



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2002 - 2004

**La création des maisons médicales de
garde dans la permanence des soins :
une réponse à la sur-utilisation des
services d'urgences adultes
du CHU de Toulouse ?**

Isabelle MARTIN

Remerciements

Je tiens à remercier :

Monsieur Patrick CAMPHIN, Directeur d'hôpital, Responsable des urgences au siège de l'AP-HP, qui a bien voulu diriger ce mémoire et m'a soutenu tout au long de ma démarche par ses précieux conseils,

Monsieur Daniel MOINARD, Directeur Général du CHU de Toulouse, et Monsieur Didier BOUVET, Directeur de Cabinet, pour l'intérêt qu'ils ont toujours manifesté à l'égard de mes travaux,

Monsieur Pierre CHASTRUSSE, Directeur du Pôle Urgences/SAMU du CHU de Toulouse, pour m'avoir étroitement associée à ce dossier et mis à ma disposition toutes les informations nécessaires à l'élaboration de ce mémoire,

Je tiens également à remercier l'ensemble des personnes rencontrées à l'occasion de mes différents entretiens, et notamment :

Les membres du Comité de Pilotage de la Maison Médicale de Garde de Toulouse 31, pour m'avoir permis de participer à leurs réunions,

Les responsables des maisons médicales et des services d'urgences hospitaliers que j'ai sollicités, pour m'avoir généreusement fait partager leurs expériences.

Sommaire

INTRODUCTION	1
 I – PERMANENCE DES SOINS ET PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE : APPRECIATION DE LA SITUATION TOULOUSAINNE AU REGARD DES RÉFÉRENCES NATIONALES.....	3
 1.1. LES USAGERS : DU PATIENT AU CONSOMMATEUR ?	3
1.1.1. <i>Comportements et motifs de recours des usagers aux soins non programmés : principales données</i>	4
1.1.2. <i>Le recours aux urgences hospitalières : un choix qui semble s'imposer</i> ..	6
A) Le profil du patient.....	7
B) Les motifs médicaux de recours aux urgences des usagers.....	8
C) Les modalités de recours aux urgences	8
1.1.3. <i>Les reproches formulés à la médecine libérale</i>	10
 1.2. LA MEDECINE LIBERALE : UN CORPS PROFESSIONNEL EN PLEINE RESTRUCTURATION ? .	11
1.2.1. <i>Les perspectives d'évolution d'un corps professionnel</i>	12
A) Un profil démographique vieillissant.....	12
B) Une féminisation de la profession	14
C) Vers une nouvelle conception de l'exercice médical	16
1.2.2. <i>Les médecins libéraux toulousains</i>	19
A) Une évolution démographique moins préoccupante.....	19
B) La volonté de réorganiser la permanence des soins	20
 1.3. LES SERVICES D'URGENCES HOSPITALIERS : VICTIMES DE LEURS SUCCES ?	23
1.3.1. <i>La recherche d'une amélioration des conditions de prise en charge</i>	23
A) Une activité réglementairement mieux encadrée	24
B) Caractéristiques d'une activité en constante augmentation	26
1.3.2. <i>Les services d'accueil des urgences adultes du CHU de Toulouse</i>	29
A) Le Département des Urgences Adultes du CHU de Toulouse	30
B) Caractéristiques de l'activité du Département.....	31

II – LES MAISONS MEDICALES : CONCEPTS, APPORTS ET LIMITES	35
2.1. UN CONTEXTE FAVORABLE A LA CREATION DE STRUCTURES NOUVELLES POUR ASSURER LA PERMANENCE DES SOINS :	36
2.1.1. Du Rapport DESCOURS à la Circulaire du 16 avril 2003	36
A) Les conclusions du Rapport DESCOURS	36
B) La circulaire du 16 avril 2003 : articuler permanence des soins de ville et services d'urgences	39
2.1.2. Des expérimentations innovantes qui se multiplient.....	43
A) Les centres de régulation mixtes libéral et hospitalier	43
B) Panorama des maisons médicales : une philosophie ...des réalisations	46
2.2. EVALUATION DE L'APPORT DES MAISONS MEDICALES DANS LA PERMANENCE DES SOINS	48
2.2.1. La Maison médicale de garde de Gap (MMG).....	49
A) Présentation.....	49
B) Bilan points forts – points faibles.....	53
C) Apports et limites de la MMG au regard des attentes des acteurs de la permanence des soins.....	54
2.2.2. La Domus Medica du Havre.....	55
A) Présentation.....	55
B) Bilan points forts – points faibles.....	57
C) Apports et limites de la Domus Medica au regard des attentes des acteurs de la permanence des soins.....	57
2.2.3. Le Centre d'Accueil et de Répartition Libéral des soins non programmés ou Centre CARL de Rennes.....	58
A) Présentation.....	58
B) Bilan points forts – points faibles.....	60
C) Apports et limites du CARL au regard des attentes des acteurs de la permanence des soins.....	60
2.2.4. La Consultation non programmée de Médecine Générale (CMG) au sein de l'hôpital Nord de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM)....	61
A) Présentation.....	61
B) Bilan points forts – points faibles.....	63
C) Apports et limites de la CMG au regard des attentes des acteurs de la permanence des soins.....	63

III – QUELS ENSEIGNEMENTS POUR LE PROJET TOULOUSAIN ?	65
3.1. LE PROJET TOULOUSAIN : HIER ET AUJOURD’HUI.	65
3.1.1. Le CHU promoteur de la création de deux consultations libérales de médecine générale.....	65
3.1.2. Le projet actuellement porté par l’ADUM 31.....	67
3.2. LES PRECONISATIONS FORMULEES A L’EGARD DU PROJET DE CREATION DE MAISON MEDICALE SUR TOULOUSE.....	70
3.2.1. Les préconisations formulées à l’égard de la maison médicale.....	70
A) La structure	70
B) Les relations de la maison médicale de Toulouse avec les autres professionnels de santé locaux.....	77
3.2.2. Les préconisations formulées à l’égard des urgences hospitalières.....	79
A) Un rôle d’information et d’éducation sanitaire du patient	80
B) Développer la facturation des actes aux urgences hospitalières.....	81
C) Mettre en place des indicateurs d’évaluation	81
3.2.3. Les préconisations formulées à l’égard des relations CHU – Maison médicale de garde.....	83
A) Conforter la participation des médecins libéraux à la régulation du Centre 15 ..	84
B) Formaliser la collaboration CHU - Maison médicale : la convention de partenariat.	85
CONCLUSION.....	89
BIBLIOGRAPHIE	93
LISTE DES ANNEXES.....	97

Liste des sigles utilisés

A.D.U.M. 31 : Association Départementale des Urgences Médicales de la Haute-Garonne.
A.G.G.I.R. : Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressources.
A.M.U.H. : Association Médicale des Urgences du Havre.
A.R.H. : Agence Régionale de l'Hospitalisation.
A.R.T.T. : Aménagement et Réduction du Temps de Travail.
A.S.S.U.M. 62 : Association des Services d'Urgences Médicales du Pas-de-Calais.
AP-HM : Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille.
C.A.R.L. : Centre d'Accueil et de Répartition Libéral des Soins.
C.C.M.U. : Classification Clinique des Maladies aux Urgences.
C.D.O.M. : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.
C.H.U. : Centre Hospitalier Universitaire.
C.M.G. : Consultation de Médecine Générale.
C.N.A.M.T.S. : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés.
C.N.E.H. : Centre National de l'Equipe Hospitalier.
C.N.O.M. : Conseil National de l'Ordre des Médecins.
C.O.D.A.M.U.P.S. : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des transports sanitaires et de la Permanence des Soins.
C.P.A.M. : Caisse Primaire d'Assurance Maladie.
C.R.E.D.E.S. : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé.
C.R.R.A. : Centre de Réception et de Régulation des Appels.
C.R.R.A.L. : Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux.
COMEX : COMmission EXecutive.
D.D.A.S.S. : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
D.H.O.S. : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.
D.R.E.E.S. : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.
E.T.P. : Equivalent Temps Plein.
F.A.Q.S.V. : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville.
I.A.O. : Infirmière d'Accueil et d'Orientation.
I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
M.C.O. : Médecine Chirurgie Obstétrique.
M.M.G. : Maison Médicale de Gap.
O.R.U.M.I.P. : Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées.

P.A.R.M. : Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale.
P.L.F.S.S. : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale.
P.O.S.U. : Pôle Spécialisé des Urgences.
S.A.M.U. : Service d'Aide Médicale Urgente.
S.A.U. : Service d'Accueil des Urgences.
S.M.U.R. : Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation.
S.R.O.S. : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire.
U.H.C.D. : Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
U.P.A.T.O.U. : Unité de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences.
U.R.C.A.M. : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.
U.R.M.L. : Union Régionale des Médecins Libéraux.
V.S.L. : Véhicule Sanitaire Léger.

INTRODUCTION

Les usagers du système de santé ont parfois besoin de soins médicaux en dehors des jours et des heures d'ouverture des cabinets de ville.

Cette demande de soins non programmée, généralement du ressort de la médecine libérale, est normalement prise en charge dans le cadre de la permanence des soins, c'est-à-dire une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés à cette demande.

Dans les faits, les services d'urgences hospitaliers accueillent de nombreux patients relevant de la permanence des soins de ville. Et, l'épisode caniculaire de l'été 2003 n'aura fait, de ce point de vue, que mettre en lumière le rôle joué par l'hôpital dans ce cadre.

Car, même en l'absence d'évènements exceptionnels de cet ordre, il semble que les urgences hospitalières soient régulièrement amenées à prendre en charge, au-delà de l'urgence vitale, toutes les variantes de la demande de soins non programmée, de l'urgence ressentie jusqu'au simple conseil médical. Comme si les services d'urgences hospitaliers étaient devenus pour les patients un lieu de consultation identique à un cabinet de ville.

La moins bonne organisation et la moindre motivation des médecins libéraux dans la prise en charge des urgences en ville, particulièrement mise en évidence lors de la grève des gardes médicales au printemps 2002, contribuent à expliquer cette situation.

Pour tenter de résoudre un tel dysfonctionnement, qui génère pour les urgences hospitalières une suractivité, et pour le système de santé, in fine, un surcoût, la maison médicale de garde, lieu de consultation de médecine générale ouvert aux heures de fermeture des cabinets de ville, est annoncée comme la réponse capable de remédier à l'engorgement des urgences hospitalières. Promues par les Pouvoirs Publics, plusieurs maisons médicales voient d'ailleurs régulièrement le jour depuis quelques mois.

Ainsi, sur Toulouse, depuis juillet 2002, l'Association Départementale des Urgences Médicales 31 (ADUM 31), fédérant plusieurs médecins généralistes de l'agglomération, porte le projet de création d'une maison médicale en centre ville.

Et toute la question pour le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse est de savoir si la création d'une telle structure produira les effets annoncés à l'égard de ses services d'urgences.

Pour répondre à cette question, le champ de l'étude proposée a été volontairement circonscrit aux deux Services d'Accueil des Urgences adultes (SAU) de cet établissement, et le Pôle d'Orientation Spécialisé des Urgences (POSU) pédiatrique du CHU de Toulouse délibérément écarté de cette analyse. En effet, l'intégration de la dimension pédiatrique n'aurait contribué qu'à alourdir le traitement de cette problématique, sans pour autant apporter d'éléments fondamentalement différents.

La démarche retenue s'est appliquée dans un premier temps à identifier les comportements et les attentes des différents acteurs impliqués par la demande de soins non programmée : l'utilisateur tout d'abord, la médecine libérale ensuite, les urgences hospitalières enfin. Cette appréciation de la situation toulousaine, établie au regard des références nationales existantes en la matière, devant permettre de mieux cerner les enjeux explicites et implicites liés, pour chacun des acteurs, à la création d'une telle structure.

Dans un deuxième temps, et après avoir rappelé le contexte actuellement favorable à la mise en œuvre d'un tel dispositif, plusieurs expériences innovantes en matière de prise en charge de l'urgence dans le cadre de la permanence des soins seront plus particulièrement étudiées. A cet effet, les résultats d'une étude conduite auprès de quatre maisons médicales permettront de mettre en évidence les points forts et faibles de ces structures et d'apprécier leur éventuel impact sur l'activité des urgences hospitalières.

C'est d'ailleurs sur la base des enseignements tirés de cette enquête et de l'état des lieux local préalablement dressé, que seront proposées dans une dernière partie plusieurs recommandations visant à optimiser les effets de la maison médicale en projet sur Toulouse à l'égard des deux services d'accueil des urgences adultes du CHU.

I – PERMANENCE DES SOINS ET PRISE EN CHARGE DE L'URGENCE : APPRECIATION DE LA SITUATION TOULOUSAINE AU REGARD DES RÉFÉRENCES NATIONALES

L'émergence de toute nouvelle structure dans le paysage de l'offre de soins suppose qu'au préalable ait été dressé un état des lieux sur les besoins et les attentes des différents acteurs concernés par une telle création. Dans le cas présent, la création d'une maison médicale dans le cadre de la permanence des soins, il paraît donc nécessaire d'identifier plus particulièrement le comportement de trois d'entre eux : les usagers, la médecine libérale et les urgences hospitalières.

En ce sens, l'appréciation de la situation toulousaine, établie par référence aux données nationales, permettra de déterminer les raisons qui conduisent chacun de ces acteurs à contribuer, directement ou indirectement, au dysfonctionnement constaté au niveau des urgences hospitalières. Mais, plus encore, cet état des lieux contribuera à mesurer les enjeux, explicites ou implicites, que la création d'une telle structure peut soulever pour chacun d'entre eux.

1.1. Les usagers : du patient au consommateur ?

Si les études menées sur « l'effet génération » témoignent d'une augmentation au fil du temps du recours aux soins des patients, peu d'entre elles se sont en revanche penchées sur la nature des motivations et les attentes des usagers tant à l'égard de la médecine libérale qu'hospitalière.

Ainsi, l'exigence croissante de la population, le refus d'attente et la demande d'un service rendu quasi-immédiat, sont autant de caractéristiques appréciées, plus que démontrées et surtout analysées.

Le recueil de l'opinion du patient, lorsqu'il est réalisé, est la plupart du temps entaché d'un contexte de crise. Dans la majorité des cas ce sont en effet les médias qui, à l'occasion d'un dysfonctionnement ou d'un mouvement de grève des urgences hospitalières ou de la médecine libérale rapportent le mécontentement des usagers et font état de leurs critiques à l'égard du système de santé.

Mais de façon méthodique et objective, peu d'études se sont attachées à analyser ces phénomènes de comportement, en interrogeant directement le patient, c'est-à-dire le citoyen potentiellement sujet malade, sur ses remarques, ses attentes et ses motivations actuelles en matière de recours à une offre de soins plutôt qu'à une autre, notamment dans le cadre de l'urgence.

A l'égard de la médecine libérale, aucune enquête de portée nationale ne semble avoir été conduite. Les quelques données recueillies proviennent d'études locales, voire régionales, menées essentiellement par les Unions Régionales des Médecins Libéraux (URML).

S'agissant des urgences hospitalières, l'attention s'est longtemps focalisée sur le volume et l'organisation de la réponse à l'urgence au détriment d'études plus qualitatives sur les caractéristiques des patients et leurs motivations. Certains travaux commencent à se développer sur les déterminants conduisant les patients à se présenter dans un service d'urgence, et une étude nationale, menée par la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en janvier 2003 apporte quelques éclairages sur ce point.

1.1.1. Comportements et motifs de recours des usagers aux soins non programmés : principales données

L'étude comparée entre secteur hospitalier et secteur ambulatoire, conduite par l'Union Régionale des Médecins Libéraux et l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) de Bretagne¹ en avril 2001 auprès des patients de la ville de Rennes met en évidence trois caractéristiques du recours aux soins non programmés :

- l'existence d'un différentiel entre la perception du patient et celle du médecin quant à la qualification de l'urgence,
- une répartition temporelle des consultations non superposable,
- une spécificité des motifs médicaux de recours pour chacun des secteurs.

¹ URML – URCAM Bretagne. *La permanence des soins et la prise en charge des urgences sur la ville de Rennes*. Rennes, Avril 2001. p. 23, 24 et 28.

A) Un différentiel de perception de l'urgence entre patients et médecins

Il semble exister un fort décalage entre la vision qu'a le patient de son besoin et le diagnostic porté par le médecin. L'observation quantitative des motifs de recours montre que dans 30% des cas, que ce soit en secteur hospitalier ou ambulatoire, les problèmes posés par les patients auraient pu justifier, selon les médecins consultés, d'une prise en charge différée.

Près de 50% des cas auraient pu être traités dans la demi-journée et non dans l'urgence. Les problèmes nécessitant une prise en charge immédiate de l'avis des médecins sont plus nombreux en secteur hospitalier : près d'un quart contre 15% en secteur ambulatoire. C'est ce que souligne le tableau ci-dessous.

Délai de prise en charge	Secteur ambulatoire	Secteur hospitalier
Immédiate	15%	24%
Demi-journée	58%	44%
Différée	27%	32%

Source : Etude URML URCAM Bretagne – Avril 2001

B) Une répartition temporelle des demandes spécifique à chaque secteur

Cette étude souligne par ailleurs que le flux des consultations, s'il est relativement stable sur la semaine pour l'ensemble des services d'urgence des établissements hospitaliers, varie beaucoup en secteur ambulatoire : plus fort le lundi, le nombre de demandes décroît jusqu'au vendredi où il remonte avant de s'effondrer le dimanche.

Jour de l'appel/entrée	Secteur ambulatoire	Secteur hospitalier
Lundi	26%	16%
Mardi	15%	14%
Mercredi	13%	14%
Jeudi	12%	14%
Vendredi	14%	13%
Samedi	12%	15%
Dimanche	6%	14%

Source : Etude URML URCAM Bretagne – Avril 2001

Alors que les demandes sont formulées entre 8h et 20h majoritairement auprès de la médecine libérale (93% contre 77% en établissement), celles de la première période de nuit 20h-24h s'adressent davantage aux urgences hospitalières (15%) plutôt qu'au secteur ambulatoire (5%).

C) Des motifs médicaux de recours propres à chaque secteur

Cette étude révèle enfin que les motifs de consultations sont spécifiques à chaque secteur. Ainsi, on retrouve en services d'urgence principalement des pathologies de l'appareil ostéoarticulaire (28%), puis des pathologies de la catégorie « cutané » (19%, incluant contusions, plaies ...) et des pathologies digestives (9%).

Le secteur ambulatoire reçoit des patients présentant des pathologies respiratoires (35%), puis psychologiques (10%) et ostéoarticulaires (10%).

En matière de soins non programmés, le choix des urgences hospitalières semble s'imposer rapidement en fonction de plusieurs facteurs² : le pré-diagnostic réalisé par le patient lui-même ou ses parents, la nécessité perçue de réaliser plusieurs examens, notamment radiologiques, le défaut d'offre médicale libérale, la « mauvaise image » de la médecine de garde dont le fonctionnement et l'action sont peu satisfaisants pour la majorité des personnes qui en ont eu l'expérience.

1.1.2. Le recours aux urgences hospitalières : un choix qui semble s'imposer

Les motifs de recours aux urgences hospitalières font actuellement l'objet d'une attention plus spécifique puisque plusieurs études, certaines déjà conduites, d'autres en cours d'exploitation, s'intéressent aux déterminants conduisant le patient à s'adresser plus fortement à ce secteur.

Parmi ces études, celle réalisée par l'URML Poitou-Charente³ à partir d'une analyse de la littérature internationale recense un certain nombre de facteurs pouvant jouer un rôle dans la décision de recours à un service d'urgence :

- les caractéristiques socio-démographiques et culturelles des patients d'abord : les recours aux urgences sont ainsi plus fréquents et plus répétitifs pour les jeunes et

² URML – URCAM Bretagne. *La permanence des soins et la prise en charge des urgences sur la ville de Rennes*. Rennes, Avril 2001. p. 77

³ BAUBEAU D., DEVILLE A., JOUBERT M. *Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés*. DREES, Juillet 2000. Etudes et Résultats, n°72.

- les jeunes adultes, les immigrés récents, les personnes de faible niveau de revenu et de diplôme, celles qui sont en situation de précarité et les isolés,
- l'absence de prise en charge habituelle par un médecin traitant,
 - le niveau de couverture maladie,
 - les conditions d'accessibilité aux services d'urgences (distance) et aux médecins libéraux (horaires et modes de paiement),
 - la perception de symptômes nécessitant des soins urgents.

Actuellement, l'Observatoire Régional des Urgences de Midi-Pyrénées (ORUMIP) et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) conduisent conjointement une étude sur les facteurs de recours aux urgences, qui prévoit notamment une enquête auprès des patients afin d'identifier les caractéristiques des usagers des urgences ne relevant pas de l'urgence médico-chirurgicale vitale. Ces données seront disponibles à l'automne 2003.

Mais c'est surtout la publication en janvier 2003, des résultats de l'étude conduite par la DREES⁴ qui apporte un premier éclairage national sur les motifs de recours et les trajectoires des usagers non hospitalisés des urgences.

Cette enquête fournit notamment des précisions sur le profil, les motifs médicaux et les modalités de recours du patient.

A) Le profil du patient

Les patients venus aux urgences pour un problème de santé ne nécessitant pas d'hospitalisation forment une population plus masculine et surtout nettement plus jeune que l'ensemble de la clientèle des urgences. Ainsi, la part des moins de 15 ans y est encore plus importante (29% contre 26%) et celle des plus de 70 ans beaucoup plus réduite (8% contre 14%).

Les actifs ayant un emploi sont sur-représentés au sein de cette population (58% contre 48% dans l'ensemble de la population) et parmi eux, on note une prédominance des catégories socio-professionnelles ouvriers (un tiers des patients venus aux urgences sans être hospitalisés) et employés.

⁴ BAUBEAU D., CARRASCO V. *Motifs et trajectoires des recours aux urgences hospitalières*. DREES, Janvier 2003. Etudes et Résultats n°215.

B) Les motifs médicaux de recours aux urgences des usagers

La majorité des usagers (59%) ne s'adresse aux urgences que pour un seul motif. Les deux types de problèmes les plus fréquemment cités sont l'accident (59%) et la douleur (43%). Mais, alors que l'accident est une cause primaire souvent citée seule, la douleur apparaît comme une cause le plus souvent associée à d'autres motifs. Dans 55% des cas, l'association de ces deux items, à l'exclusion de tout autre, résume pour les personnes interrogées, le problème à l'origine de leur venue aux urgences. La troisième cause est la « sensation de gêne » (15% des patients). Dans la moitié des cas, elle s'accompagne d'une douleur. L'ensemble de ces données est présenté dans le tableau ci-dessous.

Problème de santé	Cas où le problème est cité (en %)
Accident	58,7
Douleur	42,9
Gêne	15,3
Fièvre	8,6
Malaise	9,2
Saignements	7,9
Vomissements/Diarrhées	4,8
Angoisse	4,7
Agression	2,5
Autre motif	2,1
Sang dans les selles ou les urines	1,3
Ne sait pas	0,1
Ensemble	158,1 (1)
(1) 1,6 citations en moyenne par personne passée aux urgences	

Source : DREES, enquête « usagers des services d'urgence » - 2003

C) Les modalités de recours aux urgences

Pour la grande majorité des usagers, à l'exception des personnes âgées, le recours est direct, c'est-à-dire sans avis médical préalable. Ainsi, 62% des patients enquêtés ont pris la décision seul ou avec leur entourage de recourir aux urgences hospitalières.

Parmi ceux qui déclarent avoir un médecin traitant, un quart seulement dit avoir essayé de le joindre. Ils sont encore moins nombreux à l'avoir fait la nuit, entre minuit et 8h : 15% seulement. Ceux qui, tout en ayant un médecin traitant déclarent ne pas avoir cherché à le joindre expliquent le plus souvent qu'ils n'y ont pas pensé (33%) ou que c'était en dehors de ses heures de rendez-vous (20%).

Au final, seulement 16% de patients ont indiqué avoir été envoyé aux urgences par leur médecin traitant, et 10% sur l'avis d'un autre praticien (médecin de garde, autre médecin généraliste, spécialiste de ville, hospitalier ou médecin du SAMU).

La prédominance des venues directes aux urgences peut s'expliquer en partie par la rapidité avec laquelle les personnes prennent leur décision : 64% des patients le font en moins d'une demi-journée.

D) Les raisons ayant présidé au choix des urgences hospitalières

Pour les patients, autres que ceux adressés par leur médecin ou ceux déclarant qu'on ne leur a pas demandé leur avis, les cinq motivations d'un recours aux urgences hospitalières les plus fréquemment citées sont, par ordre d'importance :

- la proximité des urgences hospitalières (47%)
- le recours au plateau technique (44%)
- la possibilité d'avoir un avis ou une intervention spécialisée (43%)
- un traitement rapide pour raisons personnelles (38%)
- le sentiment d'urgence et de gravité (32%).

Si l'on tient compte de l'ensemble des usagers interrogés, six types de motifs de recours peuvent être recensés :

- la spécificité du service d'urgence, que ce soit la permanence des soins, la spécialisation hospitalière en matière d'urgences ou le plateau technique (25%),
- le recours sur avis médical (23%),
- les usagers à qui l'on n'a pas demandé leur avis (19%),
- les usagers qui s'adressent aux urgences après un échec de solutions précédentes (15%),
- le recours aux urgences comme alternative à la médecine de ville (14%),
- pour raisons pratiques ou convenances personnelles (4%).

Cette enquête met par ailleurs en évidence la méconnaissance des usagers à l'égard du système de soins en ville. Ainsi, 20% des patients ignorent l'existence d'une médecine libérale de garde, et 25% ignorent s'il existe un centre de soins ou un dispensaire. Ces proportions augmentent avec l'âge et atteignent chez les personnes âgées respectivement 24% et 35 %.

La faible lisibilité de la garde des médecins libéraux contribue donc au choix, presque imposé en l'espèce, du recours aux urgences hospitalières.

1.1.3. Les reproches formulés à la médecine libérale

Parmi les quelques enquêtes conduites localement sur les attentes des usagers à l'égard de la médecine libérale, plusieurs critiques apparaissent, dont une de façon récurrente : la faible visibilité du système de garde libéral.

A) Le défaut de visibilité de la garde libérale

Cette caractéristique est notamment un des enseignements tirés de l'étude menée par l'URML et l'URCAM Bretagne, qui met en évidence, parmi les lacunes organisationnelles de la médecine de ville rennaise pointées par les usagers, l'absence de structure de « référence » identifiable, l'existence de la seule visite à domicile ou encore le manque de fiabilité de la médecine libérale de garde : des médecins qui n'assurent pas leur garde et renvoie sur SOS-médecins, des médecins qui ne se déplacent pas suite à un appel la nuit ou le week-end.

Le manque de visibilité du système de garde libéral est un trait également souligné par une enquête réalisée sur Lyon en 1996⁵, puisque parmi les 84% de patients ayant un médecin traitant, 42% pensent que leur médecin n'assure pas les urgences et 20% ignorent s'il le fait ou pas. Cette étude fait d'ailleurs apparaître quatre raisons principales données par les patients pour ne pas être allés voir le médecin de ville :

- n'a pas le matériel nécessaire : 53%
- ne reçoit pas assez vite : 47%
- n'est pas apte à traiter le problème : 24%
- n'assure pas les urgences : 23%

B) La division du travail médical

La division du travail médical est également un des reproches fait à la médecine libérale et l'un des principaux arguments justifiant le recours aux urgences. Le médecin généraliste a par exemple besoin d'examens complémentaires pour faire un diagnostic. Se faire soigner peut ainsi relever d'un parcours contraignant, obligeant le patient à prendre des rendez-vous dans plusieurs lieux, avec des temps d'attente dans chacun d'eux. Pour la traumatologie notamment, cette division du travail pose des problèmes liés aux difficultés de déplacements et à la perte de temps qu'elle implique, alors que les urgences offrent une unité de lieu.

⁵ LE GOAZIOU M.F. *Qui consulte aux urgences ?*. La Revue du Praticien, Mars 2001. Médecine Générale, Tome 15, n°529. p. 469-473.

C) Le manque de souplesse de la consultation sur rendez-vous

L'organisation des médecins libéraux n'apparaît pas non plus satisfaisante. Les patients ont parfois le sentiment que la consultation sur rendez-vous ne permet pas de réduire leur temps d'attente. Or, ce dernier semble constituer pour eux un véritable frein. D'autres critiques vont jusqu'à faire référence aux dérives de la médecine libérale. Ainsi, est évoquée l'évolution vers une pratique basée sur la recherche de profit, se traduisant par une rapidité des consultations et des relations moins humaines.

Pour l'URML et l'URCAM Bretagne⁶, il semble en conclusion, que si l'utilisateur a davantage recours aux urgences hospitalières, c'est aussi pour échapper à la « lourdeur » du fonctionnement de la médecine libérale dont les modalités de prise en charge apparaissent particulièrement peu adaptées aux exigences des patients.

Le mode de vie des usagers s'accorde en effet peu avec la perspective de déplacements et de consultations multiples, la plupart d'entre eux étant des patients pressés, désireux de se faire soigner en un lieu unique dès qu'ils en ressentent le besoin, c'est-à-dire sans attente de rendez-vous.

1.2. La médecine libérale : un corps professionnel en pleine restructuration ?

Les revendications des médecins libéraux qui ont occupé le devant de la scène au printemps 2002 ont permis de mesurer la profondeur de la crise que traverse la médecine de ville.

Au-delà des caractéristiques socio-démographiques qui remodelent insensiblement la structure de ce corps professionnel, les attentes des médecins libéraux face à la permanence des soins ont révélé une réelle évolution des mentalités de la population médicale.

Et les médecins libéraux toulousains, malgré une évolution démographique moins alarmante, n'échappent pas à cette remise en question.

⁶ URML – URCAM Bretagne. *La permanence des soins et la prise en charge des urgences sur la ville de Rennes*. Rennes, Avril 2001. p.94.

1.2.1. Les perspectives d'évolution d'un corps professionnel

A) Un profil démographique vieillissant

Sur les 196 000 médecins en activité recensés au 1^{er} janvier 2001⁷ sur le territoire métropolitain, 99 754 sont spécialistes (soit 50,9%) et 96 246 généralistes (soit 49,1%). La densité médicale globale, 332 médecins pour 100 000 habitants (contre 130 en 1970) est dans la moyenne des pays européens. Celle des médecins libéraux s'élève à 193 pour 100 000 habitants en 2001⁸.

Evolution du nombre de médecins depuis 1984

Au 1 ^{er} janvier	1984	1986	1988	1990	1992	1994	1996	1998	1999	2000	2001
Total	140 300	153 200	163 800	173 100	179 100	184 700	188 500	191 700	193 200	194 000	196 000
Généraliste	80 005	86 671	90 351	91 741	94 029	93 921	94 945	95 021	95 229	94 746	96 246
Spécialiste	60 295	66 529	73 449	81 359	85 071	90 779	93 555	96 679	97 971	99 250	99 754

Source DREES

La stabilité à laquelle la France est parvenue fait suite à 30 années de forte croissance du corps médical. Toutefois, depuis les années quatre-vingt-dix, on constate un net ralentissement des effectifs, le taux de progression d'une année sur l'autre du corps médical passant de 3,8% en moyenne dans les années quatre-vingts à moins de 1,5% depuis 1990.

Cette réduction de croissance est la conséquence directe de la politique de régulation des flux de formation menée depuis la fin des années soixante-dix. Le numerus clausus, qui fixe le nombre de places offertes en deuxième année d'études de médecine, a diminué de plus de 50% depuis sa création en 1971, passant de 8588 places à environ 3 700 au cours des années quatre-vingt-dix.

Et malgré un relèvement progressif de ce dernier depuis 2000 (4100 places en 2000, 4 700 en 2001 et 2002, 5 100 en 2003), les projections démographiques font état d'une « pénurie » de médecins d'ici 20 ans.

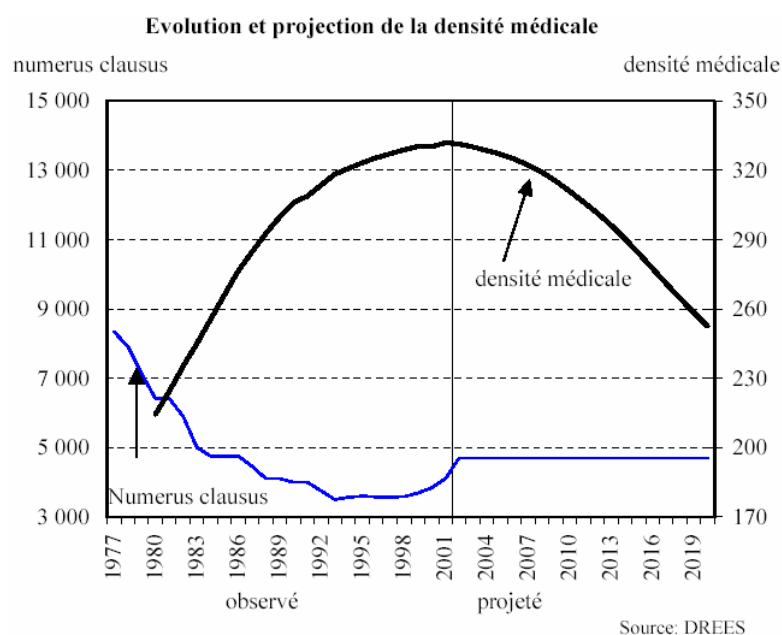
⁷ NIEL X. *La démographie médicale à l'horizon 2020*. DREES, Mars 2002. Etudes et Résultats, n° 161.

⁸ CNAMTS. *Les professionnels de santé du secteur libéral en France au 31/12/2001*. Carnets Statistiques n°109, Juillet 2003. Disponible sur Internet : <[http : // www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)>

a) *Une pénurie annoncée pour 2020.*

Les projections démographiques réalisées sous des hypothèses de comportements inchangés en matière de déroulement de scolarité, d'installation, d'exercice, de départ à la retraite et de régulation démographique, aboutissent globalement à un nombre de médecins qui pourrait augmenter légèrement jusqu'en 2003 pour atteindre environ 200 000, avant de diminuer de façon continue à partir de 2004, pour atteindre 193 000 en 2010 et 161 000 en 2020⁹. Ainsi, en maintenant le *numerus clausus* actuel, le nombre de médecins par habitant en France métropolitaine serait amené à diminuer de 24% d'ici 2020.

Si l'on tient compte dans le même temps d'une augmentation de la population française estimée à 6% selon les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la densité médicale devrait alors commencer à baisser à compter de 2002, passant de 332 médecins pour 100 000 habitants à 253 en 2020.



Des simulations d'évolution de la densité médicale ont été élaborées par la DREES en faisant varier le *numerus clausus* de 4700 à 8000. Avec un *numerus clausus* à 8000 la densité médicale nationale actuelle ne serait atteinte qu'en 2037.

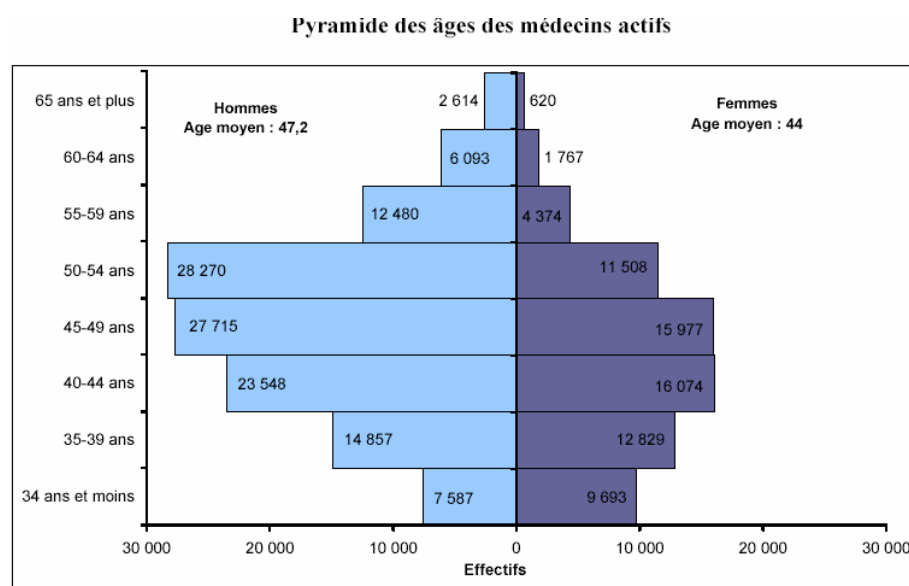
⁹ DARRINE S. *Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice*. DREES, Février 2002. Etudes et Résultats n°156.

De ce point de vue, la mission ministérielle sur la démographie des professionnels de santé conduite par le Pr. Yvon BERLAND¹⁰ en 2002 précise dans son rapport que quel que soit le numerus clausus fixé pour les années futures et étant donnée la durée des études médicales, la densité médicale chutera à 305 pour 100 000 habitants en 2012 si les comportements d'installation et de départ à la retraite ne sont pas modifiés.

b) Le vieillissement du corps médical

Corollaire de cette baisse démographique, l'inversion de la pyramide des âges du corps médical fait apparaître un vieillissement de la profession. En 2001, l'âge moyen des médecins libéraux était de 48,7 ans chez les hommes et de 45,7 ans chez les femmes.

Si, globalement les généralistes sont plus jeunes que les spécialistes, il n'en demeure pas moins que les classes en âge de prendre leur retraite d'ici dix ans seront numériquement très importantes, l'effectif des médecins de moins de 40 ans étant inférieur à celui des plus de 50 ans.



B) Une féminisation de la profession

Actuellement majoritaires en faculté de médecine, les femmes pourraient devenir en 2020 plus nombreuses que les hommes parmi les médecins en exercice. Tout relèvement du numerus clausus ne fera d'ailleurs qu'accentuer ce mouvement.

¹⁰ Pr. BERLAND Y. *Rapport de la Mission Ministérielle sur la démographie des professionnels de santé*. Ministère de la Santé, Novembre 2002. p. 22

En 2001, les femmes représentaient un peu moins de 37% des médecins actifs, tous statuts confondus (libéral, salarié hospitalier, salarié non hospitalier) et si la médecine libérale n'est actuellement pas le secteur le plus féminisé (30% des médecins libéraux), les projections à l'horizon 2020 font état de 45% de femmes parmi les praticiens de ville¹¹.

Déjà le nombre de femmes médecins exerçant en libéral a été multiplié par trois entre 1980 et 2001. Par ailleurs, alors qu'elles avaient tendance à se tourner vers l'exercice spécialisé, depuis une dizaine d'années les femmes s'orientent principalement vers la médecine générale.

Au 1 ^{er} Janvier	Observé			Projeté				Evolution
	1984	1990	2001	2005	2010	2015	2020	2020/2001
Médecins	140 300	173 100	196 000	196 100	189 800	176 100	158 400	- 19%
Hommes	105 983	121 852	124 575	119 900	109 900	94 400	78 400	- 37%
Femmes	34 317	51 248	71 425	76 200	79 900	81 700	80 000	+ 12%
% femmes en exercice	24,5%	29,6%	36,4%	38,8%	42,1%	46,4%	50,5%	+ 14,1 pts

Source : DREES - mars 2002

Les femmes ont en moyenne une activité plus faible que leurs confrères : elles ont davantage recours au temps partiel, cessent plus souvent leur activité de façon temporaire, et enfin leur cessation définitive d'activité intervient plus tôt que celle des hommes. Ainsi, 13% des femmes cessent leur activité de façon définitive avant 50 ans, contre 8% pour les hommes. Pour autant, l'impact de cette féminisation sur l'activité comporte une large part d'incertitude, puisque l'activité moyenne d'une femme généraliste libérale représentait il y a dix ans 60% de celle d'un homme, alors qu'actuellement elle est estimée à 70%. Il semble donc que chaque «génération» de médecins, tous sexes confondus, travaille davantage que la précédente¹².

Mais au-delà de ces données structurelles, d'autres éléments, plus sociologiques, commencent par ailleurs à modifier l'organisation et le fonctionnement de l'exercice médical libéral, notamment dans le cadre de la permanence des soins.

¹¹ NIEL X. *La démographie médicale à l'horizon 2020*. DREES, Mars 2002. Etudes et Résultats n° 161.

¹² CNAMTS. *Les professionnels de santé du secteur libéral en France au 31/12/2001*. Carnets Statistiques n°109, Juillet 2003. Disponible sur Internet : <[http : // www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)>

C) Vers une nouvelle conception de l'exercice médical

A l'occasion d'une table ronde organisée dans le cadre des Jeudis de l'Ordre en avril 2000 sur le thème « Urgences et Gardes »¹³, Jean-Marie COLSON, membre du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) rapportait : « Selon un sondage réalisé dans deux facultés de Province, 68% de nos futurs collègues souhaitent ménager leur temps de travail. Les loisirs et la famille comptent davantage aujourd'hui qu'hier. En outre, un réel problème de sécurité se pose. Il est donc urgent de proposer des solutions pour aujourd'hui et pour demain ».

De multiples facteurs influent en effet sur l'organisation de l'exercice médical et remettent par là même en question la façon de concevoir la pratique médicale.

a) *De multiples facteurs à l'origine d'une évolution des mentalités*

La recherche d'une amélioration de la qualité de vie, la surcharge de travail représentée par les gardes, la facilité du recours vers les urgences hospitalières, le consumérisme médical, l'insécurité lors des déplacements sont autant de facteurs à l'origine d'une évolution de la mentalité de la profession médicale libérale¹⁴.

● *La recherche d'une amélioration de la qualité de vie*

Les professionnels de la santé souhaitent accéder à une meilleure qualité de vie et ne sont plus prêts à sacrifier leur vie familiale et privée au profit de leur vie professionnelle. Les éléments qui ont contribué aux modifications des choix de vie de nombreux praticiens sont les suivants :

- la dégradation de l'image du médecin dans l'opinion générale, le manque de respect et de considération,
- l'inquiétude pour leur exercice futur sachant que la densité démographique de certaines professions de santé va décroître et que les facteurs d'évolution tels que féminisation, vieillissement, réduction du temps de travail majoreront le déficit,
- l'orientation générale, à la baisse, du temps de travail dans la société française qui crée un sentiment d'injustice.

¹³ Ordre National des Médecins. *Urgences et Gardes : La permanence des soins en questions*. Les Jeudis de l'Ordre. Paris, 20 avril 2000. p. 7

¹⁴ CHAUGNE C. *Permanence des soins en médecine libérale. Etat des lieux et Perspectives. Exemple de l'agglomération toulousaine*. Thèse pour le Doctorat en médecine. Université Paris VI Pierre et Marie Curie, 2003. p. 23 à 25

L'amélioration de la qualité de vie des professionnels de la santé passe par une réorganisation de leur exercice. Ils souhaitent une organisation plus collective permettant de mieux gérer leur activité. C'est ce qu'a révélé le débat sur la permanence des soins.

Les jeunes générations de médecins aspirent à un exercice qui renvoie plus aux caractéristiques du travail salarié : cela veut dire plus de stabilité, plus d'activité au sein de cabinets de groupe, et moins d'envie de s'installer immédiatement en libéral. On constate d'ailleurs que l'âge d'installation des médecins libéraux augmente, avec notamment près de 14 000 à 15 000 jeunes médecins qui remplacent, qui font autre chose, qui sont en attente, mais qui ne s'installent pas.

- *Une surcharge de travail aggravée par les gardes*

La baisse de la démographie médicale aboutit à une augmentation du travail journalier chez les médecins libéraux. Assumer la permanence de soins et ses gardes entraîne des effets négatifs pour les médecins :

- la fatigue liée à l'exercice de la journée retentit défavorablement sur la qualité et la sécurité de la gestion de l'appel nocturne, qu'il soit urgent ou non.
- la fatigue engendrée par la garde retentit sur l'exercice du lendemain.

- *Le recours aux systèmes d'urgences*

Le patient a recours, en cas d'urgence, à des systèmes ne faisant pas intervenir son médecin (Centre 15, associations de médecins urgentistes libéraux type S.O.S. Médecins, déplacement dans les services d'urgences de cliniques ou d'hôpitaux).

L'existence de voies alternatives spécialisées dans la prise en charge de l'urgence, a conduit une partie des médecins exerçant en milieu urbain à se désengager de la pratique de ces urgences et de la permanence des soins.

- *Le consumérisme médical*

Le développement d'un recours abusif aux services d'urgences ou la sollicitation des médecins à des horaires relevant de la permanence des soins pour des raisons de commodité, a des conséquences déstructurantes sur l'organisation de la vie professionnelle et privée des médecins libéraux.

- *Une responsabilité pénale de plus en plus engagée*

Il se développe une appréhension légitime des médecins face à l'urgence vraie dans une société de moins en moins tolérante avec l'erreur médicale. De plus, l'exigence des patients dépasse souvent l'obligation de moyens pour une obligation de résultats.

Parallèlement, l'urgence vraie – au sens médical du terme – s'accommode de moins en moins de l'intervention d'un médecin solitaire, muni de son seul savoir-faire clinique, et relève désormais d'une prise en charge en équipe, étayée par un minimum d'investigations et de plateau technique.

● *L'insécurité lors des déplacements en garde*

Les cas d'agression de médecins rapportés par les médias contribuent au sentiment d'insécurité de ceux qui pratiquent des actes de visites en cités urbaines ou périurbaines. Pour connaître plus précisément la nature de ces événements, analyser les problèmes rencontrés par les praticiens et étudier les réponses possibles, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a décidé de créer un Observatoire de l'insécurité dont l'objectif, dans un premier temps vise à recueillir toutes les déclarations d'incidents émanant des Conseils départementaux.

Les premiers résultats¹⁵ issus du traitement des 320 fiches de déclaration d'incidents recueillies durant le premier trimestre 2003 révèlent que la nature de l'incident est dans 25% des cas une agression verbale du patient à l'égard du médecin, l'agression physique n'intervenant que dans 12% des situations. Plus de 70% des incidents ont lieu en milieu urbain, centre-ville et banlieue et sont principalement motivés par un refus de prescription (11%) ou un temps d'attente jugé excessif (10%).

b) *L'incidence sur l'organisation de la permanence des soins*

Tous ces éléments ont largement contribué à mobiliser les médecins libéraux dans le débat qui s'est installé sur l'organisation des gardes dans le cadre de la permanence des soins. Ils expliquent notamment la volonté des praticiens de ville de transformer ce qui relevait d'une obligation déontologique en mission de service public sur la base du volontariat.

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le devoir collectif de participation à la permanence des soins, qui ne peut se réaliser que sous couvert d'une régulation médicale, doit être décliné individuellement sur la base du volontariat¹⁶.

¹⁵ Ordre National des Médecins. *Observatoire pour la sécurité des médecins. Recensement national des incidents*. Rapport IPSOS, Mai 2003. Disponible sur Internet : <[http:// www.conseil-national.medecins.fr](http://www.conseil-national.medecins.fr)>

¹⁶ Ordre National des médecins. *Au sujet de la nouvelle écriture de l'article 77 du code de déontologie médicale*. Mai 2003. Disponible sur Internet : <[http:// www.conseil-national.medecins.fr](http://www.conseil-national.medecins.fr)>

La liste des médecins de garde établie dans chaque secteur par les médecins volontaires devrait être validée par le Conseil Départemental de l'Ordre. Celui-ci la complèterait, si nécessaire, en faisant appel à l'ensemble des médecins de la discipline considérée du secteur lorsque leur nombre le permettrait. En cas d'impossibilité, il serait établi un constat de carence, transmis au Préfet avec l'ensemble des listes de ces secteurs.

Le décret du 15 septembre 2003¹⁷ relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins vient de répondre à la plupart des attentes des médecins libéraux. Désormais, les praticiens de ville participent à la permanence des soins sur la base du volontariat, et selon les modalités telles qu'attendues par le Conseil de l'Ordre.

1.2.2. Les médecins libéraux toulousains

A) Une évolution démographique moins préoccupante

Toulouse, au cinquième rang des aires urbaines françaises derrière Paris, Lyon, Marseille-Aix-en-Provence et Lille, connaît avec 965 000 habitants en 2002 un développement démographique spectaculaire. Mais, même si sa population devrait continuer à croître fortement au cours des trente prochaines années et atteindre environ 1 500 000 personnes en 2030, l'évolution des densités médicales sur la région Midi-Pyrénées par projection jusqu'en 2020 montre une stabilité à venir de la population médicale.

Il y a, actuellement, presque autant de médecins spécialistes que de généralistes en Haute-Garonne et leur nombre par habitant est très nettement supérieur à celui des autres départements. Ce département a connu en effet, de 1989 à 1999, la plus forte progression de Midi-Pyrénées du nombre de médecins généralistes et spécialistes (+20 %), notamment dans l'agglomération toulousaine.

Il n'y a donc pas de pénurie de médecins généralistes libéraux, la Haute-Garonne suivant, comparativement aux évolutions nationales, la même tendance mais à des rythmes plus élevés¹⁸.

¹⁷ Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence.

¹⁸ CHAUGNE C. *Permanence des soins en médecine libérale. Etat des lieux et Perspectives. Exemple de l'agglomération toulousaine*. Thèse pour le Doctorat en médecine. Université Paris VI Pierre et Marie Curie, 2003. p. 42.

Selon les projections démographiques établies par la DREES à l'horizon 2020¹⁹, la région Midi-Pyrénées devrait maintenir une densité médicale globale supérieure à la densité nationale, malgré une densité médicale hospitalière inférieure à la moyenne dans toutes les disciplines ou presque, comme le souligne le tableau suivant :

Densités médicales globale et hospitalière constatées et projetées au 1^{er} janvier

Nombre de médecins pour 100 000 habitants

- Région Midi-Pyrénées -

	Densité	Constatée				Projetée			
		1985	1990	1995	2001	2005	2010	2015	2020
Midi – Pyrénées	Densité globale	291	334	358	359	353	331	294	255
	Densité hôpital	92	84	100	93	92	89	81	72
France Métropolitaine	Densité globale	266	306	323	332	327	311	284	253
	Densité hôpital	83	86	89	95	94	92	87	80

Source : DREES – février 2002

Si les perspectives démographiques ne constituent donc pas un levier majeur pour engager une réflexion sur une nouvelle organisation de l'exercice médical libéral en Midi-Pyrénées, le poids des facteurs sociologiques évoqués précédemment stimule et cristallise en revanche l'attention des généralistes sur l'évolution souhaitable du dispositif de permanence des soins à Toulouse.

B) La volonté de réorganiser la permanence des soins

Il n'existe pas à Toulouse d'unité d'organisation de la permanence des soins libérale. Chaque médecin a le libre choix de s'organiser en groupe, entre cabinets, ou de faire assurer la permanence des soins par les associations telles que l'Association Départementale des Urgences Médicales 31 (ADUM31) ou SOS Médecins 31.

¹⁹ S. DARRINE. *Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice*. DREES, Février 2002. Etudes et Résultats, n°156.

L'étude conduite en 1999 par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins²⁰ de Haute-Garonne, en établissant un état des lieux sur l'organisation des gardes libérales, révèle que la majorité des médecins généralistes toulousains déclare assurer personnellement les gardes pour leurs patients la nuit (63%) et le week-end (64%). Un tiers seulement déclare être organisé en tour de garde.

Pour les patients n'ayant pas de médecin traitant, la permanence des soins libérale est donc assurée essentiellement par deux structures :

- **l'ADUM 31** : Cette association regroupe 32 médecins généralistes installés et exerçant à Toulouse qui s'organisent en groupe pour assurer une permanence des soins par tour de garde sur la ville, de 20 h à 2 heures en semaine et de 8 h à 2 heures les jours fériés. Le numéro propre de l'association est transféré sur le standard du Centre 15 avec lequel ils coopèrent. Une régulation libérale est en effet assurée en soirée et les jours fériés et c'est le Centre 15 qui transmet les appels au médecin de garde.
- **SOS Médecins 31** : 14 médecins et un pool de remplaçants, fonctionnant avec un secrétariat téléphonique, exercent sur l'ensemble de l'agglomération toulousaine 24h sur 24h. 45 000 appels sont traités par an pour 32 000 actes effectués, dont 75% en visite à domicile. Une activité de consultation, en voie de développement, est à l'origine des 25% d'actes restants. Elle est assurée le samedi de 12 h à 19 heures, le dimanche de 9h à 19 heures, et les soirs de semaine de 20 h à 24 heures.

Au total, sur les 600 médecins généralistes exerçant sur Toulouse, seulement 45 assurent la permanence des soins pour l'ensemble de l'agglomération, soit moins de 10 % de la population des médecins généralistes.

D'un point de vue qualitatif, l'étude du CDOM 31 fait apparaître cinq obstacles majeurs évoqués par les médecins généralistes toulousains pour leur participation à une organisation officielle de la permanence des soins à Toulouse :

- « la fatigue » (47%), liée à une charge de travail quotidienne lourde en cabinet qu'une participation à la permanence des soins viendrait accentuer,

²⁰ Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne. *Permanence des soins et gardes les nuits, les week-ends et jours fériés en médecine générale libérale à Toulouse*. Toulouse, Juin 1999. p. 12

- l'insécurité (41,6%). Il est fait référence aux agressions verbales, parfois physiques, aux quartiers à la violence endémique (Le Mirail notamment), aux dégradations de véhicules et matériels,
- « l'absence de garde de quartier » (17%). Les généralistes proposent une officialisation d'un tour de garde dans un cadre local, c'est-à-dire là où ils sont susceptibles d'être sollicités par leurs propres patients,
- « l'indiscipline du patient » (16%), et notamment les appels injustifiés, la disparition du respect, l'insolvabilité de certains patients,
- la préservation de la vie privée (14,5%), c'est-à-dire le souhait de préserver en fin de journée et de semaine une vie privée de dimension correcte (famille, loisirs ...).

D'autres freins, plus mineurs sont également évoqués : les critères financiers (revalorisation de la garde de nuit ou de week-end), la baisse constante de la confraternité, la référence aux 35 heures de travail hebdomadaire.

Si l'étude conjointement conduite par l'URML et l'URCAM Midi-Pyrénées²¹ entre mars et mai 2002 confirme le désengagement par la moitié de la population médicale de Toulouse de participer à la permanence des soins, elle révèle également la prise de conscience par les médecins généralistes de la nécessité de faire évoluer le dispositif actuel de garde.

Les attentes en la matière s'expriment en terme :

- de rationalisation de la permanence des soins : limitation des déplacements des médecins et augmentation de ceux des patients, régulation des patients pour dissocier les interventions d'urgences des «visites de confort »,
- d'organisations structurées²² :
 - la maison médicale de garde apparaît pour 32% des médecins libéraux toulousains comme le système de permanence des soins idéal. Une telle structure apparaît répondre aux diverses problématiques rencontrées par la permanence des soins : faible taux de participation, quartiers plus ou moins bien visités pendant les permanences, population croissante et services d'urgences débordés.

²¹ URML - URCAM Midi-Pyrénées. *Permanence des soins : pratiques et attentes des médecins généralistes de Midi-Pyrénées*. Toulouse, Septembre 2002. p. 73.

²² Annexe 1 : Le système de garde idéal pour les médecins libéraux toulousains. Extrait de l'étude de URML- URCAM Midi-Pyrénées « Permanence des soins : pratiques et attentes des médecins généralistes de Midi-Pyrénées» - Septembre 2002.

- les secteurs géographiques d'organisation des gardes viennent ensuite. Il s'agit du projet d'actualisation de la permanence des soins mené par l'Ordre des Médecins et la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) qui consiste en la subdivision en secteurs du territoire au sein desquels les médecins doivent s'organiser pour assurer cette permanence.

Ainsi, si la création d'une maison médicale de garde apparaît comme la réponse idéale en matière de permanence des soins, c'est d'abord parce qu'elle paraît répondre aux difficultés rencontrées par un corps professionnel contraint à se réorganiser.

Du point de vue des urgences hospitalières, c'est à la réduction du flux des patients non hospitalisés que la maison médicale doit pouvoir répondre en premier lieu, et ce d'autant plus que la densité médicale hospitalière devrait continuer à chuter au cours des 20 prochaines années en Midi-Pyrénées.

1.3. Les services d'urgences hospitaliers : victimes de leurs succès ?

Les établissements de santé publics en France reçoivent par an plus de 12 millions de patients se présentant en « urgence » et la fréquentation des sites d'urgence augmente régulièrement tous les ans d'environ 4%. Cet accroissement permanent des passages, cause ou conséquence de l'amélioration des conditions de prise en charge qui ont fait l'objet tout au long de la dernière décennie de mesures importantes, se vérifie également sur le CHU de Toulouse.

1.3.1. La recherche d'une amélioration des conditions de prise en charge

La réforme de la prise en charge des urgences dans les établissements hospitaliers a fait l'objet de nombreux rapports comme celui du Conseil Economique et Social en 1989 (Pr. STEG), précédