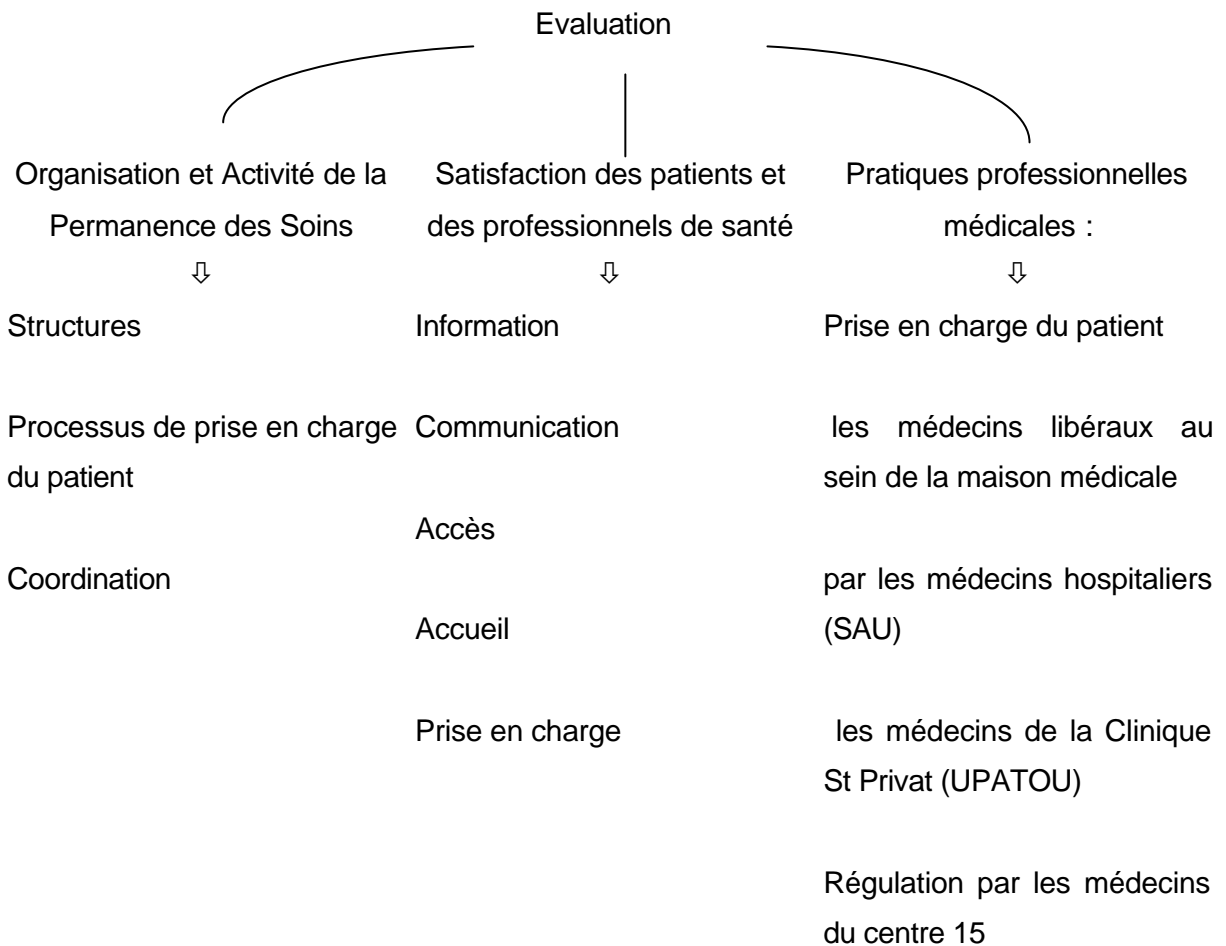
B) Evaluation du réseau et accréditation

