



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Date du Jury : 11 et 12 décembre 2001

**LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES
PÉDIATRIQUES AU CHU DE TOURS :
UN PROJET DE COOPÉRATION
VILLE-HÔPITAL**

Diane PETTER

Sommaire

INTRODUCTION	1
PRÉAMBULE : OBJECTIFS DE TRAVAIL ET METHODES	3
PREMIÈRE PARTIE : L'ATTRACTIVITÉ DES URGENCES HOSPITALIÈRES	6
I. Un phénomène d'ampleur nationale	6
A. <i>Une situation explosive</i>	6
B. <i>Un diagnostic ancien</i>	12
II. Les facteurs d'explication	15
A. <i>Les facteurs liés à la demande</i>	15
B. <i>Les facteurs liés à l'organisation de l'offre</i>	18
III. Les urgences pédiatriques	22
A. <i>La spécificité de la demande</i>	22
B. <i>Une offre de soins concentrée</i>	26
DEUXIÈME PARTIE : LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PÉDIATRIQUES A TOURS	29
I. La prise en charge hospitalière	30
A. <i>Le recrutement des urgences pédiatriques</i>	30
B. <i>La structure de l'activité</i>	34
C. <i>L'organisation de la prise en charge</i>	36
II. La prise en charge libérale	40
A. <i>Les médecins libéraux</i>	40
B. <i>Les organisations spécialisées dans l'urgence</i>	43
III. L'articulation des acteurs de l'urgence	45
A. <i>Les contraintes inhérentes au système de soins</i>	45
B. <i>Les lignes d'action et les marges de manœuvre</i>	48
TROISIÈME PARTIE : LE PROJET DE COOPÉRATION ENTRE LES URGENCES PÉDIATRIQUES ET LES PÉDIATRES LIBÉRAUX	52
I. L'enseignement d'autres expériences de coopération ville-hôpital pour la prise en charge des urgences	52
A. <i>Essai de typologie</i>	53
B. <i>Tentative d'analyse critique</i>	57
II. La maturation du projet de coopération ville - hôpital à Tours	59
A. <i>Un contexte local favorable</i>	59
B. <i>La première tentative</i>	62
III. L'analyse critique du projet ville-hôpital	65
A. <i>Un consensus relatif</i>	65
B. <i>Des écueils persistants</i>	69
QUATRIÈME PARTIE : PROPOSITIONS ET ENJEUX	75
I. Le maintien du statu quo	75
A. <i>Présentation</i>	75
B. <i>Analyse stratégique</i>	75
C. <i>Observations</i>	76
II. La relance de la consultation de porte	77
A. <i>Présentation</i>	77
B. <i>Analyse stratégique</i>	77

<i>C. Observations</i>	77
III. La mise en place d'un réseau de soins pédiatriques	79
<i>A. Présentation</i>	79
<i>B. Analyse stratégique</i>	80
<i>C. Observations</i>	80
CONCLUSION	82
BIBLIOGRAPHIE	84
LISTE DES ANNEXES	89

Liste des sigles utilisés

ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
AMUH	Association d'Aide Médicale d'Urgence du Havre
CHG	Centre Hospitalier Général
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSP	Code de la Santé Publique
CNOM	Conseil national de l'Ordre des Médecins
CODAMU	Comité Départemental d'Aide médicale d'Urgence
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMSI	Programme Médicalisé des Systèmes d'Informations
POSU	Pôle Spécialisé d'Urgence
SAE	Statistique d'Activité des Etablissements
SAU	Site d'Accueil et de Traitement des Urgences
SAMU	Service d'Aide Médicale d'Urgence
SMUR	Service Mobile d'Urgence
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UPATOU	Unité de proximité d'accueil et de traitement des urgences
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

INTRODUCTION

Quinze millions de passages en 2001, voire vingt-deux millions en 2020 si la tendance actuelle se poursuit¹ : plus de dix millions de Français passent chaque année par les urgences des hôpitaux. J. DE KERVASDOUÉ, ancien directeur des hôpitaux s'exprimait en ces termes à ce sujet² : « l'hôpital reste la dernière organisation sociale qui accueille toutes les détresses, et les services d'urgence sont la voiture-balai de notre société. Ce n'est pas demain que les services d'urgence vont se vider ». Force est de constater que régulièrement les médias se font l'écho de services d'urgences hospitaliers « surchauffés », « saturés » ou encore « au bord de l'asphyxie ».

Alertés depuis de nombreuses années, les pouvoirs publics ont mis en évidence différents facteurs pour tenter d'expliquer cet afflux non maîtrisé de patients vers les urgences hospitalières. Il semblait au départ que l'hôpital constituait le seul recours pour les populations démunies à la recherche de soins gratuits. Si ce phénomène existe, il ne se traduit en aucune manière par une telle explosion des flux. En revanche, la part des urgences dites « ressenties » a considérablement augmenté : plus de 70 % des urgences n'entraîne aucune hospitalisation et parfois jusqu'à 80 % des passages relèveraient d'une prise en charge ambulatoire³.

Le diagnostic actuellement porté sur l'engorgement des urgences hospitalières vise la mauvaise orientation des patients qui utiliseraient les services d'urgence de manière inadaptée. Pour Z.LAÏDI⁴, cette évolution, loin d'être cantonnée au seul domaine médical, s'inscrit en réalité dans un phénomène plus vaste qui confère désormais à l'urgence une place centrale dans le fonctionnement de nos sociétés : « ce qui nous apparaît nouveau, c'est le fait que l'urgence ne constitue plus une catégorie temporelle extraordinaire et exceptionnelle. Elle s'impose comme la modalité ordinaire de l'action en général. (...) L'urgence serait ainsi une injonction sociale à agir immédiatement ».

Néanmoins, la responsabilité de la situation n'incomberait pas seulement aux usagers mais également aux médecins libéraux. Déjà, le Pr. STEG et le Dr. BARRIER présentaient dans leurs rapports⁵ un certain désengagement des praticiens libéraux dans

¹ DREES, Etudes et Résultats n° 72, juillet 2000

² « La crise sans fin des urgences », Le Quotidien du Médecin n° 6739, juillet 2000

³ « Urgences et permanence des soins : le plan de sauvetage de SOS médecins », Le Quotidien du Médecin n° 6823, décembre 2000

⁴ Laïdi Z., « Pourquoi vivons-nous dans l'urgence ? », Etudes 1999-06, p.775-788

⁵ Rapport du 17 septembre 1993 sur la médicalisation des urgences de la Commission Nationale de restructuration des urgences, présidée par le Pr. STEG et Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences, septembre 1994

l'accomplissement de leur devoir de permanence de soins, indispensable pour assurer une bonne prise en charge pré-hospitalière des urgences. L'année 2000 a été marquée par le rappel à l'ordre sévère des médecins libéraux par Martine AUBRY⁶ et par la mise en demeure des Comités Départementaux de l'Aide Médicale d'Urgence (CODAMU) afin que les préfets s'impliquent davantage aux côtés de l'Ordre des Médecins dans l'organisation des urgences.

Des pistes de solution ont été proposées dans le cadre de la réflexion sur l'élaboration des SROS 2^{ème} génération. En matière d'urgence, la plupart des SROS insistent sur la nécessité de développer des expériences innovantes pour renforcer la collaboration entre les praticiens libéraux et les hôpitaux. Cette orientation participe de l'évolution plus générale de notre système de soins vers un développement des réseaux conformément à la circulaire du 25 novembre 1999⁷. Pourtant, l'ouverture de l'hôpital sur la ville, et notamment pour la prise en charge des urgences n'est pas une évidence tant chaque acteur reste dans sa sphère d'activité.

Soutenues par la tutelle ou incitées par les professionnels, de nombreuses expériences de coopération ont été lancées mais ont connu des destins divers. A Tours, le CHU est lui aussi confronté à un afflux massif de patients, particulièrement au sein du service des urgences pédiatriques. La direction a donc songé à mettre en place une coopération entre les pédiatres libéraux et les urgences pédiatriques sous la forme d'une consultation libérale de porte à proximité de l'hôpital. Les urgences pédiatriques constituent la première étape d'un projet plus vaste, incluant dans un second temps la formalisation d'une coopération entre médecins libéraux et services des urgences adultes.

L'étude de ce projet de coopération ville-hôpital entre pédiatres libéraux et urgences pédiatriques et sa faisabilité au regard du contexte font l'objet de ce mémoire. Une première partie examine le phénomène d'attraction des urgences, et notamment des urgences pédiatriques. Une deuxième partie présente les différents acteurs qui prennent en charge les urgences pédiatriques sur l'agglomération tourangelle et leur articulation. La troisième partie analyse le projet de coopération ville-hôpital et sa mise en œuvre à la lumière d'autres expériences. Enfin, la quatrième partie tente de donner quelques pistes de réflexion sur la réalisation de ce projet.

⁶ « Le grand malentendu sur la participation aux gardes des libéraux », Le Quotidien du Médecin n° 6744, juillet 2000

⁷ Circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux

PRÉAMBULE : OBJECTIFS DE TRAVAIL ET METHODES

La commande passée par le CHU de Tours concernait a priori l'étude de projets de coopération ville-hôpital pour l'ensemble des urgences adultes et enfants dispersés sur trois sites. L'impératif de temps, la spécificité des urgences pédiatriques concentrées sur un site unique (le Centre de Pédiatrie Gatien de Clocheville) et le déroulement du stage professionnel ont entraîné le recentrage du sujet sur les seules urgences pédiatriques qui offraient de plus un état d'avancement plus important de son projet de coopération ville-hôpital.

Compte tenu de ces contraintes, l'objectif principal est d'analyser l'articulation des acteurs de la prise en charge de l'urgence sur un territoire donné afin d'étudier la pertinence et la faisabilité d'une coopération ville-hôpital formalisée. Cet objectif a permis de conduire un travail personnel d'observation et d'analyse du terrain au travers de rencontres de professionnels et de mener une réflexion sur le devenir d'un projet de coopération entre pédiatres de ville et urgences pédiatriques hospitalières au regard de la situation locale. Cela aura été aussi l'occasion de comprendre le rôle de catalyseur des énergies d'un directeur d'hôpital dans ce type d'entreprise.

Au niveau opérationnel, quatre objectifs ont soutenu ce travail :

- dégager les enjeux de la problématique globale des urgences hospitalières
- faire un état des lieux de la prise en charge des urgences pédiatriques à Tours
- analyser le projet de coopération ville-hôpital pour les urgences pédiatriques à la lumière d'autres expériences et de l'analyse portée par les acteurs interviewés
- formuler des propositions d'organisation

La méthode adoptée s'est déroulée en trois étapes :

1) la constitution d'une bibliographie

Les articles figurant dans la presse spécialisée sont relativement nombreux concernant le phénomène d'explosion des urgences hospitalières mais se montrent moins diserts sur les expériences de coopération. Il est plus fréquent de trouver des articles plus théoriques sur la formalisation de réseau et filière de soins. En revanche, plusieurs études ont été réalisées à l'initiative du corps médical sur le recrutement des urgences et sur la place de la médecine libérale dans la prise en charge des urgences, apportant une masse précieuse d'informations. Trier les documents recensés permet peu à peu de poser le cadre de l'étude

et d'exclure définitivement certains champs d'investigation tels que par exemple les transports médicalisés d'urgence.

2) la découverte de la médecine libérale

Un stage extérieur effectué à l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) de Bretagne a été l'occasion de mieux situer la place des médecins libéraux dans la prise en charge de l'urgence au moyen d'une enquête⁸ réalisée auprès d'une dizaine de médecins généralistes. Ces deux mois ont aussi constitué une opportunité pour étudier les divers projets de coopération ville-hôpital qui se montent en France pour les urgences et de suivre plus particulièrement le lancement d'un centre libéral de permanence des soins à Rennes.

Les rencontres réalisées dans ce cadre avec des médecins libéraux : membres de l'URML, élus syndicaux, membres de SOS médecin, membres de l'Ordre des médecins ont permis de mieux appréhender l'étude du terrain tourangeau et de privilégier le contact avec d'autres acteurs moins connus.

3) l'étude du terrain

Deux outils ont été privilégiés :

- l'observation du terrain en passant plusieurs tranches horaires dans le service des urgences pédiatriques à différents moments de la journée. J'ai donc pu assister au parcours du patient de son arrivée à l'accueil jusqu'à sa prise en charge: accueil orientation, attente, hospitalisation, consultation et retour à domicile.
- L'entretien avec douze professionnels⁹ selon une grille d'analyse¹⁰ ciblée sur le rôle de chacun et le projet de coopération ville-hôpital entre les pédiatres libéraux et les urgences de l'hôpital Clocheville.

Les professionnels ont été choisis en fonction de leur association au projet initial de coopération ville-hôpital et de leur connaissance professionnelle sur les urgences pédiatriques. Malgré une forte représentativité médicale qui tient à l'angle d'étude du

⁸ Enquête sur quelques médecins généralistes en Ille-et-Vilaine, stage extérieur EDH, janvier 2001

⁹ Annexe 1

¹⁰ Annexe 2

mémoire, d'autres acteurs ont été interviewés comme le cadre infirmier du service des urgences ou une assistante sociale de l'hôpital.

Chaque entretien, d'une durée variable de 30 minutes à une heure, a été mené suivant un guide d'entretien préparé et adapté en fonction de l'interlocuteur. La prise de notes a été privilégiée au profit de l'enregistrement pour obtenir le point de vue le plus spontané possible sur le sujet. Si cette méthode entraîne à l'évidence des pertes d'information, elle permet d'instaurer un dialogue plus convivial et moins contraint entre l'intervieweur et l'interviewé. Le Travail de prise de notes devait être rapide et faire l'objet d'une relecture quasi immédiate pour ne pas trop perdre d'informations et retranscrire fidèlement les propos des personnes interrogées.

Les résultats obtenus m'ont permis de nourrir une réflexion personnelle sur les conditions de mise en œuvre d'une coopération ville-hôpital et de formuler des propositions qui tiennent compte du contexte décrypté sur le terrain..

PREMIÈRE PARTIE : L'ATTRACTIVITÉ DES URGENCES HOSPITALIÈRES

Depuis leur création dans le milieu des années 1960¹¹, les services d'accueil des urgences hospitalières n'ont cessé de voir leur activité croître d'année en année. Ce recours massif aux urgences serait à l'origine de perturbations dans le fonctionnement des services, embolisés par un public qui n'a pas les caractéristiques de celui pour lequel il est prévu. Cette augmentation constante de la fréquentation des services d'urgence est un phénomène commun (I) à tous les pays qui en sont dotés. Quelques études qualitatives sur les caractéristiques des patients et leurs motivations soulignent la multiplicité des facteurs pouvant être responsables de l'utilisation des services d'urgence (II). Certaines études mettent en évidence une spécificité des urgences pédiatriques (III).

I. Un phénomène d'ampleur nationale

Les chiffres parlent d'eux-mêmes : la fréquentation des unités d'urgence hospitalières publiques a augmenté de 43 % en huit ans¹² de 1990 à 1998. Analyser des chiffres, signes d'une situation explosive suppose au préalable de définir la notion d'urgence (A). L'analyse de la réponse apportée par les pouvoirs publics permet de découvrir une approche plus pragmatique que réellement stratégique dans une perspective de long terme (B).

A. Une situation explosive

La polysémie actuelle du mot « urgence » qui a priori suggère une situation émotionnelle forte participe sans nul doute de l'ampleur médiatique de ce problème de « surchauffe »¹³ des urgences hospitalières et bouleverse l'interprétation objective des données statistiques disponibles.

1. la notion d'urgence

Tenter de définir l'urgence, c'est mettre en évidence des points de vue très divers largement dus à une absence de consensus sur la façon de décrire l'activité elle-même.

Pour le public, les urgences sont à la fois :

- des locaux hospitaliers ouverts 24 sur 24 heures

¹¹ Circulaire du 13 août 1965 sur l'organisation des services d'urgence et de réanimation dans les hôpitaux

¹² Etudes et résultats, DREES n°72, juillet 2000

- des conditions d'accueil spécifiques : l'accès est libre et les soins sont immédiats
- des types de soins particuliers : médecine, chirurgie, pédiatrie, psychiatrie
- des manières de travailler différentes entre les pompiers, le SAMU, les services d'urgence et les services hospitaliers.

Or, chacune de ces caractéristiques prise séparément ne rend pas toute la dimension de ce service public incontournable et surtout l'activité qu'il recouvre. A l'origine, l'urgence correspondait à la définition univoque de l'urgence vitale comme en témoigne cet extrait d'une circulaire de 1949¹⁴ : « *bien qu'il n'appartienne qu'au médecin ou à l'interne responsable de se prononcer sur le fait de savoir s'il y a urgence ou non et bien que le personnel administratif ne puisse prendre la responsabilité d'une décision, je vous prie de rappeler immédiatement aux directeurs d'hôpitaux de votre département que les personnes atteintes de fractures du crâne et les prématurés doivent être compris parmi les malades à admettre d'urgence* ». Les termes employés visent l'urgence qui ne souffre aucun retard et qui réclame une réponse rapide et adaptée. Aujourd'hui, la massification de la fréquentation des services d'urgence conduit à considérer comme «urgences» des situations qui s'éloignent de la définition originelle. Les professionnels ont donc recours à différentes typologies ou classifications pour essayer de rendre compte de toute l'activité prise en charge par les services des urgences hospitalières.

a. les différents degrés de l'urgence

Déjà en 1993 le rapport STEG¹⁵ tentait de clarifier la notion d'urgence en distinguant quatre niveaux :

- l'urgence *vraie* qui met en jeu le pronostic vital ou fonctionnel
- l'urgence *ressentie* qui vise un état morbide susceptible par son intensité ou sa soudaineté d'apparaître comme un état d'urgence pour une personne ou un entourage non qualifié
- les *soins de dispensaire* définis comme des soins ambulatoires pouvant n'être que para-médicaux mais ayant nécessités au moins un avis médical pour un syndrome morbide d'apparition soudaine et récente
- les *passages non urgents* qui visent les consultations externes, les activités programmées ou les problèmes sociaux.

¹³ Protection sociale Informations n°263, 19 juillet 2000

¹⁴ Circulaire n° 260 du 2 novembre 1949 relative aux admissions d'urgence dans les hôpitaux

¹⁵ Rapport du 17 septembre 1993 sur la médicalisation des urgences de la Commission Nationale de restructuration des urgences, présidée par le Pr. STEG

Les auteurs du rapport soulignent que la notion « d'urgence ressentie » ne peut être constatée qu'a posteriori après diagnostic. Cette précision permet de relativiser la notion de gravité qui ne paraît pas caractérisée dans le cas d'une urgence dite ressentie : le plus anodin des symptômes peut masquer le début d'un trouble grave.

En outre, l'urgence ne se trouve pas forcément associée à l'hôpital puisqu'elle peut être prise en charge par les médecins libéraux en cabinet ou en clinique privée. L'analyse de quelques études plus récentes réalisées par les URML¹⁶ donne un autre éclairage de la notion d'urgence en distinguant deux niveaux :

- l'urgence *réelle* correspondant à des urgences vitales mettant en jeu le pronostic vital ou à des urgences *vraies* nécessitant des soins rapides
- l'urgence *ressentie* définie comme la situation dans laquelle le patient peut légitimement penser que son état nécessite des soins urgents alors qu'il ne souffre d'aucune pathologie grave.

Une étude qualifie même l'urgence dite « de confort » lorsque le patient sollicite des soins urgents « injustifiés ».

b. les classifications scientifiques de l'urgence

Deux classifications médicales ont été élaborées spécifiquement pour les services de soins :

- la classification clinique des urgences (CCUM) a pour objectif d'attribuer à chaque patient une classe selon un jugement médical de l'évolutivité clinique à l'arrivée et la présomption de soins nécessaires pendant son séjour au service des urgences. Cette classification permet un classement médical des consultants dès le premier examen médical et s'avère apte à inclure tous les patients des services d'urgence sauf ceux relevant d'une prise en charge psychiatrique.

Classes	Definitions
I	Etat clinique jugé stable. Pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique
II	Etat clinique jugé stable. Décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique
III	Etat clinique jugé susceptible de s'aggraver sans mise en jeu du pronostic vital
IV	Pronostic vital jugé engagé et prise en charge ne comportant pas de gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat
V	Pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant de gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat

Tableau n° 1

¹⁶ Voir liste des études en bibliographie

- La classification du groupe d'études multi-centriques des services d'accueil (GEMSA) se propose de décrire tous les patients des services d'accueil, indépendamment des différentes organisations tant médicales que structurelles. Elle repose sur le mode d'admission et le mode de sortie du service d'accueil et permet ainsi de caractériser un profil de charge de travail médico-infirmier propre à chaque consultant.

Classes	Définitions
1	Patient décédé à l'arrivée ou avant toute réanimation
2	Patient non convoqué sortant après consultation ou soins
3	Patient convoqué pour des soins çà distance de la prise en charge initiale
4	Patient non attendu dans un service et hospitalisé après passage aux urgences
5	Patient attendu dans un service, ne passant aux urgences que pour des questions d'organisations
6	Patient nécessitant une prise en charge thérapeutique immédiate importante ou prolongée

Tableau n° 2

c. une tentative de synthèse

Au terme de ce rapide état des lieux, il convient d'employer le mot «urgence» avec précaution pour rendre compte de multiples situations où la fréquentation d'un lieu, l'hôpital, définit a priori un événement qui ne relève pas de l'urgence au sens strict.

Il paraît alors pertinent de revenir au sens littéral du mot latin «urgere» qui signifie «ce qui ne souffre pas de retardement» en illustrant cette situation non pas par l'urgence vitale mais par les exigences d'une société consumériste où rien ne souffre de retard. De nombreux médecins font remarquer «*qu'il n'y a pas d'urgence mais beaucoup de gens pressés*»¹⁷. Les patients consommateurs d'un service veulent être servis dans les meilleurs délais avec l'assurance de soins de qualité et d'un diagnostic certain et rapide sur leur état de santé. En conséquence, le terme d'urgence qui est employé dans ce mémoire correspond à la notion plus large de «soins non programmés», suivant ainsi l'exemple du colloque organisé sur ce thème par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité le 6 juillet 2000¹⁸.

¹⁷ Enquête sur quelques médecins en Ile-et-Vilaine, stage extérieur EDH, janvier 2001

¹⁸ « les urgences : comment mieux organiser les soins non programmés »

2. les caractéristiques du flux

L'analyse approfondie des caractéristiques du flux d'urgence est riche d'enseignements (b) malgré un recensement statistique encore succinct (a).

a. des données statistiques limitées

Les deux outils les plus répandus et exploités tant par les hôpitaux que par les autorités institutionnelles sont le nombre de passages aux urgences hospitalières et les visites à domicile des médecins libéraux qui reflètent a priori leur activité de soins non programmés. Comme le souligne la DREES¹⁹, ces indicateurs relativement « frustrés », s'ils ne permettent pas d'analyser ce que recouvrent les demandes de soins exprimées à ces occasions, mettent en évidence certaines disparités régionales et la complexité du rapport entre l'organisation de l'accès aux soins et l'utilisation qu'en font les populations.

Suite aux expérimentations menées par la mission PMSI²⁰, les données concernant les urgences sont enrichies d'année en année et donnent notamment des éléments sur les modes d'entrée et de sortie des patients ainsi que leur origine géographique. Cependant, le recensement de l'activité effectué par les services reste encore très aléatoire et conditionné par l'utilisation rigoureuse de classification fiable telle que la GEMSA. C'est celle-ci qui est utilisée dans la nouvelle Statistique d'Activité d'Établissements (SAE) 2000 qui vise une collecte de l'activité beaucoup plus exhaustive en distinguant les urgences adultes et les urgences pédiatriques selon une grille de critères plus précise que les années passées.

b. des résultats à interpréter

Concernant le volume d'activité, outre l'énorme augmentation du nombre de passages passant de 7 203 000 en 1990 à 10 331 000 en 1998, plusieurs éléments doivent être soulevés :

- la fréquentation des urgences varie du simple au double selon les régions, la région Centre se situant dans la moyenne haute, le nombre de passages augmentant de plus de 32 % de 1991 à 1997 contre une augmentation moyenne de 26 % en France²¹.
- Le nombre de visites à domicile a diminué mais cet indicateur ne se révèle pas très fiable dans la mesure où toutes les visites à domicile ne sont pas liées à l'urgence et

¹⁹ Etudes et Résultats n°72, juillet 2000

²⁰ la lettre d'informations hospitalières, n° 34, 1999

qu'une partie des consultations effectuées au cabinet médical correspond à une demande de soins non programmés prise en charge aux heures ouvrables.

- Le nombre de majorations facturées la nuit, le week-end et les jours fériés est en hausse et vise une clientèle différente de celle de la semaine : ce sont le plus souvent des enfants et des jeunes adultes.
- Les urgences hospitalières constituent un poids essentiel dans l'activité d'hospitalisation complète des petits établissements représentant jusqu'à 50 % des entrées. Quant au taux d'hospitalisation, traditionnellement faible dans les gros établissements, il augmente légèrement avec la taille pour les établissements plus modestes.

Concernant le contenu de l'activité, le flux se caractérise par une forte proportion d'urgences dite ressenties et de consultations. Toutes les études convergent sur ce point. Le rapport STEG notait que 90 % des urgences accueillies par les hôpitaux parisiens étaient des urgences ressenties²². Les études plus récentes menées par diverses URML estiment leur part à 70 % contre seulement 5 à 6 % d'urgences réelles ou vitales. Les premières expérimentations de la mission PMSI sur les urgences mettaient en évidence l'importance de l'activité de « simple consultation » à hauteur de 62 % du total des 32 000 passages étudiés. Les résultats d'une étude²³ menée conjointement en secteur hospitalier et ambulatoire donne des résultats éclairants sur ce point : 86 % des patients qui se rendent spontanément aux urgences rentrent à domicile et dans 30 % des cas, les problèmes posés par les patients auraient pu justifier, pour les médecins consultés, d'une prise en charge différée. Près de 50 % des cas auraient pu être traités dans la demi-journée.

On constate alors l'existence d'une similitude forte entre l'activité de médecine d'urgence et l'activité de médecine de ville. Pour le patient, le service des urgences est la consultation à laquelle il recourt en dehors des horaires d'ouverture du cabinet du médecin traitant voire pendant les heures ouvrables puisque 75 % des entrées aux urgences²⁴ se font entre 8 heures et 19 heures avec un pic significatif de l'activité le lundi. L'étude réalisée sur l'agglomération rennaise donne des chiffres semblables avec une activité cependant plus importante la nuit pour l'hôpital que pour la médecine libérale, comme le montre le tableau qui suit.

²¹ Base de données 2000 de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé

²² Rapport sur la médicalisation des urgences, 1993

²³ « Photographie de la prise en charge des soins non programmés auprès des acteurs hospitaliers et libéraux de la ville de Rennes », ORS Bretagne et société Icônes, juillet 2000

²⁴ Résultats des expérimentations de la mission PMSI, 1999

Périodes	0h – 8h	8h – 20h	20h – 0h
<i>Ville</i>	2 %	93 %	5 %
<i>Hôpital</i>	8 %	77 %	15 %

Tableau n° 3

Si les études se multiplient depuis quelques années sur le sujet, les résultats présentés sont connus depuis longtemps et ont toujours eu les faveurs médiatiques stigmatisant l'image des urgences « victimes de leur succès ».

B. Un diagnostic ancien

Sujet sensible et stratégique pour les établissements de santé, les urgences ont été analysées à maintes reprises par les experts (1) et font l'objet d'un dispositif réglementaire de plus en plus étoffé (2).

1. le point de vue des experts

Plusieurs rapports ont marqué l'évolution du cadre réglementaire et font encore référence aujourd'hui tant pour la qualité de leur analyse que pour l'actualité des orientations proposées.

Le Professeur STEG, auteur emblématique de deux rapports successifs en 1989, puis en 1993 en tant que Président de la Commission de restructuration des urgences, a fait le constat du contraste existant entre les progrès réalisés dans la qualité de la prise en charge de l'urgence dans sa phase pré-hospitalière et le peu d'évolution dans l'organisation de l'accueil de l'urgence dans les hôpitaux eux-mêmes. Ces mêmes constats présentés dès 1984 au Comité Economique et Social avait abouti à la loi du 2 janvier 1986 relative à l'aide médicale d'urgence et aux transports sanitaires.

Après un important état des lieux, le rapport de 1989 propose une remise à plat totale du fonctionnement des unités d'urgence hospitalière en leur reconnaissant une autonomie propre en tant que service. Le rapport de 1993 sur la médicalisation des urgences insiste davantage sur la notion de « séniorisation » déjà présente dans le précédent rapport en dénonçant le saupoudrage des moyens humains qui nuit à la qualité du dispositif. Le Professeur STEG rappelle que la loi du 31 juillet 1991 ne fait pas peser sur tous les hôpitaux la même obligation uniforme en la matière et autorise des différenciations : « *les services*

d'urgence répondent à des besoins différents, remplissent des fonctions différentes et appellent des structures, des moyens et des statuts différents ». Le rapport observe que « *l'hôpital a pris la place de la médecine de ville dans la gestion de l'urgence* » et qu'il convient de « *réintégrer le médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence* ». Il rappelle aussi la nécessité d'une coopération entre les principaux acteurs de l'urgence pré-hospitalière qui sera largement développée par le rapport suivant.

Le Docteur G. BARRIER²⁵ stigmatise en effet dans son rapport les deux obstacles qui empêchent le traitement des urgences médicales hors de l'hôpital : le défaut d'organisation de la médecine libérale qui pousse à un certain hospitalo-centrisme et le peu de valorisation des actes d'urgence. Elle propose quelques modalités de coopération pour mobiliser davantage les médecins généralistes dans la prise en charge des urgences de proximité et éviter ainsi des hospitalisations jugées abusives.

La réponse de la médecine libérale s'est faite rapidement ensuite par la bouche du Docteur COLSON²⁶ dans un rapport présenté en 1994 devant le Conseil National de l'Ordre des Médecins où il distingue la notion de permanence de soins et celle d'urgences vraies médicales. Il reconnaît que les trois quarts des actes dits d'urgence doivent être réintégrés dans l'activité des médecins généralistes et que leur désaffection pour cette activité doit être stoppée. Ce rapport prône le maintien de l'obligation déontologique de la garde pour tout médecin et la création de sites d'accueil d'urgence libéraux confiés à des médecins volontaires pour répondre à cette mission de service public.

Au travers de ces différents rapports le cadre du débat actuel était déjà posé pour les générations à venir.

2. l'évolution du cadre réglementaire

L'histoire récente de l'accueil des urgences à l'hôpital se caractérise d'abord par le développement pragmatique d'une organisation pour faire face à une demande exponentielle de la population puis par la recherche de solutions techniques et réglementaires pour répondre à cette demande avec un service offrant qualité et sécurité.

Les pouvoirs publics ont toujours distingué dans la réglementation, l'organisation des services d'accueil et d'urgences, de celle de l'aide médicale d'urgence des SAMU/SMUR qui a fait l'objet d'une loi spécifique ainsi que de décrets et arrêtés ministériels. Longtemps, les services d'accueil et d'urgence des hôpitaux ont fait l'objet de simples circulaires

²⁵ Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences, septembre 1994

ministérielles à l'image de celle du 14 mai 1991 qui élabore pour la première fois un véritable guide de l'urgence hospitalière en déterminant le plateau technique minimum, les moyens en personnel et les principes de fonctionnement.

La première réforme hospitalière²⁷ n'a fait qu'introduire l'obligation pour les hôpitaux publics de recevoir toutes les urgences tandis que la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 étend cette mission à tous les établissements de santé sans distinction de leur statut public ou privé, tout en opérant une planification régionale contraignante. La question des urgences devient rapidement un enjeu stratégique dans la rénovation de ce dispositif de planification plus qualitative, qui cherche à adapter l'offre de soins en cohérence avec une politique équilibrée d'aménagement du territoire.

Les décrets du 30 mai 1997²⁸, comblant le vide né de la suspension des deux décrets du 9 juin 1995 relatifs à l'organisation de l'urgence hospitalière, ne font que confirmer la longue évolution des urgences hospitalières : ils apportent une reconnaissance des rapports STEG et BARRIER et consacrent le passage progressif de la préoccupation de l'offre de service public à celle de planification. L'hôpital doit maintenant faire la preuve de ses capacités et obtenir l'autorisation d'exercer dans un cadre pré défini. Une innovation importante réside dans la mise en place de contrats relais entre les unités de proximité (UPATOU) et les services d'accueil et de traitement des urgences (SAU).

Un acteur institutionnel interviewé souligne la réorientation de la prise en charge de l'urgence médicale en France depuis cette réglementation de 1997. En premier lieu, l'ARH par sa politique d'autorisation, pousse à la spécialisation des établissements de soins et donc à leur concentration, comme signe de performance sur un créneau spécifique telle que l'urgence cardiaque par exemple. En second lieu, la réglementation des transports sanitaires consacre la « main mise » du service public sur les transferts : c'est l'hôpital qui gère l'orientation des malades en fonction de sa vision du système et de l'offre de soins qu'il perçoit. Enfin, le professionnalisme de la médecine d'urgence est largement encouragé. Cette tendance d'organisation hospitalo-centrée explique peut-être en partie l'afflux des populations vers les services d'urgence hospitaliers bénéficiant d'une certaine « aura » à leurs yeux.

²⁶ Rapport sur les urgences médicales et la permanence des soins auprès du CNOM, octobre 1994

²⁷ Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970

²⁸ Décret n° 97-615 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé, décret n° 97-616 relatif aux conditions techniques de fonctionnement, décret n° 97-619 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation, décret n° 97-620 relatif aux conditions techniques

II. Les facteurs d'explication

La question posée est la suivante : pourquoi les patients se rendent-ils aux urgences hospitalières pour des soins qui pourraient leur être dispensés en ville par leur médecin traitant. Dans l'attente de résultats de l'enquête projetée en 2001 par la DREES auprès des patients fréquentant des services d'urgence, différentes études réalisées par divers intervenants à travers la France révèlent une multitude de facteurs influant sur le recours aux services des urgences par les usagers.

J. PENEFF retient en conclusion de son ouvrage²⁹ que cette croissance est révélatrice tant de changement d'attitude des patients qui attendent de la médecine davantage de prestations (A) que de certaines « tensions de la société médicale » (B).

A. Les facteurs liés à la demande

C'est un fait : les gens se rendent davantage aux urgences hospitalières qu'auparavant alors que dans le même temps la part des urgences vitales est restée stable et que l'état de santé des Français s'est amélioré. Néanmoins, tandis que le recrutement des urgences s'est diversifié (1), la nature de la demande a évolué (2).

1. l'évolution de la population

En France, la population fréquentant les urgences est mal connue. Une étude réalisée par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)³⁰ identifie trois populations : la population avec des motifs non urgents, la population pour laquelle les urgences sont une source régulière de soins et les utilisateurs chroniques des urgences ou « heavy users ». Ce travail de recherche met en évidence que ce ne sont pas seulement les exclus qui consultent aux urgences mais une population beaucoup plus large et socialement insérée. Comme l'analyse J. PENEFF : « *cette cohabitation est typique des urgences françaises où des groupes sociaux très différents usent de ces services publics, contrairement aux Etats-Unis d'Amérique et à la Grande Bretagne qui y accueillent surtout des minorités ethniques et des exclus. En France, le brassage social y est plus grand, le recrutement plus large* ».

²⁹ PENEFF J. « les malades des urgences : une forme de consommation médicale », Editions Métailié 2000

³⁰ « Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction de dispensaires », Revue Médicale de l'Assurance Maladie n°3, 1998

Plusieurs études récentes renforcent cette analyse en montrant que les consultants de services d'urgence ne sont pas déconnectés du système de soins. Ainsi une étude réalisée sur le recrutement des urgences à Rennes³¹ établit que 85 % des consultants ont un médecin traitant³² et que si les patients non rennais sont plus fréquemment orientés par celui-ci, 53 % d'entre eux ne l'ont pas consulté et se sont adressés directement aux urgences. Or le devenir du patient n'est pas le même puisque si 88 % des patients se présentant spontanément aux urgences rentrent chez eux, ils ne sont plus que 51 % lorsqu'ils ont été adressés par un médecin. Une étude réalisée en région Poitou-Charentes³³ fait le même constat pour 80 % de personnes ayant un médecin traitant et distingue le recours direct majoritaire chez les jeunes adultes de l'adressage par le médecin traitant le plus souvent pour les personnes âgées.

Si la part des consultants appartenant à une population démunie ou exclue demeure indéniablement dans le recrutement des urgences hospitalières, force est de constater que la majorité est intégrée socialement et dispose a minima d'une couverture sociale. L'argument classique de la gratuité des soins dispensés à l'hôpital mérite donc d'être nuancée. Toutes les études recensées essaient toutefois de mettre en lumière le facteur financier, frein à l'accès aux soins, qui expliquerait l'afflux massif des patients aux urgences.

Certes, le recours à l'hôpital permet au patient d'éviter l'avance de frais qui s'impose en consultation libérale, encore que cette obligation soit devenue relative puisque bien souvent le patient se trouve remboursé par télépaiement avant même que son compte ne soit débité. Néanmoins la gratuité n'est pas totale, même si elle est perçue comme telle, puisque le tiers payant reste à la charge du consultant qui reçoit le plus souvent une facture ultérieure. Il s'en acquittera personnellement ou par le biais de sa mutuelle. Il est vrai que l'introduction de la CMU³⁴ a considérablement changé la donne pour les populations les plus démunies. D'une part, l'accès aux soins est pour eux véritablement devenu gratuit et d'autre part, cette gratuité est possible aussi bien à l'hôpital que chez le médecin libéral. Les deux secteurs de soins constatent d'ailleurs une augmentation régulière des patients bénéficiant de la CMU³⁵. Ainsi, le critère de la gratuité des soins n'apparaît pas comme déterminant dans le recours

³¹ note 23

³² un médecin traitant consulté régulièrement connaît tous les problèmes de santé du patient et détient son dossier médical

³³ Enquête concernant les urgences prises en charge dans la région Poitou-Charentes, URML, ARH, URCAM et DREES, juillet 2000

³⁴ La Couverture maladie Universelle instaurée par la loi du 27 juillet 1999 pose le principe d'une protection maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie voire une protection complémentaire dans la limite d'un plafond de ressources.

³⁵ Enquête sur quelques médecins généralistes d'Ille et Vilaine, janvier 2001

aux urgences qui semble être davantage le fruit d'une démarche raisonnée de la part des patients.

2. l'évolution de la demande

Au plan médical, ce sont les pathologies ostéo-articulaires qui constituent le premier motif de consultation³⁶. Une enquête³⁷ réalisée auprès des usagers se rendant spontanément dans les services d'urgence dégage plusieurs de leurs motivations.

Après un pré diagnostic rapide, le recours aux urgences hospitalières s'impose pour le patient par la nécessité qu'il perçoit de réaliser des examens techniques. L'accès à un plateau technique apparaît donc déterminant. La proximité de la structure hospitalière est souvent citée comme guidant le choix en faveur des urgences³⁸. En outre, les urgences permettent de gagner du temps : « *il y a tout sur place 24 heures sur 24 heures* ». Cette même étude souligne combien les usagers ont leur vision de leurs besoins « urgents » et de l'offre de soins.

A partir de leur perception individuelle de l'offre médicale existante, les usagers arbitrent en amont entre urgences hospitalières et médecine ambulatoire. Le tableau qui suit tente de résumer cette complémentarité de fait dans les habitudes de soins de la population :

<i>Indications différentes</i>	<i>douleurs fortes traumatismes</i>	<i>plaies sutures</i>	<i>angines, gripes suivi post urgence</i>
Services rendus différents	gain de temps examen technique	gain de temps proximité	écoute du médecin disponibilité de la médecine de garde
Complémentarité	Urgences hospitalières		Médecine libérale

Tableau n° 4

L'enquête réalisée en région Poitou-Charentes aboutit au même constat : les patients agissent en « consommateurs éclairés » et ne se rendent pas pour les mêmes problèmes aux urgences ou auprès du médecin de garde. Les usagers ont le choix du lieu de leur prise en charge et choisissent majoritairement d'aller aux urgences aux heures d'ouverture des cabinets médicaux (66,5 %). Ils cherchent une réponse adaptée à leur problème et à leur contraintes. Ainsi, les patients qui se rendent aux urgences pensent à 64 % avoir besoin

³⁶ D'après l'enquête réalisée à Rennes, 43 % de l'ensemble des venues spontanées concernent un problème ostéo-articulaire.

³⁷ Quéliier C., « Enquête auprès des usagers des services hospitaliers d'urgence de l'agglomération rennaise », octobre 2000

³⁸ Dans l'enquête rennaise, 59 % des consultants des urgences hospitalières habitaient Rennes

d'une radiographie. Cette perception est d'ailleurs assez cohérente avec leur motif de recours aux soins puisque 81,7 % présentent des problèmes de traumatologies et parmi eux 82,4 % bénéficient effectivement d'une radiographie. A l'inverse les patients font appel au médecin de garde disponible en dehors des horaires de travail. Se déplaçant à domicile, il leur permet de concilier prise en charge médicale et contraintes professionnelles ou familiales pour des problèmes de santé jugés peu graves et ne nécessitant pas d'examen complémentaire. Finalement, les patients privilégient le service rendu à la relation médecin/malade qui existe en principe avec le médecin traitant.

B. Les facteurs liés à l'organisation de l'offre

Face à une demande en pleine évolution, l'offre de soins en matière d'urgence se serait dégradée. Après les remarques sévères déjà prononcées dans les rapports STEG et BARRIER, J. PENEFF considère que « *les urgences soignent les défaillances de la médecine libérale* ». Cette explication suggère que les médecins de ville se désengagent, laissant seul l'hôpital assumer l'activité de soins non programmés qui explose. Une analyse conjointe sur la place de la médecine libérale (1) et le rôle de l'hôpital (2) dans la prise en charge des urgences permet de nuancer ce diagnostic.

1. la place de la médecine libérale

Selon l'article 77 du code de déontologie médicale : « *dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit...* ». La permanence des soins est donc l'activité quotidienne des praticiens faite de consultations et de visites à domicile durant la journée et sous forme de gardes pour répondre à la demande de soins en dehors des heures et des jours ouvrables.

L'Ordre des Médecins considère que la médecine libérale gère chaque année un minimum de 40 millions d'appels urgents, dont 5 millions de visites la nuit et le dimanche. Plus de trois mille secteurs de garde de médecins généralistes existant en dehors des établissements hospitaliers publics et privés couvrant la quasi-totalité du territoire ont été recensés par l'association MG-Urgences. L'Ordre des Médecins rappelle qu'il existe aussi quelques secteurs de garde pédiatrique. Près de 15 % des tours de garde fonctionnent tous les jours de 24 heures sur 24 heures, la moitié d'entre eux uniquement le week-end et les nuits de semaine et un tiers seulement le week-end. Pour MG-France³⁹ « moins de 5 % de ces tours de garde renvoient vers des structures type SOS médecins ». Néanmoins, il reste

difficile dans certaines grandes villes de trouver un médecin généraliste de garde en dehors des heures d'ouverture des cabinets.

Considérée comme évidente et non sujette à caution en milieu rural⁴⁰, la garde est au centre des débats en milieu urbain. Depuis quelques années, on constate un mouvement important de désaffectation des médecins libéraux vis-à-vis de la garde qu'ils ont longtemps assurée seul ou en groupe. Les arguments avancés par les médecins sont nombreux. Les médecins de ville notent tout d'abord une évolution sensible de la demande des usagers qui adoptent de plus en plus une attitude consumériste en matière de santé. Beaucoup de praticiens ne supportent plus d'être dérangés la nuit pour une angine qui peut attendre le lendemain. Ensuite, les mutations socio-démographiques de la profession apparaissent comme un facteur incontournable : les médecins, femmes à 37 % aujourd'hui et demain à plus de 60 %⁴¹, aspirent à un meilleur équilibre entre qualité d'exercice et qualité de vie. A l'heure de la réduction du temps de travail, les médecins comprennent mal de devoir travailler et le jour et la nuit. La restructuration de la démographie médicale fait peser sur les médecins en activité une obligation de plus en plus lourde alors que la moyenne d'âge augmente, puisqu'un médecin sur deux sera âgé de plus de 50 ans en 2005⁴². Les exemptions, autorisées par le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins en vertu du code de déontologie, se sont multipliées, notamment en faveur de médecins à exercice particulier tels que les acupuncteurs, les nutritionnistes, qui ne prennent pas de gardes.

En outre, dans certains quartiers dits sensibles, les conditions d'exercice sont devenues de plus en plus difficiles. Déjà, les médecins de garde ne se rendent plus la nuit dans certaines citées en raison de l'insécurité⁴³. Enfin la valorisation économique reste très défavorable : la cotation des actes d'urgence est faible, la majoration des visites la nuit et le week-end n'est pas une garantie contre les impayées et l'astreinte n'est en aucun cas rémunérée. Quelques titres d'articles de périodiques syndicales illustrent parfaitement le climat actuel : « *Voyage au bout de l'enfer des gardes...* »⁴⁴, « *Urgences : presque tout pour 115 francs de l'heure* ».

³⁹ « Médecine de ville : sauver les gardes de toute urgence », Le Quotidien du Médecin n° 6885, mardi 27 mars 2001

⁴⁰ Bulletin du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meurthe et Moselle, numéro spécial gardes, novembre 2000

⁴¹ « les femmes médecins réclament un statut social adapté à leur exercice », Le Quotidien du médecin, n°6873, mardi 13 mars 2001

⁴² Gottely J., Vilain A., « les perspectives démographiques des professions médicales » Solidarité et Santé n°1, 1999

⁴³ « Quartiers difficiles, comment éviter que la médecine ne baisse les bras », Le Quotidien du Médecin n° 6886, mercredi 28 mars 2001

⁴⁴ Union Nationale des Omnipraticiens Français, Médecin de famille, n° 29, décembre 2000

En reflet de cette désaffection des médecins, les usagers se montrent critiques vis-à-vis de la médecine libérale. Tout en témoignant un attachement profond à leur médecin de famille, ils dénoncent une division accrue du travail de rendez-vous en rendez-vous pour un examen complémentaire, une convocation, où ils voient parfois la simple recherche du profit. Concernant la garde libérale, ils la jugent défaillante et peu fiable. La désorganisation de l'offre libérale serait un des facteurs expliquant l'afflux des patients aux urgences hospitalières.

Le récent rappel à l'ordre en juillet 2000 de Madame AUBRY à l'encontre des médecins ne laissait aucune équivoque sur la nature du diagnostic porté par les pouvoirs publics. L'ancien ministre constatait « *un relâchement majeur dans les gardes...si aucun progrès n'est fait, il y aura des sanctions* »⁴⁵, ce qui a scandalisé les différents syndicats de médecins qui ont trouvé ces critiques complètement déplacées. L'actualité du sujet et la virulence des attaques ont poussé les URML à promouvoir différentes études sur l'organisation de la permanence des soins et la prise en charge des urgences par les médecins libéraux.

Les résultats de ces enquêtes⁴⁶ permettent de faire trois constats. Tout d'abord, la permanence des soins paraît globalement assurée : les médecins libéraux participent majoritairement à un tour de garde⁴⁷ même s'il existe de fortes disparités entre les régions et que l'organisation informelle persiste. Ainsi en Auvergne, 80 % des médecins généralistes disent effectuer encore personnellement leurs gardes auprès de leurs clientèles. Ensuite, les médecins libéraux affirment participer au traitement de l'urgence et considèrent qu'ils sont parfois les plus aptes à intervenir en première intention. En Ile-de-France, 86 % des médecins généralistes affirment avoir quitté jusqu'à dix fois par an leur consultation pour aller traiter une urgence. Ils sont plus de 30 % à le faire plus de dix fois par an en région Poitou-Charentes. L'étude rennaise déjà citée montre que sur 5965 actes de soins non programmés recensés sur un mois, 4176 étaient traités par les médecins de ville, soit 70 % du total. Deux raisons principales sont souvent invoquées pour justifier d'une non-participation au traitement de l'urgence : la désorganisation de l'emploi du temps et la rémunération insuffisante des actes. Ainsi dans trois régions, 90 % des médecins interrogés se disent favorables à une rémunération spécifique de l'urgence.

⁴⁵ « le grand malentendu sur la participation aux gardes des libéraux » Le Quotidien du Médecin n° 6744, mercredi 19 juillet 2000

⁴⁶ Voir la liste de ces enquêtes en annexe

⁴⁷ le taux de participation varie d'une région à l'autre de 72% en Rhône-Alpes à 80 % en Bourgogne. L'Ile de France présente des extrêmes allant de 17 % à Paris jusqu' à 80 % dans les départements limitrophes.

Outre les médecins installés, émergent de plus en plus en ville des structures spécialisées dans l'urgence, ou plus globalement dans la demande de soins non programmés, tel que SOS médecins qui ne fait que des visites à domicile 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Leur succès est tel que les médecins généralistes renvoient à eux sur leur répondeur lorsqu'ils s'absentent ou qu'ils choisissent de ne plus assurer leurs gardes.

En résumé, les médecins libéraux remplissent globalement leur obligation de permanence de soins avec plus ou moins de lisibilité pour le public qui intègre leur peu de disponibilité en comparaison avec les structures hospitalières la nuit et le week-end. Reste que peu d'entre eux pratiquent des gestes d'urgence type sutures en cabinet et que peu sont équipés pour les traiter, ce qui explique l'image de soins courants retenue par la population. Il faut rappeler que l'article 32 du code de déontologie permet aux médecins de faire appel à plus compétent et /ou à un transport médicalisé adapté à l'état du patient.

2. les missions de l'hôpital

Plusieurs éléments poussent à s'interroger sur le rôle qu'assume aujourd'hui l'hôpital public dans la prise en charge des urgences.

Il a été montré que les patients se rendent aux urgences hospitalières en majorité aux heures ouvrables des cabinets médicaux. Cet élément remet en cause l'argument traditionnel de désengagement de la médecine libérale qui finalement absorbe une part importante de soins non programmés en journée. De plus, le contenu de l'activité semble similaire aux deux secteurs⁴⁸. La qualification d'urgence est en effet donnée dans des proportions identiques, soit 76 % des soins non programmés reçus de niveau 0 et 1, correspondant à des urgences ressenties. En revanche, le devenir des patients diffère. En secteur ambulatoire, seules les urgences de niveau 2 et 3 sont hospitalisées alors que dans le secteur hospitalier, il y a recours à l'hospitalisation dès le niveau 0 (6 %) et 1 (21 %).

A ce stade, la conclusion pourrait être la suivante : c'est la même population qui consulte médecine libérale et hospitalière pour les mêmes affections. En principe, deux offres sur un même segment d'activité génèrent une certaine concurrence qui semblerait ici profitable à l'hôpital qui affiche chaque année des records d'augmentation. C'est d'ailleurs l'analyse de certains syndicats de médecins libéraux qui fustigent l'hospitalo-centrisme du système où les établissements publics chercheraient à attirer toujours plus de «clients ». Il est vrai qu'à

⁴⁸ note 23

l'heure de la dotation globale de financement et de l'allocation régionalisée des ressources en fonction de l'activité, il vaut mieux afficher une quantité florissante en nombre de passages plutôt que de risquer la « rétrogradation » au niveau d'UPATOU par défaut d'activité, voire le retrait de moyens au profit d'un autre site plus performant.

Néanmoins, un patient qui consulte aux urgences hospitalières n'est pas un intrus qui se trompe de lieu, mais une personne qui exprime une demande de santé que l'hôpital, qui a mission d'accueillir tout le monde, se doit de prendre en compte. Il s'agit souvent soit d'une urgence ressentie et analysée comme telle par un patient qui va sciemment choisir les urgences hospitalières, soit d'un recours en urgence en l'absence d'une offre alternative fiable aux yeux du patient en quête d'une réponse. Malgré les nombreuses critiques formulées à l'encontre des urgences hospitalières⁴⁹ : attente excessive, promiscuité, accueil parfois peu qualifié, l'auto-évaluation que réalise le patient privilégie l'hôpital où il dit trouver qualité et sécurité⁵⁰. L'image de l'hôpital moderne équipé de matériels performants rassure les patients angoissés à la recherche de sécurité. Ce facteur irrationnel peu quantifiable semble se retrouver encore davantage pour les urgences pédiatriques. Finalement l'hôpital retrouve ses missions ancestrales d'hospice et de lieu d'accueil avant tout, qu'il n'a jamais cessé d'assurer.

III. Les urgences pédiatriques

Déjà en 1993, le rapport STEG mettait en évidence la spécificité des urgences pédiatriques du fait de leur nombre, du terrain particulier de l'activité et de la concentration des sites pédiatriques. Représentant environ 30 % des 10 331 000 passages recensés en 1998, soit plus de 3 000 000 d'enfants, les urgences pédiatriques hospitalières ont été les premières⁵¹ à enregistrer une forte croissance de leur activité. A une demande identifiée comme spécifique (A) correspond une offre spécifique (B).

A. La spécificité de la demande

En pédiatrie, la demande de soins est exprimée en quasi-totalité par un tiers accompagnant, a fortiori s'il s'agit d'un très jeune enfant. La présence de cet intermédiaire

⁴⁹ Enquête IFOP de mars 2001 à la demande de la FHF: l'accueil dans les services d'urgence est l'un de sujets qui recueille le moins de suffrage

⁵⁰ Quéliér C., « Enquête auprès des usagers des services hospitaliers d'urgence de l'agglomération rennaise », octobre 2000

⁵¹ Tuffeau F., « les urgences hospitalières de plus en plus attractives », Santé Pays de la Loire n° 38, décembre 2000

donne tout son sens à la notion d'urgence ressentie qu'il convient d'éclaircir (1). De plus, les motivations du recours aux urgences hospitalières diffèrent de celles habituellement avancées pour les urgences adultes (2).

1. l'urgence pédiatrique

L'ancien président de l'Ordre de Médecins définit l'urgence pédiatrique comme la prise en charge de l'angoisse maternelle, c'est-à-dire d'une urgence ressentie par la mère. L'interrogation des urgentistes sur l'abus du recours à leur service renvoie surtout à la question de la capacité des parents à bien soigner leur enfant, à prendre des décisions à bon escient. Si les signes des urgences vraies sont plutôt bien reconnus par les parents, il n'est pas rare de voir affluer des enfants pour lesquels un minimum de bon sens et de réflexes de base d'éducation en santé auraient amplement suffi. Une étude récente⁵² soulève l'hypothèse que l'augmentation générale des recours aux urgences est le résultat, à la fois de cet aspect dont se félicitent les médecins et des abus qu'ils déplorent. Les parents ne deviendraient plus performants qu'en devenant plus attentifs et par conséquent plus intolérants à la souffrance et aux pleurs de leurs enfants. La rançon de ce progrès se traduirait par une augmentation des consultations adressées à un service inapproprié. Le caractère «inapproprié », évalué à 41 % dans une étude française⁵³, reste cependant difficile à établir d'autant que l'appréciation se révèle discordante entre les médecins. Il ne peut être déterminé qu'a posteriori une fois le diagnostic et la gravité de l'affection déterminés, ce qui ne prend pas en compte les incertitudes initiales sur la gravité et l'angoisse qu'elles génèrent. Le recours paraît cependant plus approprié lorsque le patient est orienté vers les urgences par un médecin.

De plus, un problème chez l'enfant ne peut être isolé du contexte familial dans lequel il s'exprime. La santé et le comportement de l'enfant sont interprétés dans un ensemble qui ne se limite jamais aux seuls aspects biologiques. Un passage aux urgences peut révéler une situation de maltraitance ou de tension familiale. Les mères utilisent d'ailleurs souvent des grilles de lecture contradictoires issues de la vulgarisation psychologique et médicale : il leur est difficile de ne pas être affectées par l'état de leur enfant et elles ne parviennent pas à s'exonérer d'un certain sentiment de culpabilité. Les demandes adressées aux parents sont paradoxales : montrer de l'affection et du sang froid, manifester de l'attention puis une

⁵² Cresson C., « les urgences comme révélatrices des asymétries et paradoxes de la relation parent/signant », Archives française de pédiatrie 1999, suppl. 2, P. 448-450

⁵³ Bouloche J., « les urgences pédiatriques à l'hôpital du Havre : analyse des modalités de recrutement », Archives françaises de pédiatrie 1995, 2, p. 600-601

certaine distance. Finalement, les parents ne peuvent trouver une échappatoire qu'en ayant recours aux soins et aux urgences.

Autre élément qui caractérise les urgences pédiatriques : la coexistence de deux populations parentales aux urgences hospitalières que révèle bon nombre d'études réalisées sur le recrutement des urgences pédiatriques⁵⁴. La première population est constituée de familles issues de milieux sociaux plutôt défavorisés, souvent d'origine étrangère, davantage touchée par le chômage et consultant les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI). L'hôpital, majoritairement fréquenté aux heures ouvrables, intervient alors en continuité des soins préventifs dispensés par la PMI. L'autre population plus informée plus exigeante d'une réponse immédiate et de plus de sécurité, est constituée de milieux sociaux plus stables avec une meilleure couverture sociale et une habitude de consultation en médecine libérale. Pour ces familles, l'hôpital vient compenser une discontinuité de soins ressentie en horaires non ouvrables ou offrir la disponibilité d'un plateau technique ressenti comme nécessaire. D'autres études issues d'établissements localisés dans des bassins socio-économiques faibles font le constat d'une population utilisatrice clairement défavorisée. C'est le cas de l'hôpital du Havre, de l'hôpital de la Timone⁵⁵ à Marseille ou encore de l'hôpital Robert-Debré⁵⁶ à Paris où les modalités de paiement des actes en milieu hospitalier (tiers payant et paiement différé) ont indiscutablement un rôle dans l'afflux des patients, les actes et les soins leur paraissant souvent gratuits. Parmi ces familles, certains enfants utilisent les urgences pédiatriques comme un lieu de soins habituel, évalué à 10 % dans l'étude réalisée à l'hôpital Robert-Debré.

Enfin, les urgences pédiatriques présentent un taux d'hospitalisation plus faible en moyenne que celui des unités d'urgence adulte : 18 % contre 29 % au CHU de Tours en 2000, ce qui témoigne d'une forte activité de consultation ambulatoire où les patients sont renvoyés à leur domicile après l'examen médical. Cette particularité s'explique vraisemblablement par la forte proportion de consultations spontanées des parents aux urgences, évalués à 76 % dans l'étude du Havre et à 80 voire à 85 % dans les autres études⁵⁷, alors que le taux n'était que 35 % pour l'ensemble des urgences dans l'étude rennaise. Cela confirme également l'importance du nombre d'urgences ressenties qui conduisent les parents inquiets à consulter notamment pour des enfants jeunes puisque

⁵⁴ par exemple : Martinot A., « motifs de recours aux urgences pédiatriques » ; Jeandidier B., « le faux débat des fausses urgences », Archives françaises de pédiatrie 1999, 6 suppl. 2, p. 461-466

⁵⁵ Pantalacci D., « l'urgence pédiatrique à l'hôpital de la Timone : propositions pour un projet de service », mémoire ENSP 1993

⁵⁶ Lombrail P., « Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital pédiatrique », Archives françaises de pédiatrie 1993, 50, P. 313-317

⁵⁷ note 37

schématiquement 70 % des enfants consultant aux urgences hospitalières ont moins de 5 ans et 50 % de moins de 2 ans⁵⁸.

2. les motifs de recours aux urgences hospitalières

Toutes les études consultées pour ce travail semblent converger pour dégager deux motifs principaux qui expliquent le choix des parents de se rendre aux urgences de l'hôpital : l'urgence ressentie et l'avis spécialisé, plus spécialement pour les affections médicales. C'est à nouveau la nécessité d'un plateau technique qui arrive en tête pour les affections traumatologiques et chirurgicales.

Les parents invoquent l'angoisse face à la gravité ressentie, notamment pour les nourrissons qui explique aussi le recours au spécialiste, ce d'autant plus que la zone concernée est peu dense en pédiatres libéraux. Une thèse récente⁵⁹ réalisée à Tours montre combien la demande d'avis spécialisée pour la prise en charge de la petite enfance devance le motif de l'accessibilité et de la disponibilité des services d'urgence pour les urgences adultes.

Les autres raisons citées sont la confiance dans les urgences pédiatriques, l'indisponibilité des médecins libéraux et enfin les facilités de paiement ou de proximité. L'étude réalisée auprès des CHU et CHG⁶⁰ donne une autre hiérarchie des différents motifs : le bas niveau socio-économique, l'accessibilité aux soins la nuit et le week-end, la qualité de la prise en charge et seulement l'anxiété des familles voire des médecins consultés en première intention.

Une étude plus ancienne réalisée à Grenoble⁶¹ établit une bonne synthèse des raisons qui poussent les parents à se rendre aux urgences hospitalières. Une classification typologique conduit à distinguer six groupes significatifs. Le type **A** (25 %) correspond aux parents envoyés par le médecin généraliste ou pédiatre ; ils recourent spontanément à l'hôpital en cas d'état grave. Le type **B** (13 %) correspond aux bons utilisateurs qui après un premier examen médical se sont référés d'eux-mêmes à l'hôpital. Le type **C** (17 %) correspond aux parents excessifs dans leur recours à l'hôpital qui font davantage confiance à la compétence du personnel hospitalier qu'à celle d'un médecin seul. Le type **D** (8 %)

⁵⁸ Lettre de la Société française de pédiatrie n°8, avril 1999

⁵⁹ Mathieu JM., « Consultations spontanées dans les services d'urgences : étude de motivation » Thèse de doctorat en médecine présentée publiquement le 18 mars 1998

⁶⁰ Leclerc F., « l'inflation des urgences pédiatriques », Archives françaises de pédiatrie 1999, 6 suppl. 2, p. 454-456

⁶¹ Marguet MC. et al., « Etude du CHU de Grenoble sur les motivations des parents à amener leurs enfants en urgence à l'hôpital », 1986

correspond aux parents qui sont guidés par la bonne image qu'ils ont de l'hôpital du fait de contacts antérieurs. Le type **E** (21 %) correspond à des parents qualifiés d'anxieux qui ne pensent pas habituellement à l'hôpital mais qui y ont recours pour avoir une réponse à leurs angoisses, souvent pour de jeunes enfants. Le type **F** correspond à des parents démunis qui voit dans les urgences pédiatriques un centre médical ordinaire ouvert en permanence et offrant des facilités financières.

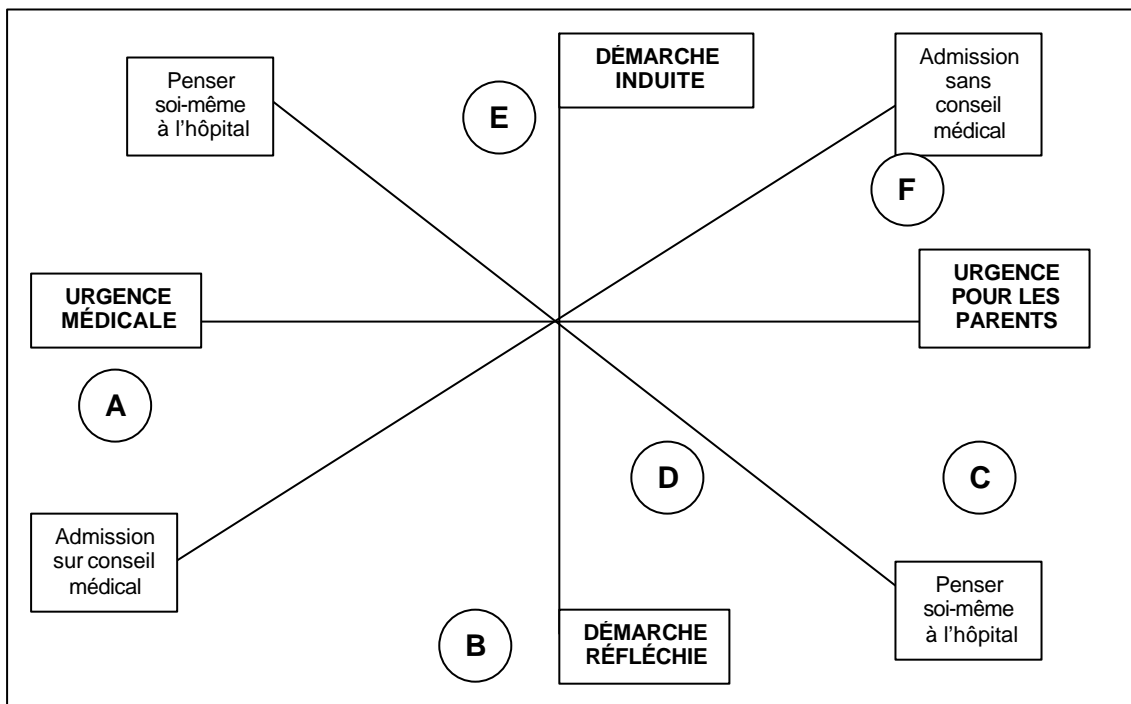


Tableau n° 5

L'image prégnante de l'hôpital a tendance à orienter les patients qui obéissent majoritairement à une démarche personnelle réfléchie: l'hôpital est pensé comme un premier recours. Pour les auteurs de l'étude, le risque d'une telle situation était la banalisation de ce phénomène, largement entamée aujourd'hui. Des résultats analogues se retrouvent tant au Québec⁶² qu'aux Etats-Unis⁶³ qui avancent les mêmes motifs : la demande d'avis spécialisé et la disponibilité des services d'urgences hospitalières.

B. Une offre de soins concentrée

Si la prise en charge des urgences hospitalières pédiatriques apparaît limitée (1), il semble qu'une multiplicité d'intervenants soient mobilisés auprès des enfants (2).

⁶² Lacroix J., « l'évolution des urgences pédiatriques à l'hôpital Sainte-Justine, Montréal », Archives françaises de pédiatrie 1999, 6 suppl. 2, P ; 457-458

⁶³ Kini NM., « Non urgent use of the pediatric emergency department during day », Pediatrics Emergency Care, février 1998

1. les urgences pédiatriques hospitalières

L'organisation des urgences pédiatriques hospitalières repose sur deux types de structures : les pôles spécialisés d'accueil des urgences (POSU) et les sites d'urgences généralistes qui accueillent les enfants.

Vingt-cinq POSU pédiatriques sont autorisée en France et se situent dans les grandes villes. Il en existe deux en région Centre : un au CHU de Tours, à l'hôpital Clocheville et un au CHR d'Orléans. Pourtant spécialisés dans la prise en charge des enfants, ces POSU ne répondent pas pour la plupart d'entre eux aux normes édictées par les décrets de 1997 faute de locaux adaptés, d'effectifs et parfois par manque de lits d'aval tant l'afflux est important. Cette situation est sans cesse dénoncée par les médecins hospitaliers⁶⁴, notamment par l'Association des médecins urgentistes hospitaliers de France, tout récemment lors d'un colloque organisé par le Sénat le 27 février 2001 sur « l'enfant et l'urgence ».

Parallèlement à l'activité de ces POSU pédiatriques, la quasi-totalité des 586 sites d'urgence autorisés en France accueillent des enfants au sein de services d'urgence généralistes. Les trois millions d'enfants qui passent aux urgences chaque année le font souvent hors POSU. La question centrale pour tous ces sites, au-delà des moyens matériels, est celle de la « séniorisation » des urgences qui impose la présence d'un médecin thésé aux urgences 24 heures sur 24. Or la diminution du nombre de pédiatres en formation rend quasi-impossible l'application de ce principe dans les 233 hôpitaux généraux qui disposent d'un service de pédiatrie et encore moins dans les autres établissements plus modestes. Il conviendrait alors d'adapter les structures au problème posé en reconnaissant que l'organisation de l'accueil des urgences pédiatriques est dépendante de la masse critique des urgences accueillies. Un article récent prône un assouplissement des principes tout en maintenant des exigences de sécurité pour les patients sur l'ensemble du territoire⁶⁵.

2. la multiplicité des acteurs de l'urgence pédiatrique

Tout comme pour les urgences adultes, la prise en charge de l'urgence pédiatrique dépend de l'hôpital mais aussi de l'investissement de la pédiatrie libérale. L'organisation entre pédiatres pour assurer le devoir de permanence de soins est fonction du nombre de

⁶⁴ « Trop peu de services d'urgence sont adaptés aux soins pédiatriques », Le Quotidien du médecin, jeudi 1^{er} mars 2001.

⁶⁵ Stagnara J., « Projet de réseau de soins de l'accueil des urgences médico-chirurgicales de la communauté urbaine de Lyon » Archives françaises de pédiatrie 1999, 6 suppl. 2, p. 482-484

pédiatres disponibles et de la volonté individuelle de pratiquer une permanence collective⁶⁶. Une enquête de l'Association Française de la pédiatrie ambulatoire montre une grande disparité dans la prise en charge des urgences pédiatriques d'une région et d'une localité à l'autre. Ainsi, la permanence nocturne des soins n'est assurée par des pédiatres que dans 12 villes sur les 44 concernées. Deux villes seulement assurent cette permanence la semaine et le week-end : Strasbourg et Lyon. Dans le département du Nord, 65 % des pédiatres disent exercer une activité de garde selon des modes variés : au sein de leur propre cabinet (5 %), par regroupement (18%), au sein d'une garde libérale en clinique (22 %), 20 % cumulant les deux derniers types de garde.

Néanmoins, les quelques 5 500 pédiatres en exercice en 1999 suffisent à peine à couvrir les besoins de notre pays⁶⁷. Le nombre de pédiatres est en constante diminution⁶⁸ et la densité moyenne de 5 pédiatres pour 100 000 habitants ou 25 pour 100 000 enfants âgés de moins de 16 ans, cachent mal d'énormes disparités géographiques d'une spécialité exercée essentiellement en milieu urbain. Les pédiatres libéraux sont loin de suivre tous les enfants. La grande majorité des patients ont entre 0 et 3 ans. Dès neuf mois, les nourrissons ne sont déjà plus que 55 % à consulter un spécialiste, et seulement 20 % au-delà de 2 ans⁶⁹. Une étude récente réalisée dans l'agglomération de Lyon⁷⁰ considère que les enfants sont pris en charge à 80 % par les médecins généralistes. Ce sont effectivement ces derniers qui agissent le plus souvent dans la phase pré hospitalière lorsqu'ils sont consultés et qui adressent les patients à l'hôpital pour obtenir l'avis spécialisé du pédiatre qui leur fait défaut.

Pour certains observateurs, des mutations sont à prévoir, à commencer par le transfert de la pédiatrie « de ville » ou pédiatrie « généraliste » vers la médecine générale. L'enjeu de la formation se révèle en conséquence incontournable pour améliorer les conditions de prise en charge et garantir la qualité des soins dispensés aux enfants. Son aspect est double : développer les capacités des pédiatres en matière de tri et de gestion des flux comme le font les médecins urgentistes et donner des compétences pédiatriques aux médecins généralistes et urgentistes. Une symbiose des savoirs de chacun semble s'imposer. L'examen de la situation tourangelle peut constituer un exemple de laboratoire.

⁶⁶ David T., « la participation de la pédiatrie générale à la prise en charge des urgences en France », Archives française de pédiatrie 1999, 6 suppl.2, P. 467-468

⁶⁷ La France compte actuellement environ 5 500 pédiatres : 3 500 pédiatres libéraux, 1 500 pédiatres hospitaliers et environ 500 pédiatres dans les MI et les établissements scolaires.

⁶⁸ « les pédiatres libéraux en 1997 », DREES, Point Stat n°16, mars 1999

⁶⁹ « la pédiatrie, une spécialité en crise, Bulletin de l'Ordre des Médecins », septembre 2000

⁷⁰ Stagnara J., « Projet de réseau de soins de l'accueil des urgences médico-chirurgicales de la communauté urbaine de Lyon » Archives françaises de pédiatrie 1999, 6 suppl. 2, p. 482-484

DEUXIÈME PARTIE : LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PÉDIATRIQUES A TOURS

La ville de Tours est située à 250 km au sud-ouest de Paris, à 100 km au nord-est de Poitiers et à 100 km à l'est d'Angers. Chef lieu de la préfecture d'Indre-et-Loire (37), au cœur de la région Centre, Tours connaît un essor considérable depuis la mise en en route du TGV, permettant de rejoindre Paris en une heure.

Au dernier recensement, l'agglomération tourangelle compte environ une vingtaine de communes, soit 297 631 000 habitants. Il s'agit d'une population plus âgée que la moyenne française et affichant une espérance de vie légèrement supérieure à la moyenne. En Indre-et-Loire, la population des moins de 20 ans représente 23,7 % de la population du département contre 26,5 % en France⁷¹.

A l'échelle régionale, Tours est la seule ville qui accueille un CHU d'une capacité de 1979 lits et places dont les activités sont réparties sur plusieurs sites :

- l'hôpital Bretonneau situé au centre de Tours pourvu d'un service d'accueil et de traitement des urgences médicales
- l'hôpital Trousseau, situé au sud de Tours, pourvu d'un service d'accueil et de traitement des urgences chirurgicales
- l'hôpital Clocheville situé au centre ville, pourvu d'un POSU pédiatrique
- l'hôpital de l'Ermitage
- l'hôpital des Grandes Brosses
- la Clinique psychiatrique universitaire
- la Maternité du Beffroi

A côté de ces structures publiques, plusieurs cliniques privées contribuent à l'offre de soins sur différents créneaux d'activité comme l'urgence cardiologique assurée par la clinique St Gatien. Ainsi, le SROS Centre⁷² autorise à Tours le fonctionnement d'un SAU auquel sont liées par contrat toutes les unités de proximité du département, d'un POSU cardiologique, d'un pôle de référence « main » et d'un POSU pédiatrique. Le CHR d'Orléans est le seul autre CH de la région qui bénéficie d'un POSU pédiatrique. Le SROS Centre précise que les établissements privés non reconnus comme « sites d'urgence », devront

⁷¹ Base de données 2000 de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé et Données économiques et sociales du Centre 2000/2001

renoncer à toute publicité portant la mention « accueil des urgences » conformément à l'article R 712-16 du CSP.

Ces premiers éléments mettent en évidence une forte présence des structures hospitalières en matière d'urgence pédiatrique (I). Néanmoins, la part de la médecine ambulatoire est loin d'être négligeable (II) et appelle une articulation entre les différents acteurs de la prise en charge des urgences pédiatriques, repérés au niveau local (III).

I. La prise en charge hospitalière

L'étude du recrutement du service des urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville (A) montre qu'il est comparable aux constats réalisés en première partie. L'analyse tant de l'activité (B) que de l'organisation du service (C) permettent de mieux cerner les atouts et les faiblesses d'une prise en charge purement hospitalière.

A. Le recrutement des urgences pédiatriques

Une étude réalisée en 1996-1997⁷³, dite « l'étude de Tours », s'interrogeait sur le recrutement du service des urgences de l'hôpital Clocheville et abordait trois aspects : l'épidémiologie et le profil socio-économique des patients (1), les raisons qui les incitaient à venir à l'hôpital (2) et la manière dont était perçu le fonctionnement du service par la famille (3).

1. les facteurs épidémiologiques

L'âge et la pathologie de l'enfant sont deux indicateurs révélateurs de la population infantine traitée par le service des urgences pédiatriques.

a. l'âge des enfants

Selon l'étude citée, l'âge moyen des enfants était de 4 ans et 2 mois avec des extrêmes de 4 jours à 18 ans. Plus de 55 % des consultations concernaient des enfants de moins de 3 ans et plus de 26 % des enfants de moins de 1 an. Ces chiffres sont comparables à ceux rencontrés dans d'autres études qui soulignent elles aussi l'extrême jeunesse des patients⁷⁴.

⁷² Annexe 3

⁷³ Pépin-Donat M., « Faut-il restructurer le service des urgences pédiatriques de Tours ? », Mémoire pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées en pédiatrie.

⁷⁴ Dans l'étude réalisée en 1999 par l'URML du Centre « Etude de la prise en charge des urgences pédiatriques dans la région Centre », 51,2% des enfants ont moins de 3 ans

Néanmoins, une comptabilisation plus récente des flux par informatique donne une proportion plus faible des enfants de moins de 3 ans sur l'année 2000, à hauteur de 33 %⁷⁵.

L'auteur de l'étude remarque la prépondérance des « tous petits » dans le recrutement du service qui démontre, selon elle, que l'inquiétude des parents, et donc leur recours aux urgences hospitalières, est d'autant plus grande que l'enfant est jeune.

b. la pathologie

Ce sont largement les pathologies chirurgicales qui dominent dans le service des urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville, représentant 67 % des passages en 2000 avec des traumatismes, des urgences viscérales et neurochirurgicales.

Quant aux pathologies médicales, les plus fréquentes par ordre décroissant sont les infections ORL, les infections respiratoires et les pathologies digestives. La pathologie se révèle donc extrêmement étendue tant sur la diversité des appareils concernés que sur le cadre pathologique (infections, troubles neurologiques, néonatalogie) et son degré de gravité. Cela implique de multiples compétences et la nécessaire polyvalence des médecins des urgences, qui suppose une connaissance très fine dans tous les domaines alors que la tendance est à la sur-spécialisation pédiatrique des praticiens tant en médecine qu'en chirurgie.

2. la situation socio-économique des parents

Les éléments obtenus ne confirment pas forcément les résultats connus d'études antérieures : s'il s'agit comme ailleurs d'un recrutement local, le niveau socio-économique des familles apparaît plus élevé.

a. la domiciliation

La plus grande partie des personnes ont un foyer régulier. Les autres sont essentiellement des gens du voyage. Une étude plus approfondie⁷⁶ de la provenance géographique des consultants montre une forte proportion des habitants de l'agglomération de Tours à 62 % en 2000, 32 % venant du reste du département. Les consultants sont cependant 14,5 % à venir hors de la région Centre durant les mois d'été. Le recrutement du

⁷⁵ Annexe 4

⁷⁶ Annexe 5

service des urgences pédiatriques est donc largement local et lui confère le caractère d'un service de proximité de l'agglomération tourangelle.

La part non négligeable de patients en provenance du reste du département d'Indre-et-Loire s'explique certainement par l'attractivité du POSU pédiatrique et le nombre d'unités de proximité, trois au total à Amboise, Chinon et Loches qui n'offrent pas le même niveau d'accueil pédiatrique.

b. les caractéristiques socio-économiques

Malgré un taux de non-répondants dans l'étude de Tours (15 %), on remarque que 10 % des parents se disent « isolés » et que 74 % vivent en couple, ce qui est particulièrement élevé. Concernant l'origine culturelle des familles, environ 10 % d'entre elles sont d'origine étrangère, le plus souvent de nationalité française depuis au moins une génération.

Quant à l'activité professionnelle, tous les secteurs d'activité sont représentés avec une proportion plus élevée d'ouvriers. 4 % des pères et 35 % des mères sont sans profession. Parallèlement le taux d'affiliés à la Sécurité Sociale est très important avec 93 %. 70% d'entre eux bénéficient d'une mutuelle et 3 % seulement se disaient bénéficiaires de l'Aide médicale gratuite puisque l'étude est antérieure à la mise en place de la CMU. Pour cette dernière catégorie de personnes, souvent représentée par les gens du voyage, la prise en charge et le suivi de pathologies chroniques est un problème.

Les résultats recensés concernant le milieu socio-économique et le niveau de couverture sociale ne sont pas superposables aux résultats trouvés en région parisienne, à l'hôpital Robert-Debré⁷⁷ ou encore à Marseille à l'hôpital de la Timone⁷⁸, où l'on relève une forte population immigrée et socialement défavorisée. Cet aspect du recrutement de l'hôpital Clocheville est dû essentiellement à la situation économique et sociale de l'ensemble de l'agglomération tourangelle qui diffèrent sensiblement des grandes villes telles que Paris ou Marseille. Le profil socio-économique plutôt élevé des consultants illustre, s'il était besoin, ce phénomène de société du recours systématique aux urgences hospitalières par tous les Français : riches et pauvres, informés ou non informés.

⁷⁷ Lombrail P. « Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital pédiatrique, conséquences sur l'organisation des soins », Archives françaises de pédiatrie 1993, 50, P ; 313-7

⁷⁸ Pantalacci D., « l'urgence pédiatrique à l'hôpital de la Timone : propositions pour un projet de service », mémoire EDH 1993

3. les critères de consultations du service des urgences pédiatriques

Malgré une bonne intégration globale des familles au sein du système de soins, la majorité des parents se rendent spontanément aux urgences pédiatriques.

a. le contact préalable du médecin traitant

Comme pour les urgences adultes, la plupart des familles qui fréquentent les urgences hospitalières ont un médecin traitant, soit 86 % d'entre eux pour l'étude de Tours. En revanche, on constate une part plus importante de consultations adressées (31 %), en majorité par le médecin traitant. 70 % des enfants restent amenés directement par leurs parents, le plus souvent par leur mère (50 %). La prise en compte de l'ensemble de l'activité médicale et chirurgicale donne une part de 80 % de venues directes par les parents ou les services de secours.

Néanmoins, la même étude révèle que l'arrivée au service des urgences a été précédée d'une ou plusieurs consultations chez le médecin généraliste, le pédiatre voire aux urgences, dans près de 43 % des cas. Le médecin généraliste adresse en effet dix fois plus les enfants à l'hôpital que ne le fait le pédiatre. Il n'y avait d'ailleurs pas plus d'hospitalisation pour les enfants adressés par le médecin généraliste que pour ceux amenés directement par leurs parents. Ces éléments confirment l'impression que l'avis d'un pédiatre est tout aussi efficace, spécialement pour les « tous petits ». Malgré les tentatives pour joindre un médecin traitant, l'orientation vers le service des urgences pédiatriques de l'hôpital reste le premier réflexe des parents.

b. les raisons du recours aux urgences hospitalières

Deux arguments sont le plus souvent cités dans l'étude de Tours. En tête, la notion d'urgence ressentie puis celle d'accessibilité aux soins (ouverture 24h/24h et accès sans rendez-vous). La rapidité de traitement et la demande d'avis spécialisé sont aussi des raisons avancées. En revanche, l'argument de paiement différé est peu cité par les consultants.

L'inquiétude des parents est donc le premier argument pour venir consulter en urgence à l'hôpital. Ils souhaitent obtenir rapidement un examen de leur enfant par des médecins auxquels ils attribuent des qualités de grande compétence. Leur but est d'être rassurée sur le caractère bénin de la pathologie, d'obtenir un diagnostic et l'assurance d'une guérison rapide. L'auteur de l'étude remarque combien les parents tolèrent de moins en moins la maladie qui bouleverse l'organisation familiale. Pour une fièvre simple, il faut un diagnostic et

la certitude d'une guérison immédiate qui est directement en rapport avec les difficultés de garde d'un enfant malade.

Deux éléments nuancent les principales motivations citées. La portée du critère de la compétence se trouve limitée par la réalité de la connaissance du fonctionnement du service des urgences par les parents. Près de 41 % d'entre eux ne savaient pas quel médecin ils allaient rencontrer : spécialiste, généraliste, interne. Souvent pour eux, c'était « *l'infirmière qui avait fait l'ordonnance* ». L'auteur relève à juste titre une complète contradiction entre le climat actuel de revendication des meilleurs soins possibles et l'impression de confiance aveugle dans le service des urgences hospitalières.

L'argument de rapidité est lui aussi tout à fait relativisé dans la mesure où la plupart des motifs de mécontentement concernent l'attente jugée excessive. Souvent les parents surestiment la durée de l'attente et oublient qu'ils auraient attendu tout autant chez leur médecin traitant, étant donné le caractère bénin du motif de consultation. Pour les familles, il semble que le simple fait de se rendre dans un lieu dit « urgences » impose une prise en charge immédiate de n'importe quelle pathologie alors que ces exigences conduisent inévitablement à l'engorgement du service des urgences.

Certains professionnels soulignent que la prise en charge du « *tout-venant* » dans les mêmes locaux, par les mêmes personnes expose au risque de retarder le début des soins pour les vraies urgences, voire de « *passer à côté* », tant l'activité est forte à certains moments de la journée.

B. La structure de l'activité

En 1992, le service des urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville comptait 21 198 passages. Il en comptait 27 950 en 2000, soit une progression de 32 % en huit ans, environ 4 % par an en moyenne⁷⁹. Ces chiffres bruts apportent une information limitée qu'il convient d'approfondir quant à la répartition des flux (1) et quant au degré d'urgence traité (2).

1. des flux concentrés

Le premier tri grossier effectué à l'accueil du service des urgences est de distinguer les pathologies médicales des pathologies chirurgicales. En médecine, la majeure partie de

⁷⁹ Annexe 6

l'activité se concentre de 9 heures à minuit avec un minimum de venues la nuit, tandis que pour la chirurgie, l'activité se concentre plutôt de 8 heures à 23 heures, avec pratiquement aucune venue de minuit à 7 heures. La nuit, les enfants dorment et ne se blessent pas. Quel que soit la discipline concernée, le créneau 18 heures - 21 heures est particulièrement chargé.

A l'échelle de la semaine, le lundi est une journée souvent chargée comme les samedi et dimanche après-midi. La journée du jeudi connaît parfois un léger pic d'activité. Les professionnels mentionnent pour la chirurgie les activités sportives et récréatives du week-end et du mercredi qui occasionnent un flux non négligeable de patients le soir ou le lendemain de la blessure.

Sur l'année⁸⁰, le nombre de venues en chirurgie est supérieur à celui des venues en médecine, même si l'écart se comble depuis 2000. Les conditions climatiques n'y seraient pas étrangères après plusieurs années humides. Les mois de forte affluence sont mai et juin pour la chirurgie et décembre et janvier pour la médecine. Pour les deux disciplines, ce sont les mois d'été et particulièrement le mois d'août qui enregistrent une activité plus ralentie au regard du reste de l'année, mais qui reste soutenue à hauteur de 60 passages par jour contre 75 passages par jour en moyenne. Au total, le mois le plus chargé est le plus souvent le mois de juin avec 95 passages par jour en moyenne en 2000. C'est d'ailleurs ce même mois de juin qui a connu la plus forte progression de flux en 3 ans (+ 17 %).

Ces quelques données chiffrées font percevoir, au-delà de l'image globale d'augmentation de l'activité, la réalité du rythme qui s'impose au service des urgences pédiatriques et que l'équipe intègre dans son organisation.

2. le degré d'urgence

L'étude réalisée en 1997 à l'hôpital Clocheville met en évidence ce qui est reconnu dans tous les sites d'urgences, en pointant la divergence entre nécessité de consultation de la part du patient et diagnostic du médecin. Etaient considérées comme justifiées : la consultation dont le diagnostic aboutissait à la mise en route rapide d'un traitement ou à une hospitalisation et la consultation pour un nourrisson de moins de trois mois. Les consultations qui manifestement ne relevaient ni de l'urgence ni d'une compétence spéciale représentaient 62 % du flux. Or, le taux d'hospitalisation, qui a tendance à décroître légèrement depuis 1992, se situe aujourd'hui aux environs de 18 %. Ce qui signifie, en

⁸⁰ Annexe 7

l'absence de lits-porte, que 80 % des patients retournent à domicile et pourraient être à posteriori gérés en dehors de l'hôpital⁸¹. L'auteur du mémoire relève une certaine « sur-hospitalisation » des consultants pour permettre une surveillance de courte durée. Ainsi en 1999, dans les deux services de pédiatrie générale de l'hôpital, plus de deux patients par jour en provenance des urgences avaient une durée de séjour inférieure ou égale à un jour⁸².

S'il est vrai qu'il est impossible d'éliminer l'éventualité d'une urgence « vraie » avant l'examen de l'enfant, le service des urgences pédiatriques de Tours est plus un service de consultations non programmées qu'un service d'urgences au sens strict. C'est bien la tendance de fond que révèlent les études similaires examinées en première partie. En outre, le faible nombre de « vraies » urgences qui demande cependant un haut degré de polyvalence, fait craindre une perte de compétences des praticiens face à l'urgence.

Un signe important de cette évolution est la part des patients qui utilise le service des urgences de manière récurrente. Dans l'étude de Tours, 77 % des enfants avaient été déjà examinés une fois au service des urgences durant les six mois précédents et seulement 2 % plus de deux fois. En 1999 et 2000 14,5 % des enfants⁸³ avaient été examinés au moins deux fois par le service des urgences pédiatriques.

Tous ces indicateurs nourrissent la réflexion de l'équipe du service des urgences et orientent leurs modalités d'organisations.

C. L'organisation de la prise en charge

Le circuit du patient « non-urgent » est simple. Dès son arrivée il est accueilli à la borne d'accueil par l'agent d'accueil ou une infirmière disponible. Après une première phase d'attente, il est examiné par un médecin. Ensuite après une seconde phase d'attente durant laquelle on établit son traitement et quelques formalités administratives relatives à sa couverture sociale, il peut rentrer chez lui. La facture du tiers payant lui est envoyée ultérieurement à domicile. L'heure d'arrivée, l'heure d'examen et l'heure de départ sont enregistrées systématiquement pour chaque patient. En 2000, la durée moyenne entre l'heure d'arrivée et l'heure de départ était de 77 minutes. Notons que dans son classement

⁸¹ Annexe 8

⁸² le taux d'hospitalisation du service des urgences de l'hôpital Clocheville reste cependant très bon par rapport aux autres services d'urgences pédiatriques en France.

⁸³ Analyse de données recensées en interne par le service

des services d'urgences, le magazine Science et Avenir⁸⁴ souligne comme point fort du service d'urgences de l'hôpital Clocheville, la prise en charge immédiate avec une durée de passage moyenne entre 30 et 60 minutes.

La gestion de ces flux de patients demande une bonne articulation entre les équipes médicales (2) et paramédicales (3), au sein de locaux qui s'imposent à tous (1).

1. les locaux

Le service des urgences de l'hôpital Clocheville d'une superficie de 300 m² dispose :

- d'un sas d'arrivée
- d'une salle d'attente commune aux deux disciplines médicales et chirurgicales
- d'un bureau médical avec petite salle de soins adjacente pour permettre un certain isolement, notamment pour les morts subites du nourrisson
- d'un bureau de cadre infirmier
- de trois salles de soins, une de médecine et deux de chirurgie
- d'une salle de plâtre
- d'une salle de radio
- d'une salle de détente.

Une petite salle de soins supplémentaire a été aménagée à la sortie du service pour permettre de désengorger le service en cas de forte affluence. Le service des urgences ne dispose pas en revanche de lits-porte qui permettraient une surveillance de quelques heures souvent nécessaires. Dans le cadre du plan directeur, le projet de restructuration du service des urgences prévoit à échéance de 2003 l'ouverture d'un nouveau service plus vaste avec création de salles d'attentes à plusieurs niveaux, d'une salle de déchocage exigée par les textes et d'un service d'hospitalisation de courte durée de huit lits. Ces nouveaux locaux visent l'amélioration des conditions d'accueil des patients et des conditions de travail du personnel. Cependant tenter de diminuer le temps d'attente risque de faire augmenter le nombre de consultants et là encore le nouveau service sera sous-dimensionné.

2. l'équipe médicale

Le service des urgences de l'hôpital Clocheville, dirigé par un praticien hospitalier du service de chirurgie viscérale, urologie et plastique, assure l'accueil médicochirurgical et les soins de tous les enfants amenés pour des pathologies théoriquement aiguës. Il existe deux

⁸⁴ Science et Avenir numéro spécial « urgences », mai 2000

secteurs, un secteur de médecine sous la responsabilité d'un praticien hospitalier pédiatre et un secteur de chirurgie sous la responsabilité d'un praticien hospitalier chirurgien pédiatre.

L'équipe médicale est composée de quatre médecins temps plein : deux praticiens hospitaliers pédiatres, un praticien hospitalier chirurgien pédiatre et un praticien hospitalier urgentiste. Elle est complétée par un interne résident. Les gardes sont assurées de 13 heures à 8 heures 30 le lendemain en semaine et de 8 heures 30 à 8 heures 30 le lendemain le week-end par les internes de médecine générale ou de spécialité pédiatrique qui travaillent dans l'établissement. Depuis 1996, la présence sur place d'un médecin « senior » c'est-à-dire diplômé, est devenue obligatoire 24 heures sur 24. Il a pour rôle d'assister l'interne dans les situations difficiles et de s'assurer de la bonne prise en charge des patients. A l'hôpital Clocheville, ce rôle est assuré par les médecins hospitaliers de l'établissement, toutes spécialités confondues, et par les pédiatres de ville qui acceptent d'assurer dix gardes par mois. Il faut remarquer que ce système est propre à l'hôpital Clocheville puisque pour les urgences adultes, seuls les médecins des urgences assurent la seniorisation du service 24 heures sur 24. L'opérationnalité de la garde senior est un des points forts des urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville.

Plusieurs protocoles spécifiques sont mis en œuvre sous la responsabilité des médecins seniors : le dépistage des accidents domestiques, l'accueil et la prise en charge des morts subites du nourrisson, la prise en charge de la douleur et le dépistage de la maltraitance avec le soutien d'une cellule récemment formalisée. Deux rapports de garde quotidiens sont effectués le matin entre 7 heures 45 et 9 heures, l'un en médecine, l'autre en chirurgie, par les praticiens hospitaliers du service ou par les médecins seniors de l'établissement. Ils permettent de contrôler à posteriori chaque passage d'enfants et de prévoir en cas de problèmes soit une reconvoction, soit une information du médecin traitant pour assurer le suivi de la pathologie. Le chef de service insiste d'ailleurs sur la nécessité de téléphoner aux médecins correspondants lorsque ceux-ci adressent un enfant. Ces contacts avec la médecine de ville restent cependant insuffisants dans la mesure où l'édition systématique d'un courrier de réponse au médecin traitant se révèle impossible vu le nombre quotidien de passage. Les médecins du service des urgences soulignent l'importance des appels téléphoniques des parents et des médecins généralistes pour obtenir des conseils de prise en charge et d'orientation.

Devant l'afflux des consultants, une information conjointe de la direction et du chef de service a été adressée durant l'année 2000 par lettre d'information « aux familles des

enfants venant en simple consultation »⁸⁵. Cette lettre vise à rappeler aux parents le réflexe d'une consultation préalable auprès de leurs médecins traitant et, s'ils le désirent la demande d'une consultation sur rendez-vous auprès du service de consultations externes de l'hôpital. Ainsi certains examens complémentaires sont prescrits par un praticien hospitalier et sont réalisés à l'extérieur de l'hôpital lorsqu'il n'y a pas d'urgence « vraie » et qu'il s'agit plutôt d'une consultation. Le suivi est alors effectué soit par le praticien hospitalier prescripteur, soit par le médecin traitant averti. Le chef de service explique « *les patients doivent savoir que le service est engorgé par des bricoles* ».

3. l'équipe paramédicale

L'équipe paramédicale se compose d'un cadre infirmier, de 14,5 ETP infirmières, de 4,75 ETP aides soignantes, d'un ETP assistante-sociale et de 3,5 ETP agents administratifs et hospitaliers. En principe, l'accueil est assuré par un agent : aide soignante ou agent administratif afin d'enregistrer les patients.

L'équipe du matin est composée de deux infirmières, une affectée prioritairement à la médecine et l'autre à la chirurgie, ainsi que d'une aide soignante. L'effectif infirmier est de trois l'après-midi et permet ainsi à la troisième infirmière de se consacrer davantage à l'accueil et à l'orientation des patients. La nuit deux infirmières et une aide soignante sont en service.

Grâce à la géographie resserrée des locaux actuels une infirmière est affectée par aile (médecine-chirurgie) et peut ainsi être en première ligne pour l'accueil lorsqu'elle n'est pas occupée par des soins. Cependant en cas de forte affluence la plus grosse difficulté est de gérer l'attente des patients alors que la capacité de la salle d'attente se révèle insuffisante et que parents et enfants s'impatientent. Ce n'est alors qu'un chassé-croisé incessant où la place d'observateur est pratiquement impossible tant chaque espace est optimisé.

Trois pics d'activité sont pointés par l'équipe : 11 heures, 14 heures et 20 heures, correspondant à l'évidence au rythme scolaire des enfants que les parents récupèrent à midi ou en fin de journée. Autant l'activité du matin est paisible, autant celle de fin de journée est animée. Deux assistantes sociales se partagent l'activité de la journée et assistent systématiquement aux rapports de garde du matin. Bien intégrées à l'équipe, elles sont

⁸⁵ Annexe 9

immédiatement averties d'une situation sociale difficile et se rendent donc prioritairement aux urgences pour rencontrer les familles et régler les difficultés sociales d'un enfant qui surgissent à l'occasion de sa venue aux urgences. Une vigilance particulière est portée aux situations de maltraitance. Un masseur-kinésithérapeute peut être joint en journée dans l'établissement et se déplace aux urgences à la demande de l'équipe du service.

Bien que l'activité d'urgence soit aux antipodes d'une activité de suivi au long court, tous les personnels regrettent le rythme effréné des passages qui s'enchaînent au détriment parfois d'une qualité d'écoute et d'accueil que les consultants pourraient trouver au sein des cabinets médicaux que pourtant ils délaissent.

II. La prise en charge libérale

A priori incompatible avec l'organisation d'un planning serré de rendez-vous, l'activité d'urgence est cependant prise en charge par les médecins libéraux dans le cadre de leur activité quotidienne (A). Certains se sont même spécialisés dans l'activité d'urgence ou plus largement de soins non programmés (B).

A. Les médecins libéraux

1. la dualité des intervenants

La caractéristique principale de la prise en charge des enfants en ville est la coexistence de deux catégories de praticiens : le pédiatre, médecin généraliste de l'enfant, et le médecin généraliste. C'est en effet ce dernier qui examine en majorité les enfants de plus de 3 ans. Une étude réalisée en 1999⁸⁶ par l'URML du Centre sur le sujet par questionnaire auprès de tous les médecins de la région Centre a d'ailleurs reçu beaucoup plus de réponses de la part des médecins généralistes que des pédiatres⁸⁷. Plusieurs facteurs expliquent la prédominance des médecins généralistes. Ils sont 2370 en région Centre contre 93 pédiatres⁸⁸ alors que ceux-ci sont essentiellement concentrés en milieu urbain.

Les résultats de l'étude de l'URML du Centre sont particulièrement éclairants sur la réalité de la prise en charge des urgences pédiatriques par les médecins libéraux, pédiatres et généralistes. Plus de 80% des patients venus en consultations ont ressenti une urgence mais l'examen de l'enfant par le médecin n'a permis de conclure à une urgence réelle que

⁸⁶ « Etude sur la prise en charge des urgences pédiatriques de la région Centre », URML du Centre, 1999

⁸⁷ 80 % de médecins généralistes contre 20% de pédiatres

dans 25 % des cas. Le degré d'urgence ressentie par les parents était surestimé dans près d'un cas sur deux. Les trois quarts des enfants « pris en urgence » sont examinés dans le cadre de l'activité quotidienne de consultation du médecin à son cabinet. Les médecins ne se déplacent que dans 22 % des cas. L'essentiel des actes est réalisé de 8 heures à 20 heures et 30% environ des patients ne sont pas suivis habituellement par le praticien qu'ils consultent en urgence. Au-delà, la majorité des médecins consultés disent participer à un tour de garde, le plus souvent organisé collectivement sur un secteur géographique.

Une courte enquête⁸⁹ réalisée auprès de quelques médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine, montre bien que les médecins généralistes se disent disponibles pour les urgences. L'un d'entre eux résumait son rôle ainsi « *prendre en charge l'urgence ou s'assurer qu'elle est prise en charge* ». L'ensemble du panel remarquait que les compétences de la médecine générale en matière d'urgence étaient souvent méconnues de la population et qu'une urgence « ressentie » prise en charge par le médecin généraliste était comptée comme une consultation alors qu'à l'hôpital cela aurait été une urgence. Ces quelques remarques auraient aussi bien pu être formulées par des médecins de la région Centre ou de la ville de Tours.

Lorsqu'on compare l'activité d'urgence des généralistes et des pédiatres⁹⁰, il semble que les pédiatres reçoivent davantage les urgences plus graves et pour des patients plus jeunes (3 ans en moyenne contre 5 ans en moyenne pour la clientèle des médecins généralistes). Néanmoins, une autre étude montre que dans 89 % des cas d'urgence pédiatrique, les pédiatres libéraux sont souvent appelés par téléphone et résolvent 14% des cas par un simple conseil médical téléphonique⁹¹. En revanche, en ville, ce sont essentiellement les médecins généralistes qui assurent les urgences de nuit. Ce sont également eux qui traitent davantage des urgences en visite. Alors que la fièvre est le premier motif identifié de recours au médecin généraliste, la toux, la diarrhée et les céphalées sont les motifs les plus fréquents chez les pédiatres ; on peut supposer que pour ces pathologies, l'inquiétude des parents est plus grande. Enfin, concernant le devenir du patient, le médecin généraliste hospitalise légèrement plus l'enfant que son collègue pédiatre et demande surtout davantage d'avis spécialisés.

Enfin, il faut remarquer que la clientèle de la médecine libérale diffère un peu de celle de l'hôpital. Dans l'étude de l'URML du Centre, on constate que 92,7 % des personnes venant

⁸⁸ Données économiques et sociales du Centre 2000/2001, INSEE

⁸⁹ Enquête sur quelques médecins généralistes d'Ille-et-Vilaine, stage extérieur EDH, janvier 2001

⁹⁰ Etude URML du Centre, 1999

en consultation libérale ont une mutuelle contre 82,4 % à l'hôpital. 7,9 % des enfants étaient issus de familles monoparentales contre 12 % à l'hôpital.

2. l'organisation des pédiatres libéraux

Autant l'organisation de la médecine générale ne semble pas se distinguer de l'organisation classique qui caractérise les grandes villes en France, autant celle des pédiatres libéraux de l'agglomération tourangelle doit être soulignée.

La tendance actuelle des médecins spécialistes en milieu urbain est celle d'un relatif désengagement vis-à-vis de l'obligation de garde et de permanence de soins imposée par le code de déontologie. Ainsi, la nuit et le week-end, les cabinets libéraux sont souvent fermés ; En Indre-et-loire, les pédiatres libéraux se sont organisés au sein d'une association « l'association des pédiatres de ville en Touraine » regroupant la majorité de la trentaine pédiatres du département, dont les vingt-cinq pédiatres de l'agglomération tourangelle.

A l'origine, ces pédiatres se sont rassemblées pour assurer un tour de garde selon les modalités habituelles d'une astreinte au cabinet ou à son domicile avec déplacement au domicile du patient sur appel téléphonique. Devant l'augmentation du nombre appels pour des consultations peu urgentes et afin d'améliorer tant les conditions de prise en charge des patients et que les conditions de travail des praticiens, les pédiatres libéraux ont mis en place un accueil pédiatrique fixe, fonctionnant la nuit et le week-end dans les locaux d'une clinique privée située en centre ville, à proximité e l'hôpital Clocheville.

Aujourd'hui, ce centre libéral de consultations pédiatriques fonctionne le week-end 24 heures sur 24 avec une présence sur place du pédiatre jusqu'à minuit, puis au gré des appels téléphoniques. Un pédiatre fait remarquer que « de 22 heures à 7 heures, il y a peu ou pas d'activité et qu'il s'agit alors plutôt d'une astreinte qu'une garde, da'autant que la proximité de Clocheville rassure ». En outre, une dizaine de pédiatres libéraux, attachés à l'hôpital Clocheville, assurent chaque mois, en plus de leurs vacances propres, des gardes de nuit aux urgences afin de permettre la complète séniorisation du service qui se révélerait impossible à 100% sans leur participation volontaire. Ces liens ville-hôpital qui caractérisent particulièrement les pédiatres de ville se retrouvent dans l'étude réalisée par l'URML du Centre puisque 54,5 % des pédiatres ont une activité mixte pour 6,6% de médecins généralistes et qu'ils sont 36% à prendre des gardes aux urgences contre 4,4% de médecins généralistes.

⁹¹ Etude sur les pédiatres libéraux en Alsace, 1996

B. Les organisations spécialisées dans l'urgence

Au premier des spécialistes de l'urgence en ville figure l'association SOS médecins, très active à Tours (1). Deux autres organisations spécifiques à Tours participent aussi de la prise en charge de l'urgence à divers degrés et dans des contextes bien spécifiques (2,3).

1. SOS médecins

Créée à Paris en 1966 par un médecin généraliste, l'association SOS médecins visait à réaliser exclusivement des interventions à domicile 24 heures sur 24. Rapidement des associations calquées sur le modèle parisien ont vu le jour à travers la France et notamment à Tours en 1986. En 2000, la fédérations SOS médecins regroupe 67 associations, 800 médecins et réalisent plus de 2,5 millions d'actes. Les médecins d'une même association sont tous membres permanents d'une société civile de moyens et mettent en commun un standard avec des moyens de communications, du matériel et des locaux. Le rôle premier de l'organisation est de fournir à la ville dans la quelle ils exercent une permanence de soins, et notamment des oins d'urgence. En conséquence, SOS médecins se refuse à réaliser des interventions pour des motifs qui ne nécessitent pas les services d'une telle structure et qui empièteraient sur l'activité traditionnelle des cabinets de ville : vaccinations, renouvellements d'ordonnance, certificats médicaux habituels, suivi des patients...

A Tours aujourd'hui⁹², huit médecins se consacrent entièrement à l'activité de SOS médecins et travaillent par roulement sur toute l'agglomération tourangelle en fonction d'un planning établi à l'avance. Tous les signes exposés par le patient sont saisis et transformés en code SOS médecins basé sur la Classification Internationale des Soins Primaires. En cas de motif considéré comme urgent, le médecin de service est immédiatement contacté afin de donner son avis sur l'urgence de l'intervention et la validité de l'appel. Avec 4469 appels au standard en 1986 et 41522 appels en 2000, le succès de SOS médecins à Tours ne fait pas l'ombre d'un doute à l'image de ce que connaissent d'autres agglomérations françaises.

Concernant l'activité des médecins de SOS, 37,1% des interventions étaient faites auprès des enfants de moins de 16 ans, dont 5,46 % pour des enfants de moins de 12 mois. Néanmoins, 79 % des interventions sont réalisées pour des motifs qualifiés de « non-urgents », dans des proportions similaires à toutes les autres structures à vocation « urgentiste ». SOS médecins intervient dans 55 % des cas aux heures de fermeture des cabinets traditionnels et réalise la quasi-totalité des visites majorées de la zone et 43 % des

⁹² Melchior G., « Activité 2000 de SOS médecins Tours, sa place dans l'agglomération », Thèse pour le doctorat en médecine, Université Paris VI, mai 2001

visites de semaine. Ces derniers chiffres sans servir de preuve pour dénoncer l'abandon du terrain de la permanence des soins illustre la fonction grandissante de SOS médecin comme interlocuteur unique, en l'absence de médecin traitant.

2. le centre « Porte ouverte »

Deux études récentes⁹³ montrent l'augmentation du nombre d'enfants vus en consultation par les centres de soins Médecin du Monde alors que jusqu'à récemment, ces centres recevaient en majorité des hommes adultes et isolés. L'agglomération tourangelle ne dispose pas d'une antenne Médecins du Monde. Il existe cependant un centre de soins gratuits, le Centre « Porte ouverte » qui reçoit en consultation les populations défavorisées.

Créé en 1987 et association loi 1901 depuis 1991, subventionné par les pouvoirs publics, ce centre est basé sur le bénévolat exclusif de professionnels de santé souvent à la retraite, et sur le principe de gratuité. Ils sont aujourd'hui 70 bénévoles : personnes d'accueil, dentistes, infirmières, kinésithérapeute, médecins spécialistes et généralistes, opticiens, pharmaciens, psychologue... Ils se donnent pour mission une action médicale qui vise l'accueil des personnes démunies qui ne fréquentent pas le système de soins habituel et une action sociale en coordination avec les autres intervenants sociaux pour permettre à ces populations l'accès aux droits et au régime commun de la santé. Le centre « Porte ouverte » assume vraiment le rôle d'un dispensaire, identifié comme tel par la population qui le fréquente d'emblée et ne se rend pas dans les structures de soins habituelles comme l'hôpital ou les cabinets libéraux.

Le rapport d'activité 2000 montre que près de 15 % des consultants ont moins de 18 ans, ce qui représente en moyenne plus de 2 enfants par jour. Le médecin responsable explique que c'est un phénomène récent en augmentation depuis deux ans. Il n'est pas rare de voir venir des mères pour des enfants très jeunes, de quelques mois seulement. Un pédiatre consulte d'ailleurs au centre tous les mercredis et prend en charge des pathologies variées. Depuis la mise en place de la CMU, les patients qui fréquentent le centre sont essentiellement de personnes en fin de droits, en situation irrégulière et parfois encore sans couverture sociale par méconnaissance de leurs droits sociaux. Concernant la population enfantine, il s'agit cependant d'une part marginale dans la prise en charge des urgences pédiatriques.

⁹³ Berthier M., Oriot D., « Le pédiatre et l'enfant exclu » Archives françaises de pédiatrie 1997, 4, p. 607-14 et Berthier M., « Pourquoi les consultations pédiatriques augmentent-elles dans les structures de soins pour exclus », Archives françaises 1998, 5, P. 793-98

3. SOS kiné

Une autre organisation récente spécialisée dans l'urgence a vu le jour en 1996 : SOS kiné. Cette structure, animée par sept masseurs-kinésithérapeutes, répond 24 heures sur 24 aux demandes des patients et se déplacent à domicile pour réaliser « en urgence » les actes prescrits par le médecin traitant. Leur activité trouve sa place dans la prise en charge des urgences pédiatriques puisque l'hiver, les trois quarts de leurs patients sont des nourrissons et des jeunes enfants pour des séances de kiné respiratoire, particulièrement efficaces dans le suivi de pathologie type « bronchiolite ».

Les kinés de SOS kiné Tours évoquent un bon partenariat avec les urgences de l'hôpital Clocheville qui informent les patients sur l'existence de ce service à domicile 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Professionnels agissant sur prescription, ils n'hésitent pas orienter les patients vers les services d'urgence lorsqu'ils détectent un problème au cours d'une séance. SOS kiné aurait le projet d'acquérir un équipement supplémentaire permettant de prendre les constantes des patients vus afin de faciliter leur transfert vers l'hôpital en cas de dégradation rapide de leur état de santé.

III. L'articulation des acteurs de l'urgence

L'analyse de la prise en charge des urgences pédiatriques sur l'agglomération tourangelle montre combien sur un même segment d'activité, l'urgence ressentie, nombreux sont les acteurs qui interviennent alors qu'a priori leurs rôles sont différents dans l'architecture de l'offre de soins. Malgré certaines contraintes inhérentes à notre système de soins (A), les pouvoirs publics tentent de donner des lignes d'actions pour remédier aux difficultés rencontrées (B).

A. Les contraintes inhérentes au système de soins

Sans exhaustivité, il convient de repérer plusieurs éléments qui peuvent peser sur la recherche d'un partenariat accru public-privé et se révéler une contrainte tenant aux patients (1) et aux professionnels (2,3).

1. une difficile analyse des besoins dans une société consumériste

Aujourd'hui, les différentes études et enquêtes réalisées en matière d'urgence se concentrent essentiellement sur les motivations des usagers pour se rendre vers telle ou

telle structure. Il semble en effet que dans un contexte d'inflation de la consommation médicale, on privilégie davantage une démarche consumériste d'étude de la demande à laquelle il convient de répondre à tout prix qu'une réelle analyse des besoins de la population. Le constat qui s'impose est celui de l'offre qui crée la demande. Une demande toujours plus exigeante dans un contexte excédentaire notamment en ville alors que le choix est beaucoup plus serré dans des zones rurales où l'offre de soins se résume souvent à l'activité d'un seul médecin généraliste. Se pose alors la question du rôle d'un hôpital public. Certes, il a mission de service public d'accueillir tous ceux qui se présentent mais faut-il de surcroît les encourager davantage en modernisant et en développant sans cesse les capacités d'accueil des services d'urgence. Le résultat est connu : les patients affluent.

L'étude du recrutement du service des urgences de l'hôpital Clocheville révèle un élément propre à cette structure spécialisée qui plaide pour le développement d'un service des urgences pédiatriques. Malgré un recrutement fortement local, certains patients résidents du département sont orientés vers Tours pour obtenir l'avis spécialisé qui fait défaut là où ils sont. La sur spécialisation des praticiens, le manque de formation des médecins généralistes en pédiatrie et le faible nombre de pédiatres, conjugués à des exigences de diagnostic plus élevées de la part des familles, poussent à une consultation accrue du POSU pédiatrique de Tours, et des autres POSU pédiatriques en général.

Concernant l'accueil des urgences pédiatriques, reste l'épineux problème de la compétence des médecins généralistes pour y être associé ou pas. Le recrutement de médecin urgentiste dans certaines équipes de services d'urgence pédiatrique est peut-être un pas dans ce sens afin d'étoffer les effectifs.

2. des relations concurrentielles entre professionnels

La comparaison des données de l'hôpital et de la ville dans l'étude de l'URML du Centre établit que la répartition des patients selon le degré d'urgence ne diffère pas que le patient se soit présenté à l'hôpital ou chez le médecin libéral. Ainsi, pour une même activité, médecins hospitaliers, médecins libéraux, médecins urgentistes interviennent sur un même créneau horaire et se révèlent alors des concurrents. Pourtant, si chacun respectait sa sphère de compétence et que les patients s'y conformaient, la médecine de ville prendrait en charge les urgences simples de premier niveau ou consultations et l'hôpital recevrait les urgences réelles avec l'aide éventuelle d'organisations spécialisées comme SOS médecins.

Or, cette analyse concurrentielle si elle est reprise par les médecins libéraux qui considèrent que l'hôpital « *accueille des gens qui n'ont rien à y faire* », ne reflète pas la réalité des relations entre professionnels. La hausse d'activité est en effet telle que tous les intervenants sont sollicités et qu'ils se contentent d'une coexistence pacifique en s'accommodant de l'évolution du système. Les médecins libéraux se désengagent de la garde en se reposant sur l'hôpital et SOS médecins. SOS médecins se développe sur les créneaux laissés disponibles par la médecine libérale et l'hôpital conforte son recrutement par l'intensification de l'activité de ses services d'urgence.

En outre, l'analyse des motivations des patients qui viennent consulter aux urgences offre un éclairage qui relativise l'impression de concurrence. Pour le patient, chaque acteur répond à un besoin particulier qu'il analyse plus ou moins rationnellement en fonction de l'offre de soins qu'il perçoit et qu'il connaît. Est mis alors en évidence la complémentarité des actions auprès du patient. Certes, en matière d'urgence pédiatrique cela peut être moins réfléchi tant l'inquiétude des parents devant les signes qu'ils décèlent chez leur enfant peut les conduire à surestimer l'urgence. D'ailleurs un premier contact positif avec le service des urgences pédiatriques lors d'une alerte sérieuse les encouragera à re-consulter les urgences pour tout problème, même plus bénin, pour la simple raison qu'ils ont confiance et qu'ils se sentiront immédiatement rassurés.

3. des enjeux financiers

Pour la médecine libérale, l'activité d'urgence est mal rémunérée ce qui n'incite pas du tous les médecins à s'y investir. Prendre du temps pour traiter une urgence et perdre le bénéfice de plusieurs consultations devient rare. Les médecins préfèrent organiser des plages de consultations sans rendez-vous qui lui permettent de répondre aux demandes d'urgence ressentie formulées par sa clientèle dans la journée. Quant aux gardes synonymes de visites de nuit, elles n'offrent pas non plus de rémunérations satisfaisantes en comparaison des contraintes qu'elles imposent. L'arrêté du 7 juin 2001⁹⁴ tente d'apporter une réponse en revalorisant les actes d'urgences réalisés en cabinet à K14 et le traitement de premiers recours à K25.

Pour l'hôpital, les urgences constituent une part importante de son activité et pèsent lourd dans l'allocation des moyens alloués par les autorités de tutelle. Aujourd'hui, une

⁹⁴ Arrêté du 7 juin 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux

baisse sensible de l'activité des services d'urgence mettrait à mal les projets de restructuration et de développement dont ils font tous l'objet à travers la France. Au terme du premier semestre 2001, le service des urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville connaît pour la première fois depuis plus de dix ans un fléchissement de l'activité (- 5,6 % sur le premier semestre 2001) qui interpelle l'établissement.

Enfin, pour les organisations spécialisées dans l'urgence, le maintien d'une demande soutenue de soins à domicile dispensés 24 heures sur 24 garantit leur unique source de revenus puisqu'ils ont tout investis dans ce genre de structures.

Ces principales contraintes caractérisent la dualité de notre système de soins que les pouvoirs publics s'attachent de plus en plus à faire évoluer vers plus de complémentarité.

B. Les lignes d'action et les marges de manœuvre

En matière de système de santé, il existe deux grands types d'action suivant la cible choisie : les professionnels et les usagers. La réforme amorcée en 1996 par les « ordonnances Juppé » vise une véritable recomposition de l'offre de soins (1) relayée par un discours très volontariste vis-à-vis de la population (2)

1. la recomposition de l'offre de soins

La troisième ordonnance du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée introduit des modes de coopérations nouveaux et notamment entre les secteurs public et privé : les réseaux de soins. Ce concept, récent dans le paysage sanitaire français, a nécessité quelques précisions quant à sa définition et à son champ d'action. Pour le président de l'actuelle Conférence nationale de santé « les réseaux sont une manière pour les professionnels de santé, de répondre aux problèmes de l'éclatement des soins qu'ils ont organisés⁹⁵.

Visés en 1996⁹⁶ par deux textes distincts, les réseaux de soins sont définis par la circulaire du 25 novembre 1999 comme ayant pour objectif « de mobiliser les ressources sanitaires, sociales et autres, sur un territoire donné, autour des besoins des personnes », afin « d'assurer une meilleure orientation du patient et de favoriser la coordination et la continuité des soins ». La circulaire ajoute expressément qu'ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé. La typologie pratique proposée par

⁹⁵ « Réforme du système de soins : filières et réseaux ne sont pas la panacée », Le Quotidien du Médecin 15 mars 2001

cette circulaire décrit quatre types de réseaux : les réseaux inter-établissements, les réseaux thématiques purs tels que les réseaux de soins palliatifs, les réseaux qui évoluent vers des réseaux de santé de proximité et enfin les réseaux prévus par le code de la sécurité sociale soumis à l'avis du comité d'orientation des filières et réseaux de soins et agréé par arrêté ministériel.

A l'image des réseaux pionniers, les réseaux ville-hôpital créés pour la prise en charge des patients atteints du SIDA, le développement ces réseaux de soins doit inciter les professionnels de santé à coopérer. Le ministre délégué à la santé⁹⁷ déplorait d'ailleurs récemment combien l'hôpital et la médecine de ville coexistent plus qu'ils ne travaillent ensemble au détriment des usagers. Selon lui, il faudrait qu'en ville «chaque médecin puisse se sentir membre d'une équipe hospitalière ». Un Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), créé en 1998 mais opérationnel pour le financement des réseaux depuis fin 2000 seulement est un outil supplémentaire pour soutenir les professionnels libéraux qui s'engagent dans des activités de coopération.

Le rapport de la mission de concertation sur l'avenir de la médecine de ville⁹⁸ souligne que la prise en charge ambulatoire se situe en amont et en aval de la prise en charge hospitalière et cite comme domaines pour lesquels les liaisons ville-hôpital constituent un enjeu qualitatif particulier, l'accueil et le traitement des urgences. Les conclusions de l'atelier sur l'offre de soins insistent sur la nécessité pour les urgences de clarifier les rôles respectifs de l'hôpital et de la médecine libérale. Un médecin généraliste interviewé sur ce point indiquait que l'urgence est « un événement isolé » dans une pathologie et que seules les médecins traitants de ville agissaient en aval de la crise en assurant le suivi du patient.

A l'évidence, l'urgence est une activité qui peut fédérer les différents intervenant au sein d'un réseau de soins afin de donner une réponse adaptée aux besoins des patients. Les SROS deuxième génération développent cet axe de restructuration de l'offre de soins en matière d'urgence déjà amorcé par certains textes plus anciens encourageant la participation des médecins libéraux à la prise en charge de l'urgence sur un territoire donné. La coordination des structures et des interventions est le talon d'Achille de tout réseau. La Drôme a été le premier département français à signer en 1995 une convention quadripartite de réponse à l'urgence. SAMU, pompiers, médecins généralistes et ambulanciers privés ont

⁹⁶ articles L712-3-2 du code de la santé publique et L 162-31-1 du code de la sécurité sociale

⁹⁷ « B. Kouchner veut rapprocher médecine de ville et hôpital », Le Quotidien du médecin 15 mars 2001

⁹⁸ Stasse F., Rapport de la mission de concertation sur l'avenir de la médecine de ville, 15 juin 1998

su mettre en oeuvre une coopération efficace qu s'est traduite en 1996 par un taux négatif de progression de passages aux urgences⁹⁹.

2. l'action sur les usagers

Déjà évoquée par les rapports STEG et BARRIER, l'orientation prise par les pouvoirs publics, sur le modèle d'autres pays européens¹⁰⁰ est la revalorisation du rôle du médecin généraliste en tant que premiers recours dans la chaîne de soins. L'objectif est de promouvoir un accès gradué aux soins avec un premier niveau auprès du médecin généraliste et un deuxième niveau auprès des spécialistes et des hôpitaux. Ainsi, deux actions semblent se dessiner aujourd'hui en direction de la population : la mise en place de filières de soins et l'éducation de la population.

L'organisation de filières de soins se définit par la mise en place de portes d'entrées fléchées dans le système de soins. En France, cette orientation s'est traduite par l'option de « médecin référent », choisie par le médecin libéral en contrepartie de certains engagements. Le patient est ensuite libre d'adhérer ou non à ce système. Rendu obligatoire, ce type de filière porte atteinte au libre choix du patient et suppose une prise de position des pouvoirs publics dans ce sens. Certains professionnels rappellent qu'il y a une trentaine d'années, il n'était pas rare que l'admission des patients à l'hôpital ne se fasse que sur adressage par un médecin de ville. Décider la mise en place d'un vaste réseau planifié de centres de santé placés sous la responsabilité de médecins généralistes soulève de surcroît un enjeu politique pour l'hôpital qui pourrait refuser d'accueillir certains patients au motif qu'ils ne sont pas dans la bonne filière. Cela remettrait en cause sa mission de service public d'accueil de tous.

Mettre en place une filière de soins suppose néanmoins que le circuit soit respecté par le patient. Or, force est de constater qu'en matière d'urgence, ce n'est pas le cas : les patients ne respectent pas la filière médecin généraliste, médecin de garde, appel du 15 dans les cas les plus graves et du 18 pour les accidents. Manque la définition claire d'une trajectoire souhaitable pour les patients relayée actuellement par les établissements hospitaliers qui voient leur service d'urgence saturé. Des campagnes d'information ont donc été lancées en direction du public comme dans la Drôme en mai 1998¹⁰¹ afin de sensibiliser la population au « bon réflexe d'appel en cas d'urgence. Il semble cependant que le meilleur relais en matière

⁹⁹ « Une convention quadripartite de réponse à l'urgence dans la Drôme », Revue Hospitalière de France 1998/07-08, n°4

¹⁰⁰ notion de « Primary care » au Royaume-Uni ou de « Point of Care Testing » aux Pays-Bas

¹⁰¹ Annexe 10

d'éducation en santé des patients soit leur médecin traitant ce qui plaide pour une collaboration plus étroite entre ville et hôpital.

TROISIÈME PARTIE : LE PROJET DE COOPÉRATION ENTRE LES URGENCES PÉDIATRIQUES ET LES PÉDIATRES LIBÉRAUX

L'étude de quelques expériences souvent montrées comme exemplaires permet d'analyser la démarche adoptée à Tours et les critiques formulées par les acteurs après une première tentative qui visait à mettre en place une coopération entre pédiatres de ville et service des urgences pédiatriques du CHU de Tours.

I. L'enseignement d'autres expériences de coopération ville-hôpital pour la prise en charge des urgences

Partout, on dénonce l'engorgement des services des urgences tandis qu'on déplore, à tort ou à raison¹⁰², le désengagement de la permanence des soins des médecins libéraux qui ne veulent plus assurer leurs gardes. La réponse à ce problème réside pour beaucoup, et notamment pour les acteurs institutionnels, dans la mise en place de coopération entre la ville et l'hôpital.

Néanmoins, les expériences de coopération actuelles apparaissent souvent isolées, voire confidentielles, reposant le plus souvent sur des initiatives locales. Cette situation explique la difficulté de récolter des informations précises et exhaustives pour établir un état des lieux le plus complet possible.

Avant de tenter une typologie des expériences recensées, il convient de faire deux remarques :

- le problème ne se pose pas de la même façon en milieu urbain et en milieu rural ce qui appelle des modalités de coopération différentes entre la ville et la campagne
- les expériences lancées aujourd'hui dépendent avant tout des promoteurs initiaux et des objectifs visés par les promoteurs de la coopération

¹⁰² De nombreuses études montrent la participation des médecins libéraux à la permanence des soins et à la prise en charge des urgences.

A. Essai de typologie

On peut distinguer trois grands types de coopération ville-hôpital pour la prise en charge des urgences.

1. le « centre d'accueil et de premiers soins » (CAPS)

Structure le plus souvent à l'instigation des médecins libéraux et largement soutenue par le Conseil National de l'Ordre des Médecins¹⁰³, le CAPS vise à traiter les actes de soins non programmés en dehors des heures habituelles d'ouverture des cabinets de consultation libéraux, c'est-à-dire, la nuit, le dimanche et les jours fériés. C'est d'ailleurs le type de projet soutenu par SOS médecins de Tours.

Pourvu d'un plateau technique réduit, localisé au plus près de la population, en centre ville, ce CAPS est géré de manière privée, indépendamment ou presque de toute structure hospitalière.

a. Un exemple : la Domus Medica au Havre (76)

Créée en 1978 par un groupe de médecins généralistes, l'Association Médicale des Urgences du Havre (AMUH) avait pour but initial d'organiser au mieux l'obligation de garde et de rendre un service efficient à la population. Aujourd'hui, cette association regroupe 161 médecins généralistes sur les 167 que comptent le Havre et assure de manière efficace de la permanence des soins et la prise en charge de l'urgence.

Grâce à la mobilisation de tous les partenaires, l'AMUH a pu mettre en place une organisation originale qui s'articule autour de 3 principes :

- assurer la permanence des soins
- conserver l'accès aux soins de premier recours pour toute la population, notamment les plus démunis, et ce malgré l'insécurité de certains quartiers
- réguler les appels et adapter la réponse à la demande

Le bureau de l'AMUH organise les tableaux de garde et convoque chaque trimestre l'ensemble des médecins pour la répartition des gardes. Il y a en tout 4 tableaux de garde : celui des gardes de nuit, dimanche et jours fériés, celui des astreintes de secteur de

¹⁰³ Bulletin de l'Ordre des Médecins, septembre 2000

semaine, celui des visites d'urgence de semaine et celui des régulations. En 2000, 72 médecins prenaient au moins deux gardes par an.

A partir de 20h, les médecins de garde sont accompagnés d'un médiateur médico-social, chargé de les véhiculer et de leur fournir une assistance technique. Grâce à ce dispositif, le nombre de médecins installés prenant des gardes de nuit est passé entre 1997 et 2000 de 50 à 90. Un médecin de garde de l'AMUH participe à la régulation médicale au SAMU-Centre 15, le samedi de 8h à 12h et de 14h à 19h et les dimanches et jours fériés de 8h à 20h. Il est rémunéré 3C/heure (2C payés par le CH et 1C par l'AMUH). Le fonctionnement du système de garde repose le standard du SAMU-Centre 15 qui oriente les médecins en fonction de la gravité des appels. Il n'existe donc qu'un seul numéro d'appel SAMU/médecins de garde sur la ville du Havre.

Les partenaires de l'AMUH sont nombreux – CPAM, SAMU-Centre 15, Centre Hospitalier du Havre, Ville du Havre, Ordre des Médecins, Section Généraliste de l'URML Haute-Normandie - et contribuent à la réussite d'une organisation dont l'efficacité est reconnue. La structure financée principalement par les cotisations annuelles des médecins adhérents et, encore l'année passée par des rétrocessions d'honoraires, vient d'obtenir, en plus de quelques subventions institutionnelles, un financement du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) destiné à promouvoir leur cabinet de consultation en centre ville et à assurer la rémunération des accompagnateurs médico-sociaux.

b. Un cas particulier : la Maison de santé de Roubaix (59)

A l'origine, la Ville de Roubaix et le Centre Hospitalier de Roubaix ont souhaité créer un réseau qui associe les professionnels de santé hospitaliers et libéraux afin de réorienter les patients exclus sur les structures habituelles médicales de quartier après une phase de stabilisation de leur situation sociale et sanitaire.

Autorisée par le ministère de la santé pour un fonctionnement expérimental d'un an, la Maison de santé a été délibérément située à distance de l'hôpital afin de bien séparer les deux structures. La Ville finance les locaux et la rémunération des travailleurs sociaux. Le CH détache le personnel paramédical et non soignant nécessaire. Les médecins libéraux participant à cette expérience sont rémunérés à la vacation (1000 FF net pour 3 heures 30) et perçoivent une rémunération mensuelle pour l'élaboration du planning de gardes.

Une équipe pluridisciplinaire de minimum trois personnes (un médecin, une infirmière, un travailleur social) accueillent les patients 6 jours sur 7 de 17h30 à 24h ou de 20h30 à 24h. Elle peut être renforcée par la présence d'un agent de convivialité qui informe le patient. L'orientation du patient est à double sens, soit en provenance de l'hôpital vers la maison de santé soit en provenance de la Maison de santé vers l'hôpital.

c. Une dérive : Urgences 24 à Nice (06)

Nice a connu pendant douze ans une organisation originale de permanence de soins libérale. Un centre de soins d'urgences, Urgences 24, ouvert 24h/24h en centre ville avec possibilité de consultation mais aussi d'hébergement à titre d'observation des patients. La Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales a considéré qu'une telle structure était soumise à la réglementation des cliniques et qu'en conséquence, faute du personnel et de matériel requis, Urgences 24 n'était pas une organisation conforme et devait être fermée. Ce qui fut fait par le préfet fin 1999.

Aujourd'hui, après l'agrément comme UPATOU de certaines cliniques du centre ville, les tutelles considèrent qu'il n'y a pas besoin d'autres structures d'accueil des urgences. Dans le cadre de la Conférence régionale de santé consacrée à ce thème à la mi-janvier 2001, la CRAM a publié un livre blanc sur les urgences. En lien avec l'URML de Provence Alpes-Côte d'Azur, avec l'ARH, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et le financement du FAQSV, elle propose un projet de maison médicale libérale en zone rurale, à St-Orges pour répondre au problème des gardes.

2. le cabinet de consultation libéral sur site hospitalier

Face à l'engorgement des services d'urgence hospitaliers, les directions d'établissement de santé ont proposé de créer au sein des locaux de l'hôpital, des cabinets de consultation privés, gérés par des médecins libéraux. Les patients arrivant aux urgences sont ainsi orientés, en fonction de leurs besoins médicaux, vers les services hospitaliers ou vers la consultation libérale ouverte surtout aux heures de forte affluence.

L'exemple le plus connu à ce jour est celui de la consultation de médecine générale à l'hôpital Nord de Marseille (13). A l'origine, l'administration de l'hôpital a sollicité les médecins généralistes de sa zone d'influence pour désengorger son service d'urgence en mettant à leur disposition une plate forme médico-sociale. Les médecins libéraux se sont organisés en interne pour le tour de garde de cette consultation de médecine générale. Ils sont rémunérés

à l'acte avec une majoration de 165FF la nuit en plus des tarifs majorés. Les patients y sont orientés par le service d'accueil des urgences. Une convention passée avec l'Assurance maladie autorise la pratique du tiers payant pour les patients.

Après un an d'expérimentation avec une amplitude horaire de 16h à 23h, le problème majeur reste le rejet de la coopération par les médecins hospitaliers du service des urgences. Ceux-ci en effet, récusant l'hypothèse de l'engorgement, n'envoient que peu de patients aux médecins libéraux, qui faute d'un volume d'actes suffisant se désengagent : les 18 médecins pionniers ne sont plus que 14 aujourd'hui. Ce système est cependant largement décrié par les médecins libéraux, qui pour certains y voient la constitution d'un cabinet secondaire comme en témoigne le président de l'URML du Centre qui confie « *l'expérience de Marseille nous a un peu refroidi* ». Pourtant, les premiers résultats se révèlent encourageants¹⁰⁴ puisque pour la première fois en 2001, la fréquentation du service a diminué (3 %).

3. les coopérations SAMU-médecine libérale

Ce dernier type de coopération se distingue nettement des autres. Il existe depuis de nombreuses années et répond d'abord à une problématique rurale: comment traiter l'urgence vitale dans les lieux les plus isolés d'un territoire ?

Afin de couvrir ces zones dites « blanches », des médecins libéraux exerçant dans la zone considérée sont désignés comme « correspondants-SAMU » ou « effecteurs périphériques » et se rendent en priorité sur les lieux de l'urgence à la demande du Centre 15. Force est de constater que ce sont souvent les mêmes médecins qui sont à la fois médecins des pompiers, correspondants-SAMU et parfois médecins régulateurs du Centre 15.

Les exemples sont nombreux à travers la France. Là où elles ont été mises en œuvre, les expériences se révèlent opérationnelles et deviennent des coopérations institutionnalisées. C'est le cas du Havre par exemple et à des degrés divers dans d'autres villes. Des médecins libéraux participent à la régulation du SAMU 37. L'avantage primordial de cette participation encouragée par les textes¹⁰⁵ est leur bonne connaissance du monde libéral et de son maillage territorial. Un tableau de synthèse présente (Annexe 11) les différents traits caractéristiques de ces types de coopération.

¹⁰⁴ Agence de Presse Médicale du 20 juillet 2001

¹⁰⁵ loi n°8611 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires

B. Tentative d'analyse critique

L'étude des différentes expériences recensées, sans prétendre à l'exhaustivité, permet d'établir une grille d'analyse synthétique afin de repérer les enjeux qui conditionnent la réussite d'un projet de coopération.

1. la démarche adoptée

a. le ou les promoteur(s)

Il doit être clairement identifié. Il peut s'agir de l'hôpital, dans sa composante administrative uniquement ou avec le soutien du corps médical, d'organismes institutionnels tels que l'ARH, l'URCAM, le CNOM, les URML ou encore des médecins libéraux regroupés en association. A Rennes le partenariat de l'URML de Bretagne avec l'URCAM a donné du poids au projet face aux autres acteurs institutionnels tel que le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

b. les objectifs visés

Ils dépendent largement des promoteurs. Des objectifs différents voire contradictoires appellent des solutions différentes. Remédier à l'engorgement des services d'urgences de l'hôpital, assurer la permanence des soins en ville ou permettre un accès aux soins aux populations démunies constituent des buts bien distincts qui ne sont pas forcément compatibles entre eux et qui demandent une articulation réfléchie en amont.

Le responsable administratif de la Maison de santé de Roubaix constatait par exemple un glissement entre l'objectif de réintégration du patient démunie dans le circuit classique de soins et celui de désengorgement des urgences hospitalières.

c. les partenaires

Ils sont souvent nombreux et doivent être repérés le plus tôt possible afin d'éviter tout blocage ultérieur. Cette situation fut évitée de justesse à Rennes avec la concertation tardive entre l'URML de Bretagne et le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Une fois l'objectif défini, tous les partenaires concernés, institutionnels et opérationnels, doivent être informés puis conviés à des réunions de travail.

Au Havre, le directeur de l'AMUH insiste sur l'esprit d'ouverture qui a animé tous les acteurs pour travailler ensemble malgré des mentalités différentes, notamment entre l'administration hospitalière publique et le monde libéral privé.

Une coopération est le fruit d'un travail commun qui ne doit pas être accaparé au profit d'un seul partenaire. L'équilibre doit être préservé afin d'éviter les écueils d'une coopération de façade qui ne satisfait personne et donne aux plus modestes des partenaires le sentiment d'avoir été abusés. Sur ce point, l'hôpital est trop souvent encore critiqué pour son hospitalo-centrisme.

2. la mise en œuvre

a. les structures

Indépendamment de la coopération visée qui peut appeler des infrastructures physiques, les partenaires de cette coopération devraient se doter :

- D'un comité de pilotage composé, par souci d'efficacité, d'un nombre restreint de personnes prenant des décisions opérationnelles pour concrétiser le projet de coopération. A Rennes, l'URML de Bretagne a milité pour la constitution d'un groupe technique regroupant les principaux partenaires lors de la mise en place concrète d'un "Centre d'accueil et de répartition libéral" (CARL) opérationnel depuis juin 2001¹⁰⁶.
- D'un comité de suivi réunissant l'ensemble des partenaires concernés afin d'évaluer à différentes étapes pré-établies l'évolution de l'expérience par rapport aux objectifs fixés. A Roubaix, après un an d'expérimentation, le comité d'évaluation a ainsi décidé le transfert de la Maison de santé à proximité de l'hôpital afin d'éviter le problème médico-légal soulevé par les médecins hospitaliers qui refusaient d'envoyer un patient à la Maison de santé après examen au motif que cela engageait leur responsabilité de praticien.

b. le financement

Les exemples présentés montrent combien cette question est le ferment de solutions originales. Il peut s'agir de vacations, de rémunération forfaitaire ou du maintien de la rémunération à l'acte. Suite à un accord passé avec l'URCAM, la rémunération des médecins du CARL de Rennes est composée d'un forfait de 2,5 C de l'heure reconnaissant la mission de service public d'astreinte et de la rémunération classique par acte, avec reversement de la majoration de nuit ou de week-end par le médecin à la structure.

¹⁰⁶ Ouest France 16 juin 2001

c. la mobilisation des professionnels

Une organisation aussi satisfaisante que possible au niveau théorique, n'a de sens que par les professionnels qui l'animent. L'idéal réside dans une initiative venant du terrain, portée par les principaux protagonistes. Dans le cas contraire, il faut informer ces derniers sans relâche sur la naissance d'une nouvelle coopération et des atouts qu'elle apporte au système existant, voire faire preuve d'autorité à l'image de certains conseils départementaux de l'Ordre des Médecins qui ont enjoint aux médecins de participer aux nouvelles organisations proposées. Changer les habitudes de travail est une lutte quotidienne : chacun doit y trouver un intérêt !

Au terme de cette analyse succincte, il convient de rappeler combien l'existence d'une volonté commune, corrélée par des objectifs communs, conditionne la réussite d'une coopération ville-hôpital équilibrée selon les vœux de chacun des partenaires. Il n'existe pas de modèle idéal reproductible mais des expériences locales portées par des acteurs de terrain et répondant à des problématiques quotidiennes. La stratégie des «petits pas » semble à être particulièrement adaptée car il faut du temps pour changer les mentalités et faire travailler de concert deux mondes qui se croient opposés. C'est le défi à relever à Tours.

II. La maturation du projet de coopération ville - hôpital à Tours

Les spécificités locales et le peu de recul des professionnels en matière de coopération ville-hôpital ont poussé les acteurs locaux à faire preuve d'initiative. La démarche du CHU de Tours pour les urgences pédiatriques illustre cette stratégie de pionnier par l'expérimentation dans un environnement a priori .

A. Un contexte local favorable

Lorsqu'on compare les situations locales qui précèdent la mise en place de coopérations, force est de constater que Tours disposait au départ de quelques atouts à exploiter.

1. le cadre réglementaire

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire de la deuxième génération (1999-2004) comportent tous un volet très détaillé sur la prise en charge des urgences. La plupart visent

explicitement la participation des médecins libéraux au nom de leur devoir déontologique de permanence de soins et leur reconnaissent un rôle sanitaire de proximité¹⁰⁷. Certains SROS formulent des propositions très précises pour organiser la participation de la médecine libérale à la prise en charge des urgences.

C'est le cas du SROS de la région Bretagne qui évoque la structuration de l'offre libérale par le choix d'interlocuteurs privilégiés tels que le Conseil de l'ordre des médecins, les unions régionales des médecins libéraux, les URCAM et avance le principe de « *co-régulation des urgences* » afin de mettre en place un véritable réseau de la régulation à l'intervention. Les rédacteurs envisagent même deux expériences de « cogestion des urgences » : la participation des médecins libéraux au service des gardes des urgences et la mise en place de réseau de soins ville-hôpital selon le régime du comité d'orientation des filières et des réseaux de soins.

En région Centre, le SROS est particulièrement volontariste puisqu'il affirme que la formation de réseaux de soins et de santé constitue une « *priorité essentielle* » afin d'assurer une « *meilleure orientation du patient* », notamment dans le domaine de l'urgence. Ainsi, tout un paragraphe intitulé « *favoriser la participation de la médecine de ville à l'urgence* » est consacré aux modalités de partenariats encouragés par le SROS. Au delà des positions de principe, les rédacteurs dépassent le traditionnel « catalogue à la Prévert » et décrivent précisément les modes de participations qui pourraient être développés. Deux axes sont explicitement privilégiés :

- l'ouverture d'une consultation de médecine générale privée à proximité du service des urgences dans une entité bien définie, indépendante du site d'urgence où la permanence serait assurée par différents praticiens exerçant par ailleurs dans leurs cabinets. Les SROS relèvent que cette réponse se montre adaptée, rapide, à proximité d'un plateau technique vers lequel le patient peut être orienté évitant ainsi à l'hôpital de « mobiliser des moyens inadaptés à l'état de santé du patient ». Il est même précisé que suivant un mode de gestion libéral, les praticiens participant aux frais de fonctionnement seraient rémunérés par application de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).
- L'organisation de l'intervention des médecins libéraux dans le cadre d'une consultation de médecine générale publique sur le site d'urgence où la prise en

¹⁰⁷ SROS de la région Bretagne « Dispositifs de prise en charge des urgences », février 1999

charge des frais de fonctionnement serait assurée par l'hôpital et la rémunération des médecins se ferait selon les règles propres à l'hospitalisations publique, soit sous la forme de vacations. Outre ces deux orientations, sont retenues en priorité la mise en place d'une garde de ville avec rémunération incitative, la participation des praticiens libéraux spécialistes, notamment les pédiatres, au fonctionnement des sites d'urgence, la coopération privilégiée de la régulation Centre 15 avec les organismes assurant des visites urgentes type « SOS médecins ».

2. la mobilisation des libéraux pour la permanence des soins

Aujourd'hui, les médecins libéraux exerçant en ville n'assurent plus ou pas leurs gardes et passent le relais à des associations spécialisées comme SOS médecins qui interviennent le plus souvent dans les villes importantes (Paris, Rennes, Tours...). Ce désengagement se rencontre encore davantage chez les médecins spécialistes.

Pourtant, depuis longtemps l'agglomération tourangelle connaît une situation atypique puisque les pédiatres libéraux se sont toujours concertés pour organiser la permanence des soins de leur discipline. Après une longue période de garde de clientèle, ils se sont regroupés en association pour assurer un tour de garde sur l'agglomération et pour finalement mettre en place en 1994 une structure de consultation privée pour accueillir les « urgences » ou soins non programmés dans une clinique du centre ville.

Cette démarche de responsabilité collective à l'honneur de la communauté des pédiatres libéraux, semblait un atout essentiel dans la mobilisation des professionnels indispensable pour la réussite du projet.

3. l'existence d'un lien ville-hôpital

La présence ancienne de pédiatres libéraux à l'accueil des urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville est un autre atout déterminant pour porter le projet de coopération. Aujourd'hui, dix pédiatres à la fois vacataires dans différents services de l'hôpital Clocheville et prenant des gardes aux urgences, constituent à l'évidence le ferment de relations harmonieuses entre deux mondes le plus souvent hermétiques, notamment en zone urbaine.

Leur expertise médicale acquise comme tous leurs confrères, tant publics que privés, durant leur formation hospitalière et confirmée ensuite par leur pratique hospitalière mais aussi libérale, est reconnue par l'ensemble du corps médical. Le personnel des urgences, médecins, surveillante, infirmières, reconnaissent les gains pour le service de cette

collaboration des pédiatres libéraux : « *il existe un maillage ville-hôpital* », « *les médecins hospitaliers comprennent la difficulté de traiter certaines pathologies en ville* », « *les médecins de ville prennent en compte la difficulté pour l'hôpital de rédiger des comptes rendus pour leurs collègues libéraux* ». Ils apportent leurs expériences, témoignent des difficultés de leur exercice libéral mais découvrent aussi celles de leurs collègues hospitaliers. Leur présence est un atout majeur dans la construction quotidienne de liens ville-hôpital.

Le syndrome de méfiance réciproque est alors caduque et permet une réelle prise en charge en réseau entre médecins libéraux et hospitaliers à l'avantage du patient. La spécificité pédiatrique est peut être un ferment supplémentaire pour que soient nouées des relations apaisées entre libéraux et hospitaliers qui défendent en priorité le bien être de l'enfant .

B. La première tentative

Le projet de coopération entre les pédiatres libéraux et les urgences pédiatriques du CHU de Tours a connu comme ailleurs, malgré la bonne volonté des acteurs, des difficultés de mise en œuvre¹⁰⁸.

1. la démarche adoptée

L'initiative du projet relève d'abord de la direction de l'hôpital Clocheville qui a fait d'emblée le choix d'une élaboration « en chambre » avant de lancer la concertation entre hôpital et pédiatres de ville.

a. un collège de promoteurs restreint

S'agissant de l'hôpital, il y avait consensus entre l'administration hospitalière et le corps médical pour coopérer avec les pédiatres de ville d'autant que certains liens étaient créés depuis longtemps. Côté libéral, les pédiatres proches de l'hôpital se sont montrés intéressés, voire demandeurs pour quelques uns d'entre eux.

¹⁰⁸ projet de coopération entre les pédiatres de ville et les urgences de l'hôpital Robert Debré, AP-HP

Un groupe informel et particulièrement restreint s'est donc constitué avec le directeur de l'établissement, le président et le vice président de l'Association de pédiatres de ville en Touraine et la participation ponctuelle du chef de service des urgences pédiatriques.

Aucune autre institution n'a été contactée à ce stade, ni le Conseil de l'ordre des médecins dans la mesure où les pédiatres de Tours ont toujours organisé leur permanence des soins de manière autonome, ni l'Union régionale des médecins libéraux puisque le vice-président de l'association des pédiatres de ville qui se trouvait être également un élu de l'URML du Centre.

b. des objectifs a priori sans équivoque

Le but de l'hôpital était et reste le désengorgement du service des urgences pédiatriques de l'hôpital. Celui des pédiatres de ville est d'améliorer leur dispositif de permanence des soins par le recours au plateau technique de l'hôpital Clocheville et bénéficier par ricochet de son label d'excellence.

En outre, un autre objectif plus opérationnel était de réussir là où beaucoup d'hôpitaux avait échoué. Si de nombreux projets de coopération ville-hôpital en matière d'urgence ont fleuri à travers la France, peu ont vu le jour, comme par exemple Grenoble où l'investissement des médecins libéraux pour la permanence des soins était pourtant largement établi.

Le projet de coopération visait l'orientation réciproque des patients après leur passage dans l'une des deux structures, hôpital ou consultation de porte vers la structure la plus adaptée à leurs besoins évalués par un pédiatre libéral ou hospitalier.

c. des partenaires mobilisés

Le soutien de plusieurs partenaires était incontournable. Celui du financeur, la CPAM qui a été contactée de manière très informelle par les pédiatres libéraux parties au projet. Celui des instances régionales et départementales, en l'occurrence la DDASS qui par la voix de son médecin inspecteur a encouragé cette initiative. Ainsi, à la faveur d'une situation locale sereine et de relations interpersonnelles pré existantes, le consensus sur le projet proposé s'est fait en l'espace de peu de temps.

Dès 1998, une réflexion commune portée par le directeur de l'établissement et le chef de service des urgences pédiatriques a été proposée aux pédiatres libéraux par l'intermédiaire d'un pédiatre libéral attaché hospitalier, participant aux gardes des urgences pédiatriques et se trouvant être le président de l'association des pédiatres de ville. L'élaboration du projet s'est donc faite directement entre les promoteurs du projet.

Une première réunion s'est tenue en 1999 avec l'ensemble des pédiatres de ville conviés pour discussion dans une salle du Conseil départemental de l'Ordre des médecins. La question du financement des médecins libéraux a été au centre des débats et il a été convenu que la CPAM serait sollicitée pour le maintien du paiement à l'acte. Une deuxième réunion s'est tenue le 29 juin 2000 pour présenter le projet définitif à tous les membres de l'association des pédiatres de ville en Touraine.

2. la mise en oeuvre

Au stade des négociations, trois conditions semblaient essentielles pour la mise en œuvre du projet, à savoir la mise en place de structures, la question du financement et la nécessaire mobilisation des professionnels.

a. des structures définies a minima

A l'origine, il avait été proposé un local annexe à l'hôpital Clocheville disposant d'une entrée indépendante, au sens du SROS Centre. Néanmoins, la communauté libérale s'est montrée peu favorable à cette localisation qui n'offrait pas d'accès direct avec l'hôpital Clocheville et se révélait relativement peu accessible car situé dans un vieil immeuble. Les paroles d'un pédiatre libéral sont d'ailleurs sans équivoque : « *les locaux proposés étaient nuls* ». Ce sont finalement les locaux des consultations externes de l'hôpital, libérés à partir de 18 heures et tous les week-end, qui ont été retenus. Ils communiquent en effet directement avec le service des urgences pédiatriques situé au même niveau (RDC) et bénéficient d'un accès direct sur un axe passant du centre ville (Boulevard Béranger).

Au plan institutionnel, il était prévu la mise en place de deux structures :

- un comité opérationnel composé des pédiatres hospitaliers et de pédiatres libéraux, chargé d'organiser l'activité de la structure au quotidien selon les principes de fonctionnement définis par un règlement intérieur

- un comité de suivi composé de représentants du CHU de Tours, de pédiatres hospitaliers et libéraux et de représentants de l'Assurance Maladie, chargé d'évaluer afin d'évaluer trimestriellement l'évolution de l'expérience par rapport aux objectifs fixés.

b. l'introduction d'une souplesse de financement

La question de la rémunération des pédiatres libéraux a constitué pendant quelques temps une pierre d'achoppement dans la mesure où l'Assurance maladie refusait le maintien de la prérogative libérale du paiement à l'acte au sein d'un établissement public hospitalier. Le mode de rémunération d'un intervenant privé est en effet la vacation qui se révèle peu attractive pour le praticien libéral.

Sous réserve de l'engagement des pédiatres de ne pas pratiquer de dépassement d'honoraires et d'offrir toutes facilités de paiement aux familles, la CPAM a accepté, comme à Marseille, que les pédiatres libéraux soient rémunérés à l'acte dans le cadre d'un contrat d'adhésion conclu entre les deux parties. Un transfert entre le secteur libéral et les urgences pédiatriques ne pouvait donner lieu à double tarification.

c. une faible mobilisation des professionnels

Le fonctionnement de cette structure de consultation à la porte de l'hôpital reposait sur l'engagement de l'ensemble des praticiens concernés. Sans un nombre suffisant de médecins, il semblait illusoire de réaliser une organisation viable tout au long de l'année ; le devenir de ce projet était donc entre les mains des pédiatres de l'association des pédiatres de ville en Touraine, qui ont décidé lors de leur assemblée générale du 14 septembre 2000 de ne pas tenter l'expérience. Il semble que malgré les atouts indéniables du projet tourangeau, certains écueils n'aient pu être évités, notamment celui des rapports par essence conflictuels entre ville et hôpital.

III. L'analyse critique du projet ville-hôpital

A. Un consensus relatif

Le coup d'arrêt donné au projet par les pédiatres libéraux doit être l'occasion d'une critique constructive de ce qui a été réalisé et non pas celle de la résignation en laissant tomber pudiquement le voile sur un sentiment d'échec. Si l'idée d'une coopération recueille

toujours l'ensemble des suffrages des personnes consultées, plusieurs écueils sont pointés directement par les professionnels ou se révèlent indirectement à travers leurs discours.

1. le consensus

Les douze interlocuteurs se retrouvent majoritairement autour de trois éléments communs pour soutenir l'idée du projet de coopération.

a. des avantages indéniables pour le patient

Les acteurs mettent systématiquement en avant les avantages d'une coopération formalisée qui réunirait pédiatres libéraux et urgences pédiatriques déjà révélé par un embryon de coopération avec la présence ancienne de pédiatres de ville aux urgences (vacations et gardes). Ils permettent en effet d'assurer la séniorisation complète des urgences pédiatriques et mettent à la disposition de l'hôpital leurs compétences de praticiens de ville, particulièrement adaptée à certains types de consultations.

Le personnel médical et infirmier remarque que le service s'enrichit de l'expérience de médecins aguerris ayant un très bon contact avec les familles. Il n'est pas rare qu'ils jouent un rôle d'éducation auprès de leurs propres patients qui se rendent aux urgences de l'hôpital Clocheville pour des soins ou une consultation qui auraient pu se faire en ambulatoire. Un médecin a mis en évidence ce rôle de « moralisation ». Toutes les personnes interviewées soulignent en effet l'exigence formulée par les patients : *« les gens veulent être servis tout de suite », « les gens demandent tout et ne tolèrent plus l'attente », « il y a dérive vers la consultation sans rendez-vous alors que cela serait possible sur rendez-vous », « ce que j'ai appris dans mon métier, c'est il n'y a pas d'urgence mais seulement des gens pressés »*

b. un emplacement stratégique

Le Président sortant du Conseil National de l'Ordre des Médecins, ancien chef de service des urgences pédiatriques de Tours relève que la situation centrale de l'hôpital Clocheville exclut toute hypothèse de maison médicale située dans un autre lieu tant il offre des garanties d'efficacité et de sécurité connues de tous et avec lesquelles aucun cabinet de ville ne peut rivaliser. Il se souvient de l'image classique de l'afflux d'enfants aux urgences dès la sortie des écoles du centre ville. A cette époque, en tant que chef de service des urgences pédiatriques, il avait doublé la présence de internes à partir de 16 heures. Il semble en effet que l'emplacement et la réputation des urgences pédiatriques commande une unicité de lieu même si les intervenants spécialisés se déplacent pour des visites à domicile. Les

masseurs-kinésithérapeutes confirment qu'en cas de risque grave pour l'enfant qu'ils sont appelés à traiter, ils l'envoient systématiquement à l'hôpital Clocheville.

c. l'idée de complémentarité

Sur l'activité des deux structures, les analyses des acteurs convergent. Les médecins hospitaliers interviewés reconnaissent que la consultation pédiatrique libérale de la clinique des Dames Blanches « *fonctionne bien* » tandis que les pédiatres libéraux remarquent les limites de leur action sur le segment d'activité d'urgence tel qu'il est identifié aujourd'hui : « *les pathologies traitées sont différentes : aux Dames Blanches, ce sont des pathologies courantes ou aiguës mais de faible gravité alors qu'à Clocheville, il s'agit de pathologies graves à l'origine d'angoisses fortes* »

Le cadre infirmier des urgences pédiatriques considère qu'il y a « *de la place pour deux* » étant donné l'afflux de patients et la différence de niveau de prise en charge entre pédiatres libéraux et urgences hospitalières.

Il semble que tous pensent qu'un tel projet permettrait de recentrer chacun sur son rôle propre tout en améliorant les conditions de prise en charge des jeunes patients.

2. des objectifs parfois divergents

Au fil des entretiens, il apparaît que l'objectif consensuel de coopération n'empêche pas les partenaires potentiels de développer des stratégies plus individuelles.

a. pour les tutelles : un enjeu de sécurité

Les deux principaux interlocuteurs institutionnels ont bien insisté sur les exigences de sécurité posées en préalable à la mise en place d'une structure d'accueil libérale telle qu'elle existe à la clinique des Dames Blanches. Pour la DDASS, la structure actuelle est un « *site de consultations non programmées qui couvre les besoins d'une population ciblée* » qui n'a pas de « *plateau technique suffisant pour faire face aux urgences vitales* » ce qui expose à « *l'impondérable persistant* » en laissant les autorités responsables « *à la merci des médias* ». Notre interlocuteur persiste en indiquant que « *cette petite structure fonctionne en autarcie et a atteint son autosuffisance* ». Il conseille de « *ne pas continuer dans cette voie et de passer convention avec le SAMU pour assurer le transport des enfants en difficulté* ». La CPAM renchérit en insistant sur la nécessaire validation de l'organisation mise en place par le Comité Départemental d'Aide Médicale d'Urgence (CODAMU).

b. pour l'hôpital : une exigence de qualité

Ainsi l'hôpital cherche à améliorer l'accueil de ses consultants en offrant un service adapté à leurs besoins et des délais d'attente raisonnables aux heures de grande affluence. Le cadre infirmier souligne combien un temps d'attente prolongé peut se révéler source d'une sécurité moindre. Il s'agit également de restaurer la crédibilité d'un service réputé engorgé et ne pouvant faire face à des flux soutenus avec une exigence de qualité de plus en plus attendue et réclamée par les usagers. Une attente jugée interminable nuit à la qualité des soins dispensés aussi performants soient ils : *« il existe un paradoxe entre l'exigence croissante des gens et la qualité du service rendu qui s'il s'est amélioré avec notamment une médicalisation accrue, est cependant critiqué »*.

c. pour les libéraux : une volonté de reconnaissance

Les pédiatres libéraux qui assurent leurs gardes au travers de la permanence de la Clinique des Dames Blanches cherchent dans cette coopération un moyen de pallier quelques carences de leur consultation non programmée. Equipés comme dans un simple cabinet de ville, ils ne peuvent recevoir que des pathologies bénignes et se trouvent dans l'impossibilité de prendre en charge des enfants dans une situation d'urgence vitale qu'ils orientent vers les urgences de l'hôpital Clocheville situé à proximité. Confinés dans un rôle de permanence de soins, relativement confidentiel, les pédiatres libéraux confient que leur clientèle est constituée essentiellement de la clientèle des pédiatres qui animent cette structure d'accueil libérale (95%).

Sans plateau technique pouvant accueillir des enfants et sans garde garantie après 22 heures puisque bon nombre d'entre eux assurent davantage un astreinte, force est de constater que la consultation d'urgence des Dames Blanches ne peut accueillir toute urgence en toute sécurité, ce qui rejaillit nécessairement sur l'image que les pédiatres libéraux veulent diffuser. Il est donc nécessaire de poser la question du rôle et du positionnement de chacun dans la prise en charge des urgences. S'ajoute peut-être aussi des intérêts divergents au sein de la communauté des pédiatres entre ceux qui sont satisfaits du système existant et ceux qui cherchent à étoffer leur clientèle afin de connaître d'autres populations ou plus prosaïquement d'augmenter leurs honoraires.

B. Des écueils persistants

Lorsque les professionnels sont interrogés sur les raisons du rejet du projet pour les pédiatres libéraux alors que toutes les conditions semblaient réunies, deux grands types d'écueils peuvent être identifiés.

1. les écueils logistiques

a. la rémunération des médecins

Pour certains, l'attachement des pédiatres libéraux au paiement à l'acte a failli faire avorter le projet de coopération tant la CPAM refusait qu'il soit pratiqué au sein d'un établissement public qui en principe rémunère ses intervenants extérieurs de manière forfaitaire à la vacation ou à la garde.

En outre, cette dérogation tarifaire aurait dû faire l'objet d'une demande auprès de la commission Soubie seule habilitée pour accorder le recours à des modes de rémunération différents pour les médecins dans le cadre de leur participation à un réseau de soins. Néanmoins, conformément à la circulaire du 25 novembre 1999¹⁰⁹ qui garantit un minimum de souplesse, la CPAM a décidé de soutenir ce projet en acceptant le maintien du paiement à l'acte des pédiatres dans le respect du code de santé publique¹¹⁰ qui prévoit la signature d'une convention agréée par l'ARH et en principe soumise à accréditation.

Aussi, si les négociations nouées entre les pédiatres et la CPAM ont pu retarder le lancement de la coopération, le dénouement en faveur des pédiatres augurait plutôt d'une meilleure issue : le caractère libéral de leur activité continuait d'être reconnu au sein d'une structure de garde organisée dans l'hôpital sans qu'il aient à reverser une partie de leurs honoraires comme le font leurs collègues hospitaliers qui exercent une activité libérale à l'hôpital¹¹¹. Indépendamment de l'analyse portée par les acteurs sur ce point, il ne semble pas que ce soit cet écueil qui ait abouti à l'échec de la première tentative puisque même les médecins hospitaliers acceptaient l'idée des paiements à l'acte pour leurs collègues libéraux.

b. l'activité de garde des pédiatres libéraux

¹⁰⁹ « la majorité des réseaux de soins existants ne participeront pas à ces expérimentations, au moins dans un premier temps. Ils devront pourtant être soutenus dans leur démarche ... »

¹¹⁰ art. L 712.3.2 CSP

¹¹¹ circulaire du 25 mai 2000 relative à l'assujettissement à la TVA des redevances versées par les médecins libéraux dans les établissements de santé

Le cadre infirmier des urgences fait remarquer que les pédiatres libéraux en majorité de plus de 50 ans, ayant une clientèle bien assise, ne sont pas demandeurs de gardes supplémentaires très difficiles physiquement. Le rythme de la garde assurée à la clinique des Dames Blanches revient à deux gardes de week-end par an par pédiatres avec en plus la pratique d'une astreinte après 22 heures. Comme le rappelle un des pédiatres libéraux, l'organisation proposée par l'hôpital prévoit l'ouverture de la consultation de porte toutes les soirées en semaine en plus des week-ends et jours fériés ce qui aurait fait peser un rythme beaucoup plus intense au nombre des pédiatres participant déjà à la garde des Dames Blanches, un peu inférieur au nombre total de pédiatres siégeant dans l'association.

Cet argument est certainement un élément à prendre en considération dans la mesure où il est déjà exceptionnel que des praticiens spécialistes se mobilisent pour assurer leur devoir déontologique de permanence des soins alors même qu'ils n'en ont peut-être pas financièrement besoin contrairement aux jeunes confrères qui s'installent. Pour la majorité des pédiatres, il semble que le système de la clinique des Dames Blanches suffit : *« le système des Dames Blanches suffit et se trouve conforté par l'attachement au paiement à l'acte »*.

c. le paiement de la consultation

Les professionnels interviewés n'ont pas directement pointés la question des modalités de paiement des soins mais beaucoup ont insisté sur la notion de relative gratuité ressentie par les patients qui viennent aux urgences. A contrario, on comprend que le système d'avance de frais pratiqué par les pédiatres libéraux à la clinique des Dames Blanches du fait d'une fréquentation par une clientèle privée et solvable, s'il est conservé à la consultation de porte, pourra soulever quelques difficultés.

Le projet de convention dit que *« les pédiatres libéraux s'engagent à assurer aux familles toutes facilités de paiement pour la rémunérations de leurs actes sans distinction quant à leur mode de couverture sociale. Ils s'engagent à ne pas appliquer des dépassements d'honoraires à ces malades »*. Il n'est précisé nulle part dans quelles conditions sera utilisée la carte vitale qui permet de limiter les effets de l'avance de frais et si il est possible d'envisager l'envoi d'une facturation ultérieure pour le tiers payant restant à la charge du patient ou de sa mutuelle. Force est de constater que le pédiatre n'a pas l'assurance d'être payé par chacun des consultants et que le patient n'a pas l'assurance de disposer des facilités de paiement garanties par la convention.

En outre, même si le projet de convention mentionne la rédaction d'un règlement intérieur pour définir le fonctionnement de la consultation, il semble que le principe de la non double tarification en cas de transfert entre urgence et consultation devrait être précisé dans ses modalités pratiques.

2. les écueils sociologiques

Tous les entretiens abordent la question centrale des relations entre médecins de ville et médecins hospitaliers. Les acteurs entendus pointent divers éléments qui illustrent les difficultés relationnelles fortement ancrées dans la vie quotidienne et qui semblent à elles seules constituées un obstacle de taille sur la voie de la coopération ville-hôpital.

a. la persistance de deux mondes cloisonnés

Malgré un microcosme favorable entre pédiatres de ville et pédiatres hospitaliers, tous praticiens spécialistes, les mots employés illustrent parfaitement une méfiance réciproque latente. Selon le cadre infirmier des urgences *«les médecins de ville ont peut-être le sentiment que l'hôpital leur fait de l'ombre»*. Un pédiatre libéral distingue nettement *«clan libéral»* et *«clan hospitalier»*. Un pédiatre hospitalier désigne *«certains anti-hôpital qui accusent l'hôpital de tout faire pour attirer du monde»*. Il ajoute : *«pour eux organiser un accueil par les libéraux à l'hôpital, c'est donner des moyens supplémentaires pour recevoir davantage de patients»*. A l'opposé des discours officiels de complémentarité et de coopération, pointe ici l'idée d'une concurrence impitoyable entre deux secteurs libéral et public intervenant sur le même segment d'activité. C'est le discours du président de l'URML centre qui affirme que *«le médecin libéral travaillant à l'hôpital n'est pas un supplétif»*. Les pédiatres libéraux revendiquent donc le respect de leur indépendance et de leur territoire que la première localisation à proximité de l'hôpital garantissait davantage à l'inverse de l'occupation de locaux de consultations externes, situés au cœur de l'hôpital.

Une autre pierre d'achoppement qui divise les pédiatres concerne la reconnaissance réciproque de l'expertise médicale. Là encore les propos sont riches d'enseignements lorsqu'un pédiatre libéral souligne que les médecins hospitaliers prennent les *«gens de haut»* ou que le Médecin Inspecteur de Santé public de la DDASS fait remarquer que *«si tous les pédiatres ont été formés à l'hôpital, tous n'y sont pas restés : il y a eu ceux qui ont pu rester et les autres qui sont partis ou qu'on n'a pas voulu garder»*. La digestion de cet avenir professionnel *«décrété»* peut être un obstacle à la construction de liens de coopération d'autant qu'envoyer un enfant aux urgences, cela signifie *«être jugé par ses*

anciens patrons ». Les quelques médecins interviewés appartenant plutôt au clan hospitalier, s'ils ne dénoncent pas l'attitude de leurs confrères à leur égard, remarquent cependant qu'il n'est pas rare que les examens faits en ville soient répétés à l'hôpital. Le président de l'URMLB Centre incrimine la loi Debré qui selon lui laisse perdurer l'idée que « *la compétence se trouve seulement à l'hôpital* ». Il revendique une « *égalité de reconnaissance entre médecine de ville et médecine hospitalière* ».

Dernier grief réciproque particulièrement symptomatique des relations ville-hôpital : la non communication. Les pédiatres libéraux déplorent que les comptes rendus d'hospitalisation ou de passages aux urgences ne leur arrivent qu'avec beaucoup de retard : « *aucun respect, aucun coup de fil* ». Les médecins hospitaliers dénoncent des lettres d'admission imprécises et parfois peu exploitables. Pourtant, tous les pédiatres plus anciens qu'ils soient hospitaliers ou libéraux se souviennent avoir été formés pendant leur internat à rappeler systématiquement le médecin traitant dans la journée de consultation aux urgences. Aujourd'hui, les communications téléphoniques ne font pas vraiment partie des réflexes quotidiens alors que les textes régissant la communication lors de l'hospitalisation le précise¹¹². L'afflux actuel de patients aux urgences ne permet pas de répondre à de telles exigences. Il semble parfois qu'un seul malentendu peut être source de relations dégradées alors que bien souvent une meilleure compréhension des contraintes de chacun aurait pu apaiser les contacts¹¹³. Un pédiatre libéral vacataire à l'hôpital Clocheville déplore le peu de présence des médecins libéraux, pédiatres et généralistes aux réunions organisées par l'hôpital : « *il faudrait que les pédiatres de ville participent davantage aux mardis Clocheville, ouverts à tous* ».

b. la question du tri

Les acteurs interviewés citent la question du tri comme primordiale. Le président du CNOM explique que pour lui la fonction d'accueil et de tri représente 50 % de la consultation et participe de la satisfaction du patient de la réponse donnée. Ainsi en cas de retour à domicile, les parents ou la famille doivent avoir obtenu une explication et des instructions à suivre.

Premier élément du débat : qui fait le tri et qui oriente ? Si depuis plusieurs années on évoque la formation d'infirmière d'accueil et d'orientation aux urgences, la plupart des

¹¹² « le médecin traitant doit être averti par une lettre de la date, de l'heure et du nom du service où son patient est admis. A sa demande, une information écrite doit lui être transmise avant la fin de la deuxième semaine de l'admission ». Exercer, septembre-octobre 1993, n°23 p. 5

professionnels interrogés, certes pour une bonne part médecins, considèrent que ce tri doit être fait en permanence par un médecin senior. Pour le président du CNOM, le médecin des urgences doit pouvoir faire deux choses essentielles « *savoir accueillir la mère et mettre en œuvre une formation de base d'urgence afin d'orienter les patients* ». Plusieurs pays européens tels que l'Allemagne¹¹⁴ ont mis en place des infirmières d'accueil et d'orientation (IAO) qui orientent les patients à l'aide d'arbres décisionnels précis et sont habilitées à refuser l'accès des urgences aux patients qui ne présentent pas des symptômes graves. Pionnier dans la mise en place d'IAO, le Québec place néanmoins beaucoup de médecins en position de tri dans les hôpitaux, même si les résultats des évaluations réalisées pour apprécier l'activité des IAO se révèlent satisfaisants¹¹⁵. Un pédiatre hospitalier considère qu'aujourd'hui l'enjeu pour un service d'urgences est de ne pas « *passer à côté d'une urgence* ». Il ajoute que faire ce tri ne constitue pas une « *faillite dans leur rôle* ». Pour lui, il faut « *rendre service au public en lui apprenant à ne pas faire n'importe quoi...les urgences ont un rôle ponctuel pour des pathologies aiguës et le rôle de suivi lié au contexte familial relève du médecin traitant* ».

La médicalisation accrue des urgences plaide pour un renforcement de la présence des médecins libéraux dans ces services. Néanmoins, le président de l'URML du Centre pose la question de la compétence médicale nécessaire en demandant si ce sont vraiment les pédiatres qui doivent être en première ligne au niveau de consultations de porte. Pour lui, les médecins généralistes peuvent assurer ce rôle de filtre tout en reconnaissant la spécificité géographique d'une ville disposant d'un POSU pédiatrique.

Reste la question de l'acceptation réciproque tant des diagnostics portés par les pédiatres hospitaliers et les pédiatres libéraux que des critères d'orientation employés. Pour optimiser l'organisation de la consultation de porte, le cadre infirmier des urgences remarque qu'il convient de garantir la « *totale perméabilité des deux structures* » en développant une reconnaissance de l'expertise de chacun ; Ainsi un enfant orienté par le pédiatre de ville vers les urgences devra être pris en charge par le service des urgences et réciproquement. Un pédiatre hospitalier explique qu'il y aurait trois niveaux d'orientation avec l'existence d'une consultation libérale : « *Pour ce qui relève à l'évidence de la consultation, il n'y aura pas d'examen et le patient sera envoyé directement à la consultation de porte ; Les autres cas seront examinés et seront soit renvoyés à la consultation pour prescription soit traités sur place* ».

¹¹³ Enquête sur quelques médecins généralistes en Ille et Vilaine, janvier 2001, stage extérieur EDH

¹¹⁴ le Quotidien du Médecin mardi 28 mars 2000, n° 6675

¹¹⁵ Ménard-Pariseau L., « Tri des patients à leur arrivée aux urgences », Réanimation Urgences 1998,7, p. 114-17

Surgit parfois le problème déontologique de responsabilité du praticien qui examine l'enfant à son arrivée, souvent soulevé dans d'autres projets de coopération ville-hôpital¹¹⁶. Cela n'a pas été le cas à Tours puisque la localisation proposée ne sépare les deux structures que de la longueur d'un couloir. Il est donc tout à fait envisageable de faire accompagner l'enfant soit par ses parents soit par un agent de l'hôpital, infirmier ou médecin, suivant l'état de l'enfant.

Il semble finalement que quelques imprécisions sur les modalités pratiques de mise en œuvre aient suffi à faire naître le doute et à réveiller les antagonismes classiques entre hospitaliers et libéraux. Quelques précisions seraient peut-être de nature à restaurer la confiance : la question de la relance du projet est posée.

¹¹⁶ La Maison de santé de Roubaix a été rapprochée de l'hôpital pour mettre fin à un problème de responsabilité juridique dénoncé par les médecins hospitaliers qui refusaient de laisser partir les patients qu'ils avaient examinés vers cette structure libérale distante de plusieurs kilomètres.

QUATRIÈME PARTIE : PROPOSITIONS ET ENJEUX

Face à ce projet de coopération ville-hôpital, trois pistes de réflexion semblent devoir être proposées. Chacune peut être analysée en termes de points forts et de points faibles tout en faisant l'objet de réflexions sur leur faisabilité.

I. Le maintien du statu quo

A. Présentation

Il s'agit de l'hypothèse où les pédiatres libéraux persistent dans leur volonté de totale indépendance vis-à-vis de l'hôpital. L'amélioration du système actuel résiderait dans la signature d'une convention fixant un partenariat entre l'hôpital Clocheville et l'Association des pédiatres pour l'accueil au service des urgences pédiatriques des patients, dont l'état de santé serait jugé grave et qui seraient transférés en urgence par les pédiatres de ville depuis leur consultation de la clinique des Dames Blanches. Cet accord serait de nature à garantir une meilleure prise en charge des patients en cas de difficulté dans le respect des règles de sécurité souhaitées par les autorités de tutelle.

B. Analyse stratégique

Angles de vue	Points faibles	Points forts
Population	-manque de moyens techniques de la structure libérale - offre de soins peu connue	-assurance d'un transfert vers l'hôpital dans de bonnes conditions -possibilité d'obtenir un rendez-vous rapidement le week-end pour une consultation simple
Hôpital	-aucune diminution des flux -pas d'amélioration de l'accueil -financement du transfert vers l'hôpital	-un premier pas vers une coopération plus étroite ?
Pédiatres de ville	-avouer une certaine dépendance vis-à-vis de l'hôpital pour faire fonctionner une structure d'accueil pédiatrique	-meilleure image de la structure bénéficiant d'un partenariat officiel avec l'hôpital Clocheville
Autres partenaires		-amélioration de la sécurité des soins souhaitée par la DDASS

C. Observations

Cette solution a minima n'est pas très satisfaisante puisqu'elle n'offre pas de perspective dynamique. Le projet de convention ne fait que sécuriser un état de fait sans réellement trancher la question de la part de responsabilité qui incombe à chacun dès le début de la prise en charge de l'enfant. La structure de consultation pédiatrique découle en effet au départ de l'obligation de garde des médecins libéraux qui les placent en conséquence dans la situation de tous leurs collègues. En cas d'état préoccupant, les médecins de garde ont recours au SAMU ou à une ambulance privée pour transférer un patient vers une structure hospitalière publique ou privée : il s'agit alors d'un transport primaire déclenché par le médecin régulateur du SAMU. En revanche, si la structure d'accueil pédiatrique de la clinique des Dames Blanches est reconnue comme site d'accueil des urgences, les transferts des enfants vers l'hôpital seront qualifiés de transports secondaires, facturés en principe à l'établissement demandeur.

De plus, il faut souligner que l'avenir de la consultation libérale pédiatrique est compté dans la mesure où la démographie de la profession de pédiatres en ville est loin d'être favorable. Les pédiatres libéraux de Tours ont une moyenne d'âge élevé et ne sont pas toujours remplacés lors de leur départ à la retraite. Ces éléments sont confirmés par une étude réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins¹¹⁷. En 2000, il y avait plus de pédiatres qu'il n'y en a jamais eu, mais leur nombre a commencé à diminuer. Malgré l'augmentation du numerus clausus en pédiatrie, le nombre de départ en retraite est chaque année plus élevé que le nombre de pédiatres formée annuellement. Cette évolution s'accompagne d'un vieillissement plus marqué que dans les autres spécialistes : 32 % des pédiatres ont plus de 50 ans contre 25 % pour l'ensemble des spécialités. En Europe, La France se situe à un niveau moyen quant à la densité de son nombre de pédiatres par habitant.

Le maintien du statu quo risque de compromettre la mise en place d'une réelle collaboration faite de partenaires impliqués qui attireraient d'autres participants, afin d'envisager la pérennité du système.

¹¹⁷ Beaufils F., « Démographie médicale pédiatrique et urgences », Archives Françaises de pédiatrie, 6 supp. 2, P. 469-70

II. La relance de la consultation de porte

A. Présentation

Il s'agit de la mise en place du projet initial conformément aux recommandations du SROS en organisant une consultation libérale de pédiatres à la porte de l'hôpital dans les locaux de consultations externes de l'hôpital Clocheville, tous les week-end et jours fériés.

B. Analyse stratégique

Angles de vue	Points faibles	Points forts
Population	-Eventualité de l'avance de frais à moins de l'installation d'un terminal pour carte vitale et l'envoi ultérieur de la facture pour tiers payant	-toute l'offre de soins pédiatriques en matière d'urgence en un lieu unique avec tout sur place -amélioration des délais d'attente -contacts privilégiés avec les pédiatres de ville
Hôpital	-Question du tri -attractivité renforcée du service des urgences de l'hôpital	-désengorgement du service -réponse aux attentes de la population et à ses besoins -amélioration des conditions de prise en charge -image positive d'une coopération public/privé auprès de la tutelle
Pédiatres de ville	-perte d'autonomie droit de regard des pouvoirs publics sur cette activité -incertitude de la rémunération	-augmentation du flux de clientèle -accès au plateau technique -contacts avec les pédiatres hospitaliers
Autres partenaires	-Ne prend pas du tout en compte les autres partenaires de l'urgence pédiatrique -crainte d'un hopitalo-centrisme	Construction d'une coopération effective

C. Observations

Cette solution offre des perspectives plus riches que la précédente. Elle apporte une réponse au problème de l'engorgement des urgences et donne des fondations solides à la coopération entre ville et hôpital.

Pourtant, plusieurs difficultés surgissent. Quant à sa réalisation tout d'abord. La question de la répartition de l'activité entre les deux structures risque de se poser. Les actes réalisés par les pédiatres libéraux seront autant d'actes que les urgences ne pourront pas comptabiliser comme activité propre, entraînant une diminution du flux. Cette diminution pourrait être de nature à remettre en cause l'allocation de moyens pour le développement de l'activité d'urgence. De plus, la responsabilité du tri doit être définie afin d'obtenir une réelle complémentarité des structures. La possibilité d'un double accueil à la fois libéral et hospitalier sur un seul et même site risque en outre de susciter un accroissement du nombre de patients accueillis à revers de l'objectif affiché de diminution des flux.

Quant à la pérennité du système, il dépend lui aussi fortement de la démographie des pédiatres. Même si cette coopération reste plus attractive que la précédente, il est évident qu'elle demande un investissement personnel de la part des pédiatres de moins en moins nombreux. Une piste réside dans la mobilisation des médecins généralistes pour l'accueil des urgences et notamment de urgences pédiatriques. L'enjeu est double.

En premier lieu, les pédiatres défendent à juste titre leur qualification de spécialiste et n'acceptent pas facilement de céder le monopole de l'enfance même si c'est les cas dans les faits. Il leur semble difficile de tolérer l'intervention de médecins généralistes au sein d'un POSU pédiatrique. Un pédiatre s'interroge dans un article : « *au nom de quelle idéologie pourrait-on refuser une formation aux urgences pédiatriques à des médecins qui, en pratique en ville, assurent plus de 80 % d'entre elles* »¹¹⁸.

En second lieu, accorder aux médecins généralistes de traiter les urgences suppose une réflexion approfondie sur leur formation actuelle, peu étoffée tant en urgence qu'en pédiatrie, malgré quelques modifications de la formation initiale. La perte de compétence face à l'urgence étant reconnue, il convient de prendre en considération la nécessité d'une formation continue des praticiens des services d'urgence. C'est l'ambition des universités de Lyon, Grenoble et St-Etienne qui ont mis en place dès 1994 un diplôme inter universitaire d'accueil des urgences en service de pédiatrie, délivrant un enseignement ciblé sur la prise en charge des urgences hospitalières ouvert tant aux pédiatres qu'aux généralistes.

¹¹⁸ Floret D., « Faut-il former les généralistes à l'accueil des urgences pédiatriques ? », Archives françaises de pédiatrie 1999

Une autre piste de formation réside dans la reconnaissance d'une spécialité de médecine d'urgence comme le réclame certains syndicats de médecins et toujours en débat aujourd'hui.

III. La mise en place d'un réseau de soins pédiatriques

A. Présentation

Cette troisième piste de solution vise l'intégration de tous les intervenant de l'urgence au sein d'un réseau de soins de nature à répondre aux besoins de la population. L'idée de départ est qu'en matière d'urgence pédiatriques, les parents ont besoin d'être rassurés. La meilleure façon d'y parvenir est de leur montrer que le réseau en place leur permettra d'obtenir une réponse adaptée à leurs besoins, quelque soit l'interlocuteur qu'il sollicite, en amont ou en aval de l'hôpital.

Plusieurs architectures sont possibles :

- Tout concentrer sur un numéro d'appel unique, le 15 qui régule ensuite l'appel auprès de tous ses partenaires, comme c'est le cas au Havre. Cela suppose au préalable un minimum de discipline de la part du patient et d'énormes moyens de régulation.
- Permettre une ré-orientation efficiente du patient en fonction de ses besoins sans forcément tout réunir en un seul lieu géographique. Cela nécessite de très bons contacts entre tous les intervenants : hôpital public, cliniques privées, médecine de garde, organisation spécialisées dans l'urgence, SAMU, PMI, médecine générale. L'organisation de formations continues à destination de médecins libéraux et hospitaliers peut être à l'origine de ces contacts. L'amélioration des contacts tant épistolaires que téléphoniques entre ville et hôpital peut constituer un levier important de concertation.

B. Analyse stratégique

Angles de vue	Points faibles	Points forts
Population	-système contraignant si la filière est imposée -manque de lisibilité de l'offre si l'information du public n'est pas suffisante	-amélioration de la prise en charge -obtention d'une réponse rapide et définitive
Hôpital	-perte d'un certain monopole	-diminution des flux -éviter les hospitalisations injustifiées -ouverture sur l'extérieur
Pédiatres de ville	-identité ambulatoire à défendre	-opportunité de redéfinition e leur rôle
Autres partenaires	-besoin de coordination	-intégration de tous les partenaires en amont et en aval de l'hôpital

C. Observations

Cette dernière piste de solution demande une maturité importante de la part des acteurs et se révèle très théorique au regard du contexte actuel. Dans un système de soins qui consacre le libre choix de patient, promouvoir d'autres réflexes demande du temps d'autant que les organisations ne sont pas figées : les attentes de la population évoluent et s'affranchissent le plus souvent de toute éducation, celles des médecins aussi tandis que l'hôpital change. Les écueils sociologiques soulignés au travers des interviews réalisées restent bien présents et conditionnent très largement la mise en œuvre de changements. Il faut de surcroît songer au financement de telles organisations qui visent l'amélioration du service rendu aux patients, et notamment à la rémunération du temps passé pour la coordination des partenaires.

A Tours, SOS médecins¹¹⁹ propose de se concentrer sur la prise en charge pré-hospitalière et de structurer davantage la médecine de garde à l'exemple de ce qui existe au Havre en faisant participer la grande majorité des praticiens libéraux au sein d'une maison de santé située en centre ville (proposition des anciens locaux du commissariat de police) et

¹¹⁹ Melchior G., « Activité 2000 de SOS médecins Tours, sa place dans l'agglomération », Thèse pour le doctorat en médecine, Université Paris VI, mai 2001

en divisant l'agglomération en secteurs de garde. Ce type d'organisation requiert à l'évidence une forte coordination des acteurs.

C'est l'ambition du CHU de Lyon qui cherche à développer un réseau expérimental de soins d'urgence en pédiatrie dans la dynamique de l'ouverture d'un hôpital pédiatrique et gynéco-obstétrical en 2004¹²⁰. Ce projet vise à consolider l'implantation des pôles hospitaliers en complémentarité avec le pôle ville représenté par le Groupement de Pédiatres de la région de Lyon. Il assure la continuité des soins et favorise la prise en charge de l'enfant avant, pendant et après l'hospitalisation pour l'activité de soins urgents. Les auteurs de l'article définissent alors le rôle du pédiatre du futur comme « pivot de l'accueil des urgences par sa capacité de faire reconnaître son savoir-faire et de l'enseigner ».

Parmi les trois pistes de solutions proposées au terme de ce travail, la proposition a minima semble a priori la plus réalisable à court terme. La mise en œuvre des deux autres solutions dépend très largement de l'engagement des partenaires vers une coopération plus étroite. L'analyse de ces trois propositions au travers du prisme théorique des angles de vues des acteurs, montre combien le poids des cultures qui animent secteur public et secteur privé conditionne la mutualisation des structures. Les projets de coopération ville-hôpital semblent mieux se développer hors de l'hôpital qu'en ses murs, comme en témoigne diverses expériences à travers la France.

La ville de Tours ne ferait pas exception et s'orienterait finalement comme Rennes vers la mise en place d'un CAPS avec le soutien des institutions (DDASS, ville...) et bien sûr en suscitant un partenariat avec l'hôpital pour la prise en charge optimale des urgences.

¹²⁰ Stagnara J., et al, « Grandeurs et vicissitudes de l'organisation des urgences pédiatriques : présentation d'un projet de soins à l'accueil des urgences médico chirurgicales pédiatriques », Archives françaises de pédiatrie

CONCLUSION

La prise en charge des urgences pédiatriques repose sur plusieurs acteurs qui interviennent en fonction de la demande formulée par le patient. J. PENEFF¹²¹ fait remarquer que « Si tant est que nous voulions conserver l'image de médecine à deux vitesses, il y aurait quatre, cinq, six vitesses, c'est-à-dire des niveaux d'accès et de définition selon les groupes sociaux en fonction de leur représentation de ce qu'est la santé et en fonction de leurs revenus ». Malgré une concentration de plusieurs professionnels sur un seul et même segment d'activité, l'afflux est tel qu'il génère non pas de la concurrence mais fait naître une complémentarité accrue, et vécue comme telle par les patients.

Renforcer cette complémentarité au sein de l'hôpital en réunissant sur un site unique médecins libéraux et hospitaliers se heurte à l'évidence à des obstacles persistants. Certes, l'idée de coopération reçoit le soutien de tous les acteurs qui dénoncent l'éclatement de l'offre au détriment des patients. Néanmoins, plus que les écueils logistiques, ce sont les écueils sociologiques qui empêchent voire condamnent à plus ou moins long terme le rapprochement entre pédiatres libéraux et hospitaliers. Au delà de ces handicaps propres aux relations humaines, force est de constater que, dans le domaine des urgences, les hôpitaux se trouvent à la croisée des chemins.

La responsabilité du tri suppose que l'hôpital accepte une redéfinition stricte de son rôle en matière d'urgence en ne prenant en charge que ce qui relève de l'urgence au sens d'urgence médicale. En face dans l'hypothèse où cette définition des rôles a lieu, il n'est pas acquis que les médecins de ville pourront absorber la totalité du flux ainsi orientés vers la ville. Les Français seront-ils prêts à être encadrés dans leur recours à l'offre de soins? Le poids d'une démographie médicale en baisse, particulièrement chez les pédiatres de ville, menace tant la réussite que la pérennité de la consultation de porte, faute d'effectifs libéraux suffisants et en constante diminution. Le risque est le même pour un réseau de soins d'urgence qui oriente les patients de l'hôpital vers la ville. Le recrutement de médecins généralistes formés à la pédiatrie suppose une révolution au sein de la communauté médicale et une sérieuse réforme du cursus actuel.

Finalement, l'impact de la réalisation d'une coopération ville-hôpital est à nuancer. Certes, la qualité de la prise en charge se trouve améliorée par la mise en place d'une orientation adaptée aux besoins de la population. De plus, le développement de pratiques

¹²¹ *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale*. Edition Métailié 2000

coopératives constituent un levier stratégique¹²² d'allocation de ressources auprès des tutelles. Cependant, les autres expériences de coopération n'affichent pas pour l'instant de diminutions sensibles des flux.

Dans un contexte annoncé de pénurie de professionnels, il semble que l'hôpital demeure un point d'ancrage fort assurant une mission de service public reconnue. Ce constat se renforce pour les urgences pédiatriques et les POSU tels que celui du CHU de Tours. Alors que le nombre de pédiatres libéraux décroît et que l'offre de soins pédiatrique se concentre sur quelques centres très spécialisés, l'enjeu d'une prise en charge équitable de l'enfance sur tout le territoire se trouve posée. Des choix stratégiques sur la filière de soins dans son ensemble dépassent le cadre de l'hôpital mais engagent son avenir : il est urgent de préserver un équilibre entre offre et demande de soins pour garantir à chaque enfant l'accès à des soins de qualité.

¹²² Contandiopoulos-Souteyrand A. *L'hôpital stratège*

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LÉGISLATIFS ET RÉGLEMENTAIRES

Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970

Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986

Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 relative à la réforme de l'hospitalisation publique et privée

Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la Sécurité Sociale

Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé

Décret n° 97-616 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « accueil et traitement des urgences »

Décret n° 97-619 du 30 mai 1997 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation

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

Circulaire DGS/SQ 2/DAS/DH/DSS/DIRMI du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux

Circulaire n° 260 du 2 novembre 1949 relative aux admissions d'urgence dans les hôpitaux

Arrêté du 7 juin 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux

RAPPORTS

STEG A. L'urgence à l'hôpital. *Rapport au Comité Economique et Social*, 5 avril 1989

STEG A. La médicalisation des urgences. *Rapport de la Commission de restructuration des urgences*, 17 septembre 1993

BARRIER G. La prise en charge pré-hospitalière des urgences. *Rapport au Gouvernement*, septembre 1994

COLSON D. Les urgences médicales et la permanence des soins. *Rapport au Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins*, octobre 1994

STASSE F. Rapport de la mission de concertation sur l'avenir de la médecine de ville. *Rapport au Ministre de l'emploi et de la solidarité*, 15 juin 1998

OUVRAGES ET THÈSES

BLEICHNER G. *Guide des outils d'évaluation aux urgences*. Paris : Annette Blackwell, 1996. 114 p.

CONTANDRIOPOULOS A-P., SOUTEYRAND Y., BASY-MALLAURIE C. *L'hôpital stratège*. Paris : John Libbey Eurotext, 1996. 317 P.

ISABEY B. *Urgence et réseaux externes : plaidoyer pour une prise en charge intégrée de l'urgence hospitalière*. Mémoire : ENSP Rennes, 1993.

MATHIEU J-M. *Consultations spontanées dans les services d'urgence : étude de motivation*. Thèse pour le doctorat en Médecine : Université François Rabelais Tours, 1998. 134 p.

MELCHIOR G. *Activité 2000 de SOS Médecins Tours, sa place dans l'agglomération*. Thèse pour le Doctorat en Médecine : Université Pierre et Marie Curie Paris, 2001. 98 p.

PANTALACCI D. *L'urgence pédiatrique à l'hôpital de la Timone : propositions pour un projet de service*. Mémoire : ENSP Rennes, 1993.

PENEFF J. *Les malades des urgences : une forme de consommation médicale*. Paris : Editions Métailié, 2000. 200p.

PÉPIN-DONAT M. *Faut-il restructurer le service des urgences pédiatriques de Tours ?* Mémoire pour l'obtention du diplôme d'études spécialisées en pédiatrie : Université François Rabelais Tours, 1997. 59p.

ETUDES ET ENQUÊTES

Centre de Soins « Porte Ouverte ». *Rapport d'activité 2000*

MARGUET MC. et al. *Etude sur les motivations des parents à amener leur enfant en urgence à l'hôpital CHU de Grenoble*, 1986

CHU de Tours. *Rapports d'activité 1996, 1997, 1998, 1999, 2000*

DIRECTION de la RECHERCHE, des ETUDES, de l'EVALUATION et des STATISTIQUES. *Les passages aux urgences de 1990 à 1998. Etudes et Résultats*, Juillet 2000, n° 72

DREES, ARH Poitou-Charentes, URML Poitou-Charentes, URCAM Poitou-Charentes. *Enquête concernant les urgences prises dans la région Poitou-Charentes*. Juillet 2000

FÉDÉRATION NATIONALE des OBSERVATOIRES RÉGIONAUX de SANTÉ. *Offre et consommation de soins* [en ligne]. Disponible sur internet : <http://www.fnors.org>

INSEE Centre. *Données Economiques et Sociales du Centre 2000/2001*

ORS de Bretagne, ICÔNES. *Photographie de la prise en charge des soins non programmés auprès des acteurs hospitaliers et libéraux de la ville de Rennes*. Juillet 2000

QUÉLIER C. *Enquête auprès des usagers des services hospitaliers d'urgence de l'agglomération rennaise*. Octobre 2000

URML Aquitaine. *La prise en charge des urgences par les médecins généralistes aquitains*. 1997

URML Auvergne. *Organisation des soins et services de garde en médecine générale*. 1998

URML Bourgogne. *Le généraliste et les urgences*. 1995

URML Centre. *Etude de la prise en charge des urgences pédiatriques dans la région Centre*. 1999

URML Ile-de-France. *Les urgences en Ile-de-France*. 1997

URML Languedoc-Roussillon. *Parcours de soins et devenir des patients pris en charge en urgence par les établissements de santé du Languedoc-Roussillon*. 1998

URML Midi-Pyrénées. *Généralistes et urgences en Midi-Pyrénées*. 1998

URML Rhône-Alpes. *Enquête sur l'organisation de la réponse à l'urgence en cabinet libéral*. 1996

ARTICLES

ALFARO C., BRODIN M., LOMBRIL P. et al. Motifs et modalités de recours ambulatoire pédiatrique dans dix hôpitaux de la région Ile-de-France. *Archives françaises de pédiatrie* 1992, n° 49, pp. 785-91

BEAUFILS F. Démographie médicale pédiatrique et urgences. *Archives françaises de pédiatrie*, Juin 1999, suppl. 2, pp. 469-70

BERHIER M., ORIOT D. Le pédiatre et l'enfant exclu. *Archives françaises de pédiatrie*, Avril 1997, pp. 607-14

BERTHIER M., TROLLER I., GAMBERT C. et al. Pourquoi les consultations pédiatriques augmentent-elles dans les structures de soins pour exclus ? *Archives françaises de pédiatrie*, Mai 1998, pp. 793-8

BONHOMME C. Une convention quadripartite de réponse à l'urgence dans la Drôme. *Revue Hospitalière de France*, Juillet-Août 1998, n° 4

BOULLOCHE J., GUIBERT L., GODDE F. et al. Les urgences pédiatriques à l'hôpital du Havre : analyse des modalités de recrutement. *Archives françaises de pédiatrie*, Février 1995, pp. 600-1

BOURGUIGNON A. Bernard Kouchner veut rapprocher médecine de ville et hôpital. *Le Quotidien du Médecin*, 15 mars 2001, n° 6879

CHABROL A. La pédiatrie, une spécialité en crise. *Bulletin de l'Ordre des Médecins*, Septembre 2000, pp.8-9

COUSIN S. Marseille : Fréquentation en hausse à la consultation de médecine générale des urgences de l'hôpital Nord. *Agence de Presse Médicale*, 20 Juillet 2001

CRESSON G. Les urgences comme révélatrices des asymétries et paradoxes dans la relation parent-soignant. *Archives françaises de pédiatrie*, Juin 1999, suppl. 2, pp. 448-50

DAVID T., RABENDA I., NAVEL M. et al. La participation de la pédiatrie libérale à la prise en charge des urgences en France. *Archives françaises de pédiatrie*, Juin 1999, suppl. 2, pp. 467-8

DUPUIS C. La crise sans fin des urgences. *Le Quotidien du Médecin*, Juillet 2000, n° 6739

DUPUIS C. Le grand malentendu sur la participation aux gardes des libéraux. *Le Quotidien du Médecin*, 19 juillet 2000, n° 6744

DUPUIS C. Permanence des soins : après le constat d'échec, la foire aux idées. *Le Quotidien du Médecin*, 27 Mars 2001, n° 6885, p. 3

FLORET D. Faut-il former les généralistes à l'accueil des urgences pédiatriques? *Archives françaises de pédiatrie*, Mai 1998, suppl. 2, pp. 1214-5

JEANDIDIER B., DOLLON C., LABORDE H., PARIES J. et al. Le faux débat des fausses urgences. *Archives françaises de pédiatrie*, Juin 1999, suppl. 2, pp. 464-6

KELLER B. Les femmes médecins réclament un statut social adapté à leur exercice. *Le Quotidien du Médecin*, 13 Mars 2001, n° 6876

KELLER B. Les hôpitaux saturés par l'arrivée des patients. *Le Quotidien du Médecin*, 28 Mars 2000, n° 6675, p. 3

KELLER B. Permanence des soins : l'idée des maisons médicales fait son chemin. *Le Quotidien du Médecin*, 7 Mars 2001, n° 6871

KELLER B. Quartiers difficiles : comment éviter de baisser les bras. *Le Quotidien du Médecin*, 28 Mars 2001, n° 6886

KINI NM., STRAIT RT. Nonurgent use of the pediatric emergency department during day. *Pediatric Emergency Care*, Février 1998, n° 14, pp. 19-21

LACROIX J., ARSENEAULT M. L'évolution des urgences pédiatriques à l'hôpital Sainte-Justine. *Archives françaises de pédiatrie*, Juin 1999, suppl. 2, pp. 448-50

LAÏDI Z. Pourquoi vivons-nous dans l'urgence ? *Etudes*, Juin 1999, n° 390, pp. 775-788

LANG T., DAVIDO A., DIAKITI B. et al. Motifs de recours aux services hospitaliers d'urgences médicales et à leur fonction dispensaire. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*, 1998, n° 3

LECLERC F., MARTINOT A., SADIK A. et al. L'inflation des urgences pédiatriques. *Archives françaises de pédiatrie*, Juin 1999, suppl. 2, pp. 454-6

LEICHER C. Médecine générale et réseau d'urgences : quatre propositions. *Revue Hospitalière de France*, Mai-Juin 1998, n° 3

LOMBRAIL P., ALFARO C., VITOUX-BROT C. et al. Analyse du recrutement en urgence d'un hôpital pédiatrique. *Archives françaises de pédiatrie*, 1993, n° 50, pp. 313-7

MARTINOT A., BOSCHER C., ROUSTIT C. et al. Motifs de recours aux urgences pédiatriques : comment cette activité s'inscrit-elle dans le champ des soins ambulatoires ? *Archives françaises de pédiatrie*, Juin 1999, suppl. 2, pp. 461-3

MARTINOT A., FASSLER C., HUE V. et al. Quelle est l'implication du pédiatre libéral dans la prise en charge des urgences extrahospitalières ? *Archives françaises de pédiatrie*, Juillet 2000, pp. 591-3

MATHY C. L'expérimentation « urgences » : premières exploitations. *La Lettre d'Informations Hospitalières. Lettre des Systèmes d'Information Medicalisés* , 1999, n° 34

MÉNARD-PARISEAU L. Tri des patients à leur arrivée au service des urgences. *Réanimation Urgences*, Juillet 1998, pp.114-7

ORTOLAN B. Presque tout pour 115 francs. *Médecin de famille, le journal de l'UNOF*, Décembre 2000, n° 29

PERREIN J-B. Médecins jusqu'au bout. *Médecin de famille, le journal de l'UNOF*, Décembre 2000, n° 29

PIGANEAU K. Trop peu de services d'urgence sont adaptés aux soins pédiatriques. *Le Quotidien du Médecin*, 1^{er} Mars 2001, n° 6865

PIGANEAU K. Urgences et permanence des soins : le plan de sauvetage de SOS Médecins. *Le Quotidien du Médecin*, Décembre 2000, n° 6823

PROTECTION SOCIALE INFORMATIONS. Les urgences toujours en état de « surchauffe ». 19 juillet 2000, n° 263

PRUVOT F-R., AVERLAND B. Urgences à l'hôpital : de la charité au fast-food. *Le Quotidien du Médecin*, mercredi 18 Octobre 2000, n° 6782

SAINT-MARTIN J. Faut-il continuer à accueillir des enfants à l'hôpital général? *Archives françaises de pédiatrie*, Mai 1998, suppl. 2, pp. 212-7

SCIENCES ET AVENIR, Spécial Urgences, Mai 2000, pp. 39-41

STAGNARA J., CHATELAIN P., CHABANOLLE F. et al. Grandeurs et vicissitudes de l'organisation des urgences pédiatriques. *Archives françaises de pédiatrie*, Mai 1998, suppl. 2, pp. 215-6

TUFFREAU F. Les urgences hospitalières de plus en plus attractives. *Santé Pays de la Loire*, Décembre 2000, n° 38, pp. 2-6

LISTE DES ANNEXES

- Annexe 1** Liste des personnes interviewées
- Annexe 2** Guides d'entretien
- Annexe 3** Positionnement des sites d'urgence en région Centre
- Annexe 4** Nombre de venues aux urgences pédiatrique de l'hôpital Clocheville par âge
- Annexe 5** Part des venues aux urgences pédiatriques par zone géographique
- Annexe 6** Evolution de l'activité des services d'urgence au CHU de Tours de 1992 à 2000
- Annexe 7** Analyse des flux mensuels d'activité du service des urgences pédiatriques de l'hôpital Clocheville
- Annexe 8** Evolution des taux d'hospitalisations et de consultation des services d'urgence du CHU de Tours
- Annexe 9** Lettre d'information aux familles, CHU de Tours, 2000
- Annexe 10** La campagne d'information drômoise, Revue Hospitalière de France n°4, juillet-août 1998
- Annexe 11** Tableau synthétique des expériences de coopération ville-hôpital pour la prise en charge des urgences

Annexe 1 : Liste des personnes interviewées

- 1. Dr. M** Vice Président de l'Association des Pédiatres Libéraux
- 2. Mme le Dr. G** Médecin Inspecteur de Santé Publique, DDASS Indre-et-Loire
- 3. Mme L** Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- 4. Dr. L** Chef du Service des Urgences Pédiatriques (UP)
- 5. Dr. D** Pédiatre libéral participant aux gardes des urgences
- 6. Dr. P** Auteur du mémoire sur la restructuration des UP
- 7. Dr. Z** URML Centre
- 8. Pr. GLORION** Président sortant du Conseil National de l'Ordre des médecins
- 9. Mme P** Cadre infirmier du service des UP
- 10. Mme M** Assistante sociale
- 11. Dr. G** Responsable du Centre « Porte Ouverte »
- 12. M. B et M. L** SOS Kiné de Tours

NB : Les entretiens se sont déroulées d'avril à juin 2001

Annexe 2 : Guides d'entretien

Enquête sur la réalisation d'un projet de coopération ville-hôpital pour la prise en charge des urgences pédiatriques

I. Construction de l'objet de l'enquête

Question : "Quelle est l'appréciation portée par les acteurs de la prise en charge des urgences pédiatriques à Tours sur le projet de coopération ville-hôpital"

Problématique : la mise en place de coopération ville-hôpital pour améliorer la prise en charge des urgences

Hypothèses :

les acteurs ont une vision différente des dispositifs de prise en charge des urgences
les acteurs ignorent le rôle de chacun des partenaires

Type d'enquête : cette enquête vise à analyser la mise en œuvre d'une coopération ville-hôpital au travers des points de vue en présence, de la lecture que les acteurs font de leurs expériences et de leurs systèmes de repères.

II. Préparation de l'enquête

Choix des interviewés en fonction de leur investissement dans le projet initial proposé par l'hôpital et de l'élargissement à d'autres acteurs potentiels (12 à 15 entretiens)

Accès direct le plus souvent par courrier et téléphone

Mode de l'entretien : semi directif

III. Elaboration d'un guide d'entretien I

Destinataire : SOIGNANT

Contexte : obtention d'un rendez-vous dans la journée de travail

Durée : 45 minutes environ

Consigne initiale : "dans une journée, quelles sont vos principales activités auprès des enfants amenés en urgence/sans rendez-vous ?"

Thèmes de l'entretien :

1. la prise en charge des urgences pédiatriques à Tours

- population rencontrée
- conception de votre rôle
- diagnostic des dispositifs de prise en charge des urgences pédiatriques : atouts et lacunes

2. le projet de coopération ville-hôpital

- appréciation de la pertinence de cette solution : avant/après
- degré d'implication dans la démarche
- analyse de sa mise en œuvre

3. le devenir du projet

- obstacles
- pistes de relance
- propositions d'autres orientations

4. Clôture : votre définition de l'urgence pédiatrique

Variante : entretien avec une personne non partie au premier projet

Présentation du projet de coopération ville-hôpital pour la prise en charge des UP

Ce projet vise à monter, dans l'enceinte de l'hôpital, une consultation de pédiatrie libérale fonctionnant la nuit et le WE, afin d'y orienter, après un tri effectué à l'accueil des UP, les cas les plus légers.

Après une première phase de négociation entre l'hôpital et l'association des pédiatres libéraux, ce projet n'a pas encore abouti.

2. le projet de coopération ville-hôpital

- appréciation de la pertinence de la solution
- intérêt d'une implication dans le projet
- volonté de participation

III. Elaboration d'un guide d'entretien II

Destinataire : NON SOIGNANT

Contexte : obtention d'un rendez-vous dans la journée de travail

Durée : 45 minutes environ

Consigne initiale : "dans votre activité, vous trouvez-vous confronté à la question des urgences/soins non programmés pour les enfants?"

Thèmes de l'entretien :

1. la prise en charge des urgences pédiatriques à Tours

- population concernée
- conception de votre rôle
- diagnostic des dispositifs de prise en charges des urgences pédiatriques : atouts et lacunes

2. le projet de coopération ville-hôpital

- appréciation de la pertinence de cette solution : avant/après
- degré d'implication dans la démarche
- analyse de sa mise en oeuvre

3. le devenir du projet

- obstacles
- pistes de relance
- propositions d'autres orientations

4. Clôture : votre définition de l'urgence pédiatrique

Variante : entretien avec une personne non partie au premier projet

Présentation du projet de coopération ville-hôpital pour la prise en charge des UP

Ce projet vise à monter, dans l'enceinte de l'hôpital, une consultation de pédiatrie libérale fonctionnant la nuit et le WE, afin d'y orienter, après un tri effectué à l'accueil des UP, les cas les plus légers.

Après une première phase de négociation entre l'hôpital et l'association des pédiatres libéraux, ce projet n'a pas encore abouti.

2. le projet de coopération ville-hôpital

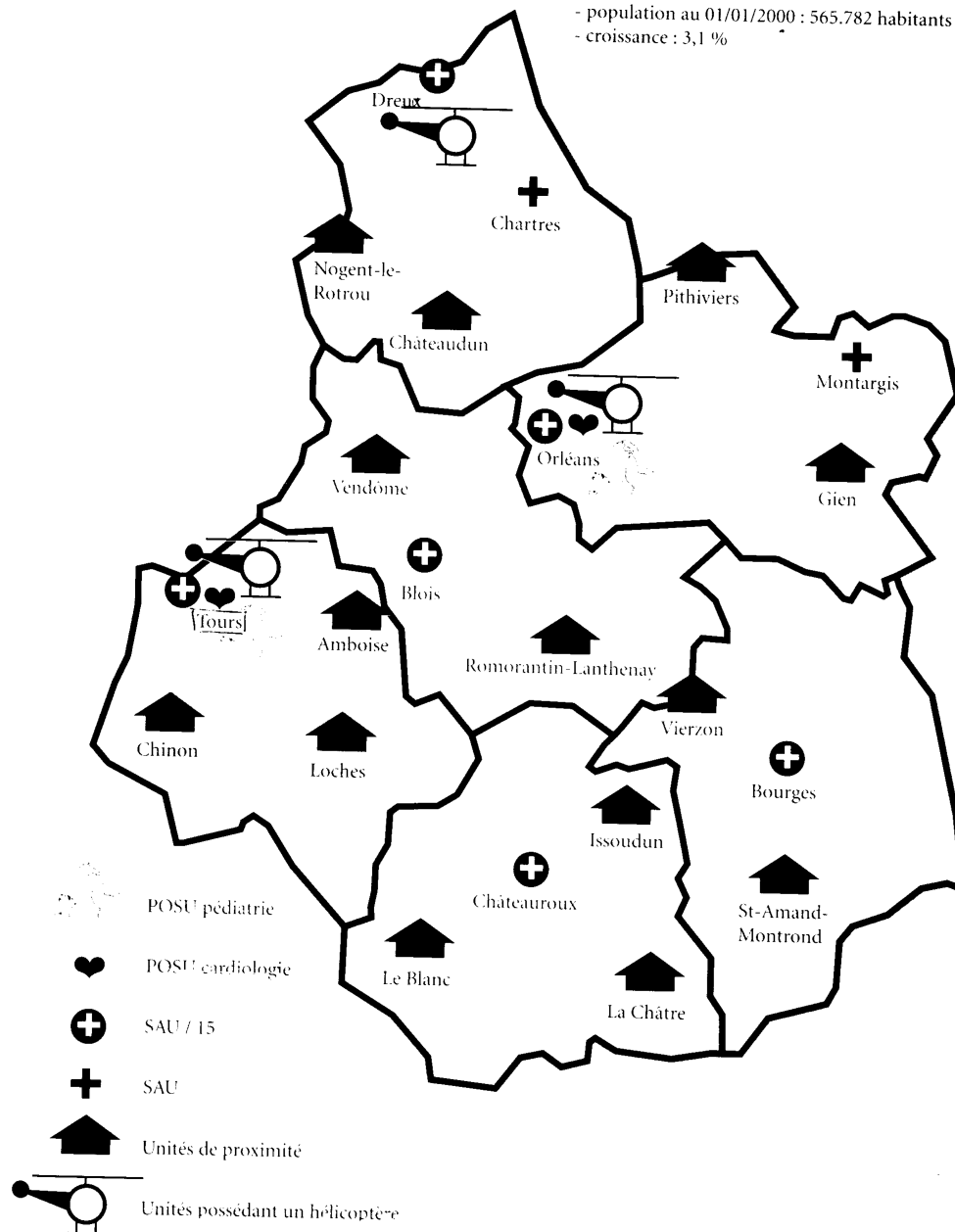
- appréciation de la pertinence de la solution
- intérêt d'une implication dans le projet
- volonté de participation

Annexe 3 : Positionnement des sites d'urgence en région Centre

Positionnement des sites d'urgence en région Centre

Caractéristiques de l'Indre-et-Loire

- situé à l'ouest de la région Centre
- proximité de la Sarthe, la Vienne et le Maine-et-Loire
- hélicoptère au CHU
- population au 01/01/2000 : 565.782 habitants
- croissance : 3,1 %



Source : ARH Centre, SROS juillet 1999

Annexe 4 : Nombre de venues aux urgences pédiatriques par âge

Tranches d'âge	1998		1999		2000	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
0 à 12 mois	3 374	13%	3 334	13%	3 798	14%
1 à 3 ans	4 901	19%	5 093	19%	5 211	19%
3 à 5 ans	2982	11%	3 326	12%	3 377	12%
Total – 5 ans	11 257	43%	11 753	44%	12 386	45%
5 à 10 ans	6 043	23%	6 297	24%	6 436	23%
10 à 15 ans	7 583	29%	7 614	28%	7 742	28%
+ 15 ans	1 210	5%	1 114	4%	1 142	4%
TOTAL	26 093	100%	26 778	100%	27 706	100%

Source : statistiques internes du service des urgences pédiatriques du CHU de Tours

Annexe 5 : Part des venues au service des urgences pédiatriques du CHU de Tours par zone géographique

	Agglomération de Tours		Département 37 hors Tours		Région Centre hors 37		Hors région Centre	
	1997	2000	1997	2000	1997	2000	1997	2000
Part moyenne sur l'année	62%	58%	30%	32%	3%	3%	5%	7%
Part moyenne sur juillet/août	52%	51%	29%	32%	4%	3%	15%	14%

Source : statistiques internes du service des urgences pédiatriques du CHU de Tour

Annexe 6 : Evolution de l'activité des services d'urgence du CHU de Tours de 1992 à 2000

Passages aux urgences pédiatriques	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Adultes	37 711	38 338	39 689	40 613	41 316	44 985	48 004	49 982	52 062
Enfants	21 198	21 767	22 582	23 387	24 603	26 122	26 572	27 113	27 950
TOTAL	58 909	60 105	62 271	64 000	65 919	71 107	74 576	77 095	80 012
Part des urgences pédiatriques	36%	36%	36%	36%	37%	38%	37%	36%	35%

Taux d'évolution	Moyenne par an	1992/93	1993/94	1994/95	1995/96	1996/97	1997/98	1998/1999	1999/2000	1992/2000
Adultes	+ 4,75%	+ 1,7%	+ 3,5%	+ 2,3%	+ 1,7%	+ 9%	+ 6,7%	+ 4,1%	+ 4,1%	+ 38 %
Enfants	+ 4%	+ 2,7%	+ 3,7%	+ 3,6%	+ 5,2%	+ 6,2%	+ 1,8%	+ 2%	+ 3,1%	+ 32%
TOTAL	+ 4,5%	+ 2%	+ 3,6%	+ 2,8%	+ 3%	+ 7 ,8%	+ 4,8%	+ 3,4%	+ 3,8%	+36%

Source : rapports d'activité 1996, 1997, 1998, 1999 et 2000 du CHU de Tours

Annexe 7 : Analyse des flux mensuels d'activité du service des urgences pédiatriques de l'Hôpital Clocheville

Mois (% d'évolution 2000/1997)	JANVIER (+ 13 %)					FEVRIER (+ 10 %)					MARS (+ 8 %)					AVRIL (+ 6 %)				
	1997	1998	1999	2000	2000	1997	1998	1999	2000	2000	1997	1998	1999	2000	2000	1997	1998	1999	2000	2000
Années	1997	1998	1999	2000	2000	1997	1998	1999	2000	2000	1997	1998	1999	2000	2000	1997	1998	1999	2000	2000
Chirurgie	1234	1410	1359	1306	1306	1108	1284	1031	1175	1175	1548	1445	1661	1634	1634	1406	1251	1410	1410	1234
Médecine	878	998	1145	1097	1097	798	1113	847	937	937	806	1036	863	920	920	695	758	787	787	945
TOTAL	2112	2408	2504	2403	2403	1906	2397	1878	2112	2112	2354	2481	2524	2554	2554	2101	2009	2197	2197	2229
	MAI (+ 16 %)																			
	1997	1998	1999	2000	2000	1997	1998	1999	2000	2000	1997	1998	1999	2000	2000	1997	1998	1999	2000	2000
Chirurgie	1561	1727	1740	1721	1721	1613	1614	1684	1633	1633	1139	1226	1222	1211	1211	<u>1101</u>	<u>1104</u>	<u>1142</u>	<u>1051</u>	<u>1051</u>
Médecine	755	712	824	982	982	821	745	833	1224	1224	715	<u>615</u>	761	847	847	771	625	<u>590</u>	<u>677</u>	<u>677</u>
TOTAL	2316	2439	2564	2703	2703	2434	2359	2517	2857	2857	<u>1854</u>	1841	1983	2058	2058	1872	<u>1729</u>	<u>1732</u>	<u>1728</u>	<u>1728</u>
	SEPTEMBRE (- 2 %)					OCTOBRE (- 1 %)					NOVEMBRE (-)					DECEMBRE (+ 12 %)				
	1997	1998	1999	2000	2000	1997	1998	1999	2000	2000	1997	1998	1999	2000	2000	1997	1998	1999	2000	2000
Chirurgie	1525	1496	1440	1463	1463	1578	1417	1654	1510	1510	1392	1421	1395	1376	1376	/	/	1180	1156	1281
Médecine	<u>686</u>	718	728	698	698	791	786	835	826	826	826	767	855	844	844	/	/	1124	1151	1308
TOTAL	2211	2214	2168	2161	2161	2369	2203	2489	2336	2336	2218	2188	2250	2220	2220	/	/	2304	2307	2589

En gras le nombre le plus fort de passages de l'année considérée

Souligné le nombre le plus faible de passages de l'année considérée

Source : rapports d'activité 1996, 1997, 1998, 1999 et 2000 du CHU de Tour

Annexe 8 : Evolution des taux d'hospitalisation et de consultation des services des urgences du CHU de Tours

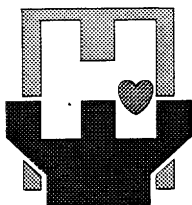
Consultations	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Adultes	53%	53%	52,5%	54%	53%	54,76%	56%	57%	59%
Enfants	80%	80%	80%	79%	82%	81,5%	83%	82%	82%
TOTAL	62,3%	63,2%	62,6%	63%	63,5%	64,5%	65,8%	65,4%	66,8%

Hospitalisations	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Adultes	34%	34%	34%	32%	30%	30%	30%	29%	29%
Enfants	20%	20%	20%	21%	18%	18%	17%	18%	18%
TOTAL	29,3%	29%	28,8%	27,8%	26%	26%	25,6%	25,4%	25,5%

Hospitalisations de porte Adultes	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Adultes	13%	12%	13,5%	14%	17%	15%	13%	14%	12%
Enfants	Ouverture de 8 lits porte aux urgences pédiatriques en 2003								

Source : rapports d'activité 1996, 1997, 1998, 1999 et 2000 du CHU de Tours

Annexe 9 : Lettre d'information aux familles CHU de Tours, 2000



Centre Hospitalier Universitaire
HOPITAUX de TOURS

Centre de Pédiatrie Gatien de Clocheville
49, boulevard Béranger – 37044 TOURS CEDEX 1
☎ 02.47.47.47.66

Information aux familles des enfants venant en simple consultation au service des Urgences pédiatriques

Madame, Monsieur,

Vous êtes venu consulter au service des Urgences de l'hôpital Clocheville pour votre enfant. L'équipe médicale et infirmière a pour mission de vous accueillir et de prendre en charge votre enfant dans les meilleures conditions.

Par cette lettre, nous voulons simplement attirer votre attention sur le fait suivant : ce service est destiné aux problèmes urgents, correspondant à des situations où un diagnostic et un traitement rapides sont absolument nécessaires pour maintenir votre enfant en bonne santé ; or, depuis quelques années, nous constatons que les familles sont de plus en plus nombreuses à venir d'elles mêmes demander un avis à Clocheville pour des problèmes qui ne sont pas de réelles urgences. Actuellement, vous devez savoir que plus des deux tiers des problèmes médicaux observés au service des Urgences de Clocheville sont de simples consultations qui auraient pu être effectuées par le médecin traitant. Vous devez comprendre que l'afflux de consultations pour des problèmes bénins a des conséquences sérieuses sur le fonctionnement du service des Urgences et occasionne des débordements d'activité, une attente parfois extrêmement longue pour les patients et surtout un retard dans la prise en charge des patients qui ont besoin de soins urgents.

Il nous semble donc important de vous rappeler que, en dehors des situations préoccupantes et graves, vous devez commencer par contacter votre médecin traitant (pédiatre ou médecin généraliste), qui, dans la plupart des cas, répondra à votre demande. S'il le juge nécessaire, votre médecin adressera votre enfant au service des Urgences de Clocheville pour un avis ou un traitement.

Par ailleurs, si vous souhaitez avoir un avis spécialisé, sachez qu'il existe à Clocheville des consultations pour toutes les spécialités pédiatriques, sur rendez-vous. Vous pouvez obtenir un rendez-vous rapide si votre médecin le juge nécessaire et s'il prend contact directement avec le spécialiste concerné.

En respectant ces consignes, vous nous aiderez à continuer à soigner les enfants dans les meilleures conditions possibles au service des Urgences de l'hôpital Clocheville.

Comptant sur votre compréhension, veuillez croire, Madame, Monsieur, en l'assurance de nos sentiments dévoués.

Le Directeur du Centre de Pédiatrie
Gatien de Clocheville,

Le Chef de Service des Urgences
Pédiatriques,

Annexe 10 : La campagne d'information drômoise, Revue Hospitalière de France n°4, juillet-août 1998

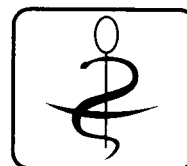
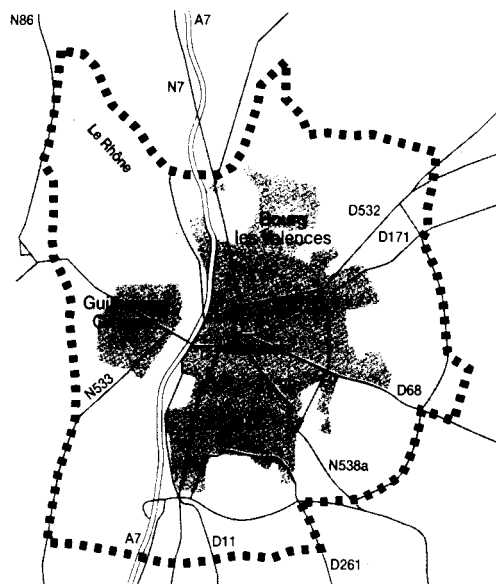
Urgences : que faire ? La campagne d'information drômoise

Diffusée depuis le début du mois de mai sous forme d'affichettes apposées dans les lieux publics, cette campagne est destinée à sensibiliser l'usager au « bon réflexe » d'ap-

pel en cas d'urgence. Elle est cofinancée par l'Association départementale d'urgence médicale (UM 26), la Mutualité de la Drôme, la DRASS et plusieurs municipalités.

Urgence médicale

appelez en priorité
votre médecin généraliste



En l'absence de votre médecin
service de garde
04 75 42 11 11

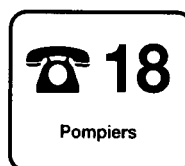
Urgence vitale à domicile

Perte de connaissance
Hémorragie
Etouffement
Douleur dans la poitrine
Intoxication
Urgence en l'absence du médecin...



Secours d'urgence aux victimes

d'accident, d'incendie ou d'explosion
de sinistre ou de catastrophe
de malaise ou chute sur la voie publique



Annexe 11 : Tableau synthétique des expériences de coopération ville-hôpital pour la prise en charge des urgences

Type de structure	Objectifs	Contexte	Initiative	Partenaires	Modalités de fonctionnement	Financement structure	Rémunérations médecins	Avantages	Inconvénients	Exemples
Cabinet d'Accueil et de Premiers Soins	Assurer la permanence des soins dans des conditions de qualité et de sécurité	- système de garde libérale défaillant - mise en demeure du CDO d'agir par les pouvoirs publics	Médecins libéraux AMU CDO	CDO, CPAM, URCAV, ARH, médecins libéraux, infirmières libérales, Hôpital, conseil général, ville	- cabinet de consultations ouvert N, D, JF - situé en centre ville - plateau technique à proximité, avec accès plus ou moins facilité	FAOSV Cotisations des médecins libéraux Autres partenaires ex : ville...	Paiement à l'acte mixte forfaitaire	- autonomie pour les médecins libéraux - recon-naisance d'une mission de service public - gain de temps pour le patient	difficile mobilisation des médecins en milieu urbain habitudes de soins de la population	Le Havre (76) Fermeture: Nice(06) <u>En projet</u> : Lyon Rennes St-Orge <u>Cas spécial</u> : Roubaix (59)
Cabinet de consultation libéral sur site hospitalier	Réguler les flux de patients aux urgences afin d'orienter les urgences ressenties vers la médecine de ville	- service des urgences engorgé - manque de personnel - moyens insuffisants	Hôpital Plutôt côté administratif Tutelles Ville	idem	- cabinet de consultation classique - tri et orientation des patients à l'accueil des urgences hospitalières	DG de l'hôpital majorée par les tutelles	Paiement à l'acte	- gain de temps pour le patient - complé-entarité immédiate	mode de rémunération peu attractif coopération difficile médecins libéraux et hospitaliers dépendance vis-à-vis de l'hôpital	Marseille (13) <u>En projet</u> : Montargis AP-HP Versailles Poissy Melun Grenoble Ales
Enjeux			Réseaux à formaliser			Pertinence des financements		Habitudes de soins des patients Educaton		Expériences isolées
Coopération SAMU – Médecine libérale	Répondre à l'urgence vitale	Zones "blanches"	SAMU Hôpital Tutelles	Médecins libéraux	Effecteurs périphériques: correspondants - SAMU	CPAM Hôpital	Paiement à l'acte	Meilleure prise en charge des urgences	Pas de valorisation du travail du méd. libéral	Yvelines (78), Meuse (55), Orne (61), Neuchâtel (76)