a) *Evaluation interne du réseau*

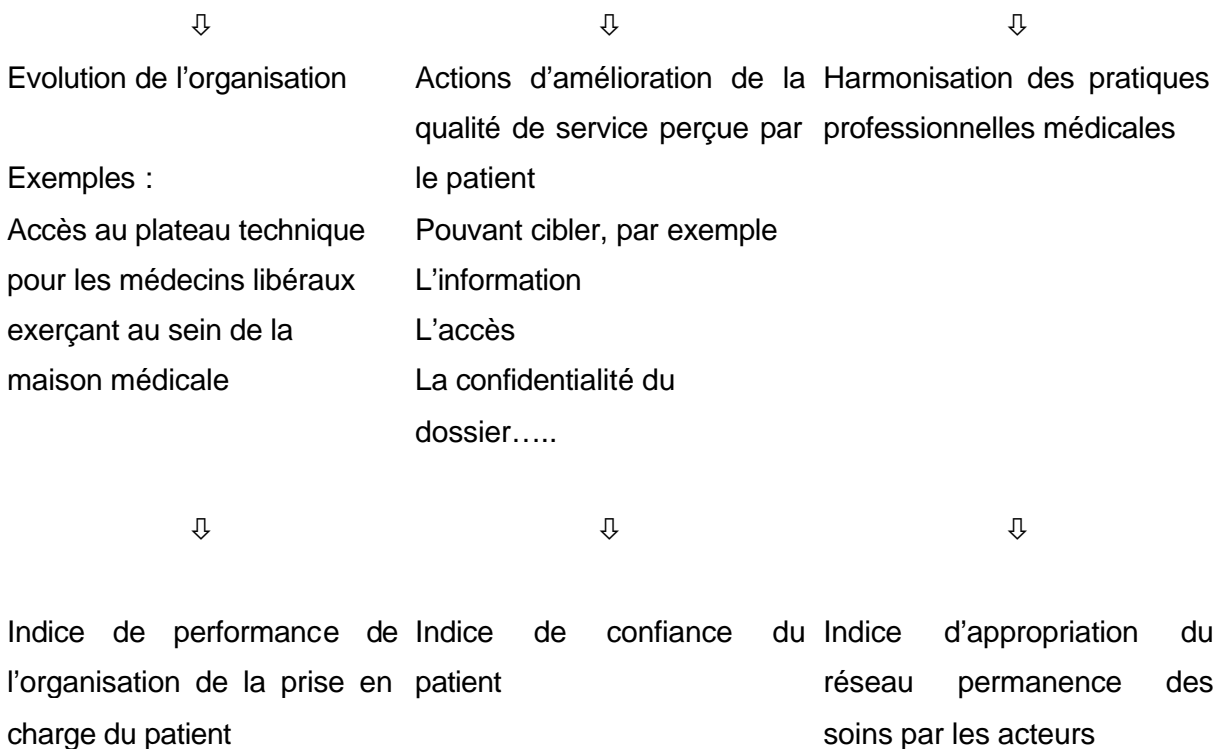
En interne, le comité de pilotage assurera les fonctions d'évaluation du réseau, à partir notamment des tableaux de suivi et des enquêtes développées par le médecin coordinateur du réseau, ou déléguera cette fonction à un groupe de travail.

Cette évaluation s'appuiera sur les indicateurs développés dans le cadre des tableaux de bord d'activité selon une fréquence d'évaluation trimestrielle pendant la première année, à définir par la suite en fonction des résultats

Les domaines évalués et la méthodologie sont schématisés page suivante :



En fonction des résultats de l'évaluation au bout de trois mois d'activité



Il est par ailleurs prévu que soient menées des études médico-économiques afin notamment d'apprécier :

- la montée en charge du dispositif ainsi que la participation et l'acceptation des patients à la maison médicale ;
- la plus-value du réseau quant au degré de satisfaction des usagers de la zone d'intervention ;
- l'impact sur les services d'urgence (SAU et UPATOU) de la création de la maison médicale (incidences financières).

b) *Evaluation externe du réseau et accréditation*

En externe, l'évaluation du réseau devrait être assurée par le cabinet Veritas.

Il pourrait par ailleurs être envisagé que le réseau s'engage dans une démarche d'accréditation. Celle-ci n'est pas en effet réservée aux établissements de santé mais concerne également les groupements de coopération sanitaire et les réseaux de santé depuis la loi du 4 mars 2002. L'ANAES vient ainsi de publier en septembre 2004 un guide d'évaluation de ces réseaux qui constitue une trame générale des éléments nécessaires à l'évaluation. Ce guide, avant tout outil pratique d'aide à la démarche «d'auto-évaluation» présente des grilles qualitatives et quantitatives visant à apprécier la sécurité et la qualité de la prise en charge, l'optimisation des ressources et l'adaptabilité du dispositif <sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Guide consultable sur le site web de l'ANAES : <http://www.anaes.fr/anaes/Publications.nsf>.



## CONCLUSION

La nouvelle organisation de la permanence des soins Béziers Méditerranée devrait être mise en œuvre au début de l'année 2005, en fonction de l'obtention des financements nécessaires. Elle se traduira par l'ouverture de la maison médicale de garde et permettra une articulation étroite avec le SAU dans le cadre d'un réseau de santé nouvellement constitué.

L'engagement du centre hospitalier de Béziers dans le cadre de ce projet constitue une option stratégique de la direction de l'établissement. Il revient également à l'hôpital de traduire l'option choisie en terme organisationnel : structuration juridique du projet, obtention de financements, mobilisation des différents partenaires. Surtout, cette implication de la communauté hospitalière souligne aussi que la vocation de l'hôpital est aussi de tenir compte des évolutions des besoins de santé publique de son territoire de santé.

Cette approche «santé publique» de l'hôpital, et, corollairement, du métier de directeur d'hôpital, imprègne particulièrement les décisions de l'ensemble l'équipe de direction de Béziers et de son chef d'établissement. Telle n'est pas toujours le cas. Ainsi, Jean-Jacques ROMATET<sup>44</sup>, Directeur général du CHU de Nice, rappelait il y a peu que Robert Debré, lors de son discours de clôture d'une semaine consacrée à la santé publique à l'ENSP, certes se félicitait de sa réforme de 1958 à l'origine des CHU mais exprimait en parallèle son regret d'avoir manqué pour l'hôpital le virage de la santé : *«l'hôpital de demain doit être le centre de la santé, avec une pénétration beaucoup plus importante de sujets qui ne sont pas hospitalisés que de sujets hospitalisés (...). Donc l'hôpital, centre de santé, compris dans le sens nouveau que nous exprimons de centre de santé publique et non pas centre de santé troublée»*.

---

<sup>44</sup> ROMATET Jean-Jacques, *Hôpital et santé publique, une pensée globale qui doit inspirer le changement*, Revue Hospitalière de France, n° 492, Mai-Juin 2003, pp. 10-11.



---

# BIBLIOGRAPHIE

---

## Rapports, Ouvrages

ARH Languedoc-Roussillon, *Enquête PMSI urgences*, juin 2002

BASSET B, CHAPERON J et al., *Hôpital et Santé publique*, éditions ENSP, octobre 1999

CAROL C, PASSOUANT MC, VIDAL-BOROSSO F, *La permanence des soins en Languedoc-Roussillon*, juin 2003, ARH/URCAM Languedoc Roussillon

Centre de sociologie et de démographie médicale, *La médecine de ville, répartition géographique à venir : un enjeu de santé*, septembre 2000

Cour des comptes, *rapport annuel sur l'exécution de loi de financement de la sécurité sociale*, septembre 2002 (notamment chapitre IX relatif aux activités hospitalières en relation avec les soins ambulatoires)

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

GODET M, *Manuel de prospective stratégique*, Dunod, 1997

MAJNONI D'INTIGNANO B, ULMANN P, *Economie de la Santé*, PUF, 2001

PICARD M et al., *Aménagement du territoire et établissements de santé*, rapport du Conseil Economique et Social, mai 2004

STEG P, *La médicalisation des urgences*, rapport de la Commission nationale de restructuration des urgences, septembre 1993

URML du Languedoc-Roussillon, *Enquête auprès des étudiants de médecine de Montpellier en fin d'Etudes*, 2001

## Mémoires

ANATOLE V, *Le directeur d'hôpital, homme de santé publique*, ENSP, 1983

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*, ENSP, 2003

MICHALSKI S, *L'impact des réseaux de santé pour un pôle de référence : analyse des enjeux stratégiques, économiques et organisationnels au CHU de Besançon*, ENSP, 2002

MARONGIU S, *La maison médicale de garde de Gap*, Mémoire de DEA Droit de la santé, Aix en Provence, 2004

PETTER D, *La prise en charge des urgences pédiatriques au CHU de Tours : un projet de coopération ville-hôpital*, ENSP, 2001

## Articles

BAUBEAU D, CARRASCO V, *Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières*, DREES, Etudes et résultats, n° 215, janvier 2003

BAUBEAU D, DEVILLE A, JOUBERT M et al., *Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés*, DREES, Etudes et résultats, n° 72, juillet 2000

CARRASCO V, BAUBEAU D, *Les usagers des urgences, Premiers résultats d'une enquête nationale*, DREES, Etudes et résultats, n° 212, janvier 2003

DARRINÉ S, *Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice*, DREES, Etudes et résultats, n° 156, février 2002

LOMBRAIL P, ALFARO C, VITOUX-BROST C et al., *Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital pédiatrique*, Archives françaises de pédiatrie, juin 1999, suppl. 2.

MAURY F, POULAIN B, *Roubaix : une maison de santé pour consultation non programmée*, Revue hospitalière de France, n° 492, mai-juin 2003

NIEL X, *La démographie médicale à l'horizon 2020, une réactualisation des projections à partir de 2002*, DREES, Etudes et résultats, n° 161, mars 2002

ROMATETJJ, *Hôpital et santé publique, une pensée globale qui doit inspirer le changement*, Revue Hospitalière de France, n° 492, Mai-Juin 2003, pp. 10-11.

---

# ANNEXES

---

---

# ANNEXE 1 :

## CLASSIFICATION CLINIQUE DES MALADES DES URGENCES (CCMU)

---

La classification CCMU est une classification clinique et d'intervention de soins proposée par l'Association pour la Recherche aux Urgences. Elle a pour objectif d'attribuer à chaque patient une classe selon un jugement médical de l'évolutivité clinique à l'arrivée et la présomption des soins nécessaires pendant son séjour au service d'urgence.

**Classe 1 : état clinique jugé stable : pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique au service d'urgences.**

Aucun acte complémentaire à la consultation estimé nécessaire. Exemples : consultation médicale simple, angine, pharyngite, traumatisme crânien sans perte de connaissance et sans déficit neurologique, algie dentaire,...

**Classe 2 : état clinique jugé stable : décisions d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service d'urgences.**

Elle se distingue de la Classe 1 par le recours au plateau technique pour des examens complémentaires (biologie, bactériologie, imagerie, ponction) ou à un consultant extérieur au service ou par la réalisation d'actes thérapeutiques (administration de médicaments, suture, immobilisation).

**Classe III : état clinique jugé susceptible de s'aggraver au service d'urgences sans mise en jeu du pronostic vital.**

**Classe IV : pronostic vital jugé engagé et prise en charge ne comportant pas de gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat.**

Classe V : pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat.

---

## **ANNEXE 2 : CONVENTION CONSTITUTIVE DU RESEAU**

---

Convention constitutive signée par :

- Le Directeur du Centre Hospitalier de BEZIERS, Monsieur Serge VILALTA,
- Le Directeur de la Polyclinique Saint Privat, Monsieur Nicolas DAUDE,
- Le Président de l'association COMERBI, Docteur Thierry STEFANAGGI.



**CONVENTION CONSTITUTIVE DU RESEAU**  
**Permanence de soins non programmés**  
**Béziers-Méditerranée**

- Entre :** le Centre Hospitalier de Béziers,  
représenté par son Directeur, Monsieur Serge VILALTA
- Et :** L'association COMERBI  
Représenté par son Président, Monsieur Thierry STEFANAGGI
- Et :** la Polyclinique Saint Privat,  
Représenté par son Directeur, Monsieur Nicolas DAUDE
- Vu :** le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-43 à L. 162-46 et R. 162-59 à R. 162-68 ;
- Vu :** le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6321-1 et D. 766-1-1 à D. 766-1-7 ;
- Vu :** la circulaire DHOS/O1 n° 2003-195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences ;
- Vu :** le cahier des charges ARH/URCAM d'un réseau de prise en charge de la permanence des soins et des urgences en zone défavorisée élaboré dans le cadre de l'appel à projets 2004 ;
- Vu :** l'avis de la commission médicale d'établissement de la Polyclinique Saint Privat en date du 27 mai 2004 ;
- Vu :** l'avis de la commission médicale d'établissement du centre hospitalier de Béziers en date du 25 mai 2004 ;
- Vu :** la délibération favorable du conseil d'administration du centre hospitalier de Béziers en date du 27 mai 2004 ;

**Il est convenu ce qui suit :**

## **ARTICLE 1 : Objet du réseau**

Le réseau a pour objet de coordonner différents partenaires de santé afin d'assurer une permanence de soins non programmés.

Il s'appuie notamment sur la création d'une maison médicale permettant aux médecins libéraux d'organiser un système de garde en un lieu d'accueil physique des patients adressés essentiellement par le centre de régulation pour une demande de soins non programmés de 20h à 24h en semaine, de 12h à 24h le samedi et de 8h à 24 h le dimanche.

## **ARTICLE 2 : Objectifs poursuivis par le réseau**

- **Objectifs sanitaires :**

- Assurer la permanence et la continuité des soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux
- Répondre à la demande de soins immédiats
- Coordonner les soins entre la permanence de soins libérale, le service des urgences du centre hospitalier de Béziers et l'UPATOU de la Polyclinique Saint Privat

- **Objectifs structurels :**

Articuler la permanence de soins et les services des urgences permettant un décloisonnement des offres de soins non programmées

- **Objectif économique :**

Réorienter certaines demandes initiales de soins envers les services des urgences vers la permanence de soins ambulatoires permettant une meilleure efficacité du système de soins, les urgences hospitalières étant recentrées sur leur activité essentielle

- **Objectifs qualité :**

- Améliorer la qualité de prise en charge des patients (diminution des délais d'attente des patients pour une prise en charge, développement des compétences des professionnels libéraux)
- Améliorer la satisfaction des personnels libéraux et des personnels de santé intervenant sur les différents pôles d'activité

**ARTICLE 3 : Zone d'intervention et population concernée par le réseau**

La population concernée initialement par le réseau est celle de Béziers et de la zone des plages (Villeneuve les Béziers, Sérignan, Sauvian, Vendres, Cers, Valras Plage).

Lors d'une deuxième phase, le réseau sera étendu à d'autres communes rurales, limitrophes de Béziers (Maureihan, Maraussan, Montady, Boujan, Lespignan), appartenant au bassin de santé du Biterrois.

**ARTICLE 4 : Siège du réseau ; identification des promoteurs du réseau ; identification du responsable du système d'information**

Le siège et le promoteur du réseau est le centre hospitalier de Béziers.

Le responsable du système d'information est le médecin coordinateur du réseau.

**ARTICLE 5: Personnes physiques et morales composant le réseau et champs d'intervention respectifs**

Les membres du réseau sont :

- Les établissements de santé suivants : Centre Hospitalier de Béziers (SAU) et la Polyclinique Saint Privat (UPATOU),
- l'association COMERBI (Collège des médecins de la région biterroise) fédérant les professionnels de santé libéraux qui interviennent volontairement, dans le respect du règlement intérieur de la maison médicale préalablement établi, au sein de la maison médicale.

#### **ARTICLE 6 : Modalités d'entrée et de sortie du réseau des professionnels et des autres intervenants**

Tout acteur du réseau s'engage à respecter les valeurs éthiques et déontologiques garantissant des pratiques de qualité en matière de soins non programmés.

Les médecins libéraux participent au réseau sur la base du volontariat et du libre choix. Ils s'engagent à respecter la charte du réseau et le règlement intérieur de la maison médicale.

Leur décision d'adhésion au réseau est conditionnée par leur adhésion à l'association COMERBI.

Tout acteur peut se retirer du réseau, sous réserve de notifier son intention au médecin coordinateur du réseau par courrier dans un délai de trois mois précédant son retrait.

#### **ARTICLE 7 : Modalités de représentation des usagers**

Le réseau assure la représentation des usagers au sein de son comité de pilotage.

#### **ARTICLE 8 : Structure juridique choisie**

Le réseau est formalisée juridiquement par la présente convention entre les membres. Il n'est pas constitué sous forme associative.

#### **ARTICLE 9 : Organisation et fonctionnement du réseau**

Un comité de pilotage de mise en œuvre et de suivi des actions du réseau est créé afin d'assurer la cohérence de la prise en charge des patients dans le cadre de la permanence. Il coordonne notamment la mise en œuvre des activités en intra et extra hospitalier afin d'assurer une bonne articulation ville/hôpital.

Le médecin coordinateur veille au bon fonctionnement de la permanence de garde en assurant la gestion et l'organisation de ses activités et contribuant à la formation des médecins libéraux. Il initie et pilote le système d'évaluation du réseau et développe la communication sur les activités réalisées par la permanence.

Le médecin coordinateur est membre du comité de pilotage du réseau.

En dehors des horaires de la permanence de soins libérale, au-delà de 24 heures notamment, le SAU du centre hospitalier de Béziers et l'UPATOU de la Polyclinique Saint Privat (UPATOU) assurent la permanence des soins.

Afin de garantir une qualité de prise en charge, une fiche (dossier) médicale et administrative par patient sera mise en place, lors de sa venue. Elle sera accessible pour tous les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge du patient. Pour tout patient soigné dans la maison médicale de garde, une transmission d'informations sera réalisée envers son médecin traitant.

#### **ARTICLE 10 : ORGANISATION DU SYSTEME D'INFORMATION**

L'organisation du système d'information est définie par le médecin coordinateur du réseau. Une interface avec le système d'information du centre hospitalier de Béziers sera étudiée, dans le respect des règles de confidentialité et d'éthique.

## **ARTICLE 11 : Evaluation du réseau**

Le comité de pilotage assure les fonctions d'évaluation du réseau, à partir notamment des tableaux de suivi et des enquêtes développées par le médecin coordinateur du réseau. Le comité de pilotage peut déléguer cette fonction à un groupe de travail constitué à cet effet. Il est par ailleurs envisagé de mener une évaluation par un cabinet extérieur.

Les modalités d'évaluation seront élaborées en fonction du référentiel ANAES qui vise notamment l'organisation, le fonctionnement, les activités du réseau ainsi que la satisfaction des patients, des professionnels de santé, la qualité et la sécurité des soins et les aspects économiques.

Un rapport d'activité est rédigé chaque année par le coordinateur. Ce rapport est accompagné d'un rapport d'orientation pour l'année suivante. Ces documents sont présentés au comité de pilotage qui les adopte.

## **ARTICLE 12 : Durée de la convention et modalités de renouvellement**

La présente convention est signée pour une durée d'un an et est renouvelée par tacite reconduction.

## **ARTICLE 13 : Calendrier prévisionnel de mise en œuvre**

Le réseau de permanence des soins sera constitué dès l'ouverture de la maison médicale, prévue le lundi 3 janvier 2005.

En Avril 2005 sera menée une première évaluation du réseau sur la base du premier trimestre de fonctionnement.

Au cours de 2006 seront étudiées les options suivantes :

- extension de la zone d'intervention du réseau aux communes ouest/nord/est de Béziers,
- accès pour la maison médicale à certaines fonctions du plateau technique du centre hospitalier de Béziers,
- coordination davantage intégrée entre la garde de médecine libérale et le service des urgences du centre hospitalier de Béziers par la création d'un poste pivot d'orientation des patients afin de permettre une optimisation du flux des patients se présentant pour une demande de soins non programmés.

<b>ARTICLE 14 : Conditions de dissolution du réseau</b>
---

La dissolution du réseau est prononcée à la demande des deux tiers de ses membres.

**Fait à Béziers, le**

Le Directeur  
du Centre Hospitalier de BEZIERS

Le Directeur  
de la Polyclinique Saint Privat

Monsieur Serge VILALTA

Monsieur Nicolas DAUDE

Le Président  
de l'association COMERBI

Docteur Thierry STEFANAGGI

---

## **ANNEXE 3 : CHARTE DU RESEAU**

---

Charte signée par :

- Le Directeur du Centre Hospitalier de BEZIERS, Monsieur Serge VILALTA,
- Le Directeur de la Polyclinique Saint Privat, Monsieur Nicolas DAUDE,
- Le Président de l'association COMERBI, Docteur Thierry STEFANAGGI.



**Charte DU RESEAU**  
**Permanence de soins non programmés**  
**Béziers-Méditerranée**

**PREAMBULE**

La présente charte constitue une référence éthique, garantissant des pratiques de qualité au service de l'utilisateur.

Elle est signée par les membres du réseau ainsi que par les médecins libéraux participant à la permanence de soins.

**ARTICLE 1 : Principes éthiques du réseau**

Les acteurs du réseau organisent leur activité principalement autour de l'utilisateur, dans le respect de sa dignité.

Une information complète et loyale de l'utilisateur, et une vérification de sa bonne compréhension, protègent sa liberté de détermination et de choix et garantissent une meilleure équité.

Une écoute de qualité est celle qui permet une expression et une prise en compte globales de la demande de l'utilisateur, quel que soit le membre du réseau auquel il s'adresse.

Le respect de la personne fonde en toute circonstance l'attitude des membres du réseau.

Les signataires de la charte s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social mises en œuvre dans le cadre du réseau et à la démarche d'évaluation.

Les signataires de la charte s'engagent également à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à la faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères.

## **ARTICLE 2 : Modalités d'entrée et de sortie du réseau**

Conformément aux dispositions de la convention constitutive, les médecins libéraux participent au réseau sur la base du volontariat et du libre choix. Ils s'engagent à respecter la présente charte du réseau et le règlement intérieur de la maison médicale.

## **ARTICLE 3 : Rôle respectif des intervenants, modalités de coordination et de pilotage**

Les membres du réseau sont :

- les établissements de santé suivants : Centre Hospitalier de Béziers (SAU) et la Polyclinique Saint Privat (UPATOU),
- l'association COMERBI (Collège des médecins de la région biterroise) fédérant les professionnels de santé libéraux qui interviennent volontairement, dans le respect du règlement intérieur de la maison médicale préalablement établi, au sein de la maison médicale.

Un comité de pilotage de mise en œuvre et de suivi des actions du réseau est créé afin d'assurer la cohérence de la prise en charge des patients dans le cadre de la

permanence. Il coordonne notamment la mise en œuvre des activités en intra et extra hospitalier afin d'assurer une bonne articulation ville/hôpital.

Le médecin coordinateur veille au bon fonctionnement de la permanence de garde en assurant la gestion et l'organisation de ses activités et contribuant à la formation des médecins libéraux. Il initie et pilote le système d'évaluation du réseau et développe la communication sur les activités réalisées par la permanence.

Le médecin coordinateur est membre du comité de pilotage du réseau.

#### **ARTICLE 4 : Modalités de partage des informations**

Le partage de l'information s'effectue dans le respect du secret professionnel et des règles déontologiques propres à chacun des acteurs du réseau.

La pratique de réseau impose une vigilance accrue de l'ensemble de ses participants sur la circulation de l'information et sur les modalités précises qui garantissent la confidentialité. Le secret est un droit de l'utilisateur et un devoir des intervenants du réseau.

---

## **ANNEXE 4 : DOCUMENT D'INFORMATION DU PATIENT**

---

*N. B. : Le document ci-dessous, sous forme de lettre, sera remis au patient lors de sa consultation à la maison médicale. Il a également vocation à être transposé sous forme d'affiche pour être présenté dans les locaux de la maison médicale.*

*Ce même document sera diffusé à la population par l'intermédiaire des cabinets de ville et des pharmacies. Il sera également transmis pour information aux organismes d'assurance maladie.*

Mademoiselle, Madame, Monsieur,

Afin d'éviter les temps d'attente aux urgences ou à votre domicile, le Centre Hospitalier de Béziers, la Polyclinique St Privat et les Médecins Généralistes se sont concertés et regroupés pour assurer un service de permanence des soins coordonné et adapté en dehors des heures d'ouverture du cabinet médical de votre médecin.

A partir du 03/01/2005, pour pouvoir bénéficier d'un acte médical dans les plages horaires du service de garde, vous devez impérativement appeler le Centre 15 qui vous adressera vers le lieu de soins le plus adapté à votre état.

Aucune visite à domicile, en dehors de celles relevant du SAMU et de soins de réanimation, ne sera effectuée. Le Médecin Généraliste de garde sera présent dans une Maison Médicale de Garde face au service des urgences du Centre Hospitalier pour assurer les soins relevant de la médecine générale.

Vous pourrez être invité à vous rendre à la Maison médicale si vous vous présentez aux urgences et que votre état ne nécessite pas de geste technique d'urgence.

Les plages horaires de garde sont :

- En semaine : de 20 heures à 08 heures le lendemain
- Les samedi : de 12 heures à 08 heures le lendemain
- Les dimanche et fériés : de 08 heures à 08 heures le lendemain

La maison médicale de garde sera ouverte jusqu'à Minuit, au-delà de cette heure, vous serez invité à vous rendre soit à la Polyclinique St Privat, soit aux urgences du centre Hospitalier en fonction de votre état.

Comme chez votre médecin traitant, vous devrez présenter à la maison médicale votre carte vitale (et/ou attestation papier) et vous munir d'un moyen de paiement si vous ne bénéficiez pas de la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Votre médecin généraliste est à votre disposition pour vous donner toute explication complémentaire sur cette nouvelle organisation.

---

## **ANNEXE 4 : MODES OPERATOIRES**

---



## MODE OPERATOIRE

### **Prise en charge du patient dans le cadre de la permanence des soins**

#### ➤ **Jusqu'à 24 heures**

- patient orienté par le 15 pris en charge par la maison médicale directement

- patient non signalé par le 15 :

- accueil SAU par IDE et/ou médecin d'accueil, identifié comme un acte non facturé  
⇒ traçabilité du patient assurée, activité du poste accueil intégrée, pas de facturation pour le patient
- pathologies orientées : angine, otite, pharyngite, rhume, grippe, conjonctivite, douleur dentaire, proctologie, lombalgie simple, coup de soleil, pathologie cutanée non purpurique  
enfant âgé de plus de 3 ans et pathologie ORL simple et/ou fièvre de l'enfant ( attente de confirmation du Dr Callamand)
- pas de transfert du patient SAU↔MM sans appel des médecins SAU et maison médicale et sans traçabilité ( fiche de liaison)
- cas d'un patient allongé : le brancardier et un des médecins du SAU se déplace à la maison médicale ; sauf dans le cas où un seul médecin est présent au SAU : négociation entre médecin SAU et maison médicale.
- . Examens complémentaires imagerie et laboratoire : dans un premier temps, les demandes sont transférées au SAU, après une période d'évaluation un accès direct et ciblé par type d'examens sera mis en place ⇒ rencontre avec Drs Thibault et Khalil à fixer.



## ➤ **Après 24 heures**

Le patient orienté par le 15 est pris en charge par la structure UPATOU

Le patient arrivant spontanément aux urgences et pris en charge au sein du service des urgences SAU

---

**ANNEXE 5 :**  
**REGLEMENT INTERIEUR**  
**DE LA MAISON MEDICALE**  
**DE GARDE**

---

**ARTICLE 1 :**

La maison médicale de garde (MMG) est créée pour permettre aux médecins généralistes du Biterrois d'assurer des consultations dans le cadre de la permanence des soins. Toute orientation différente des locaux doit être validée par l'assemblée générale de l'association gestionnaire après avis favorable du comité de pilotage.

**ARTICLE 2 :**

Tout médecin généraliste exerçant dans le périmètre géographique de compétence de la MMG, volontaire pour participer à la permanence des soins, adhérent à l'association gestionnaire, peut être porté sur la liste de garde et exercer son activité de garde au sein de la MMG.

**ARTICLE 3 :**

Le périmètre géographique de compétence de la MMG recouvre le secteur de garde de la ville de Béziers (secteur 8) et le secteur des villages côtiers de l'agglomération (secteurs 21 et 21bis) : Cers, Villeneuve les Béziers, Sérignan, Sauvian, Valras, Vendres.

Toute extension de l'aire géographique de compétence est soumise à l'approbation de l'assemblée générale de l'association gestionnaire selon des modalités définies dans les statuts de celle-ci.

#### **ARTICLE 4 :**

Les horaires d'activité au sein de la MMG sont :

- 20 heures à 24 heures en semaine
- 12 heures à 24 heures le samedi
- 08 heures à 24 heures le dimanche et fériés

Toute modification des horaires d'activité doit être soumise à l'approbation de l'assemblée générale de l'association gestionnaire.

#### **ARTICLE 5 :**

Chaque médecin généraliste reste responsable de sa garde, y compris en cas de remplacement par un confrère : il doit s'assurer de la présence effective de celui-ci. Chaque médecin généraliste effectue ses actes au sein de la MMG sous sa propre responsabilité et s'engage à être couvert par une responsabilité civile professionnelle. Tout changement de garde doit être signalé au médecin coordinateur de la MMG ou à son remplaçant.

#### **ARTICLE 6 :**

Tout médecin exerçant au sein de la MMG s'engage à respecter :

- le code de déontologie
- le libre choix du patient
- le travail des personnels non - médecins de la MMG
- les bonnes pratiques médicales et les référentiels issus de la profession
- les tarifs en vigueur
- les modes opératoires validés par l'association gestionnaire pour la coordination avec les autres structures de soins.

- la charte du réseau de permanence de soins

#### **ARTICLE 7 :**

Tout médecin exerçant au sein de la MMG s'engage à :

- établir un dossier médical pour tout patient vu dans le cadre de son activité de garde.
- renseigner honnêtement les éléments nécessaires à la gestion médicale et administrative de la MMG.
- Utiliser le masque de saisie informatique prévu dans le fonctionnement de la MMG pour établir le dossier médical et administratif du patient.
- établir un courrier de sortie succinct à destination du médecin traitant du patient.
- Suivre régulièrement les formations proposées par l'association gestionnaire de la MMG.

#### **ARTICLE 8 :**

Toute interruption de travail d'un médecin, quel qu'en soit le motif, doit être signalée au médecin coordinateur avant l'établissement de la liste de garde trimestrielle, hors les cas d'urgence et de force majeure. Chaque médecin reste responsable de sa garde selon les termes de l'article 5 du présent règlement et doit être en mesure de proposer un remplaçant.

Chaque médecin participant accepte le principe de se rendre disponible, selon ses possibilités, en cas de défection d'un confrère pour un motif urgent ou de force majeure.

#### **ARTICLE 9 :**

Le personnel non médical de la MMG est sous la responsabilité directe du médecin coordinateur dans le respect des fonctions déterminées à leur fiche de poste et selon les statuts régissant ces personnels (statuts hospitaliers publics). Lors de leur garde, les médecins exerçant dans la MMG ne peuvent exiger un travail non prévu dans la fiche de

poste des personnels. Chaque médecin assume à tour de rôle, lors de la prise de garde, la responsabilité de gestion du personnel non médical présent. En cas de conflit, c'est le médecin coordinateur qui est saisi et qui se charge de régler le conflit avec l'aide des services des ressources humaines du Centre Hospitalier.

#### **ARTICLE 10 :**

Les manquements graves et/ou répétés au présent règlement peuvent amener le médecin coordinateur à demander l'arbitrage du Président de l'Ordre Départemental des médecins. Après avis de l'assemblée générale de l'association gestionnaire, une exclusion peut être exceptionnellement prononcée.

---

**ANNEXE 6 : NON DIFFUSEE**  
**LETTRE ARH-URCAM EN**  
**DATE DU 29 JUIN 2004**

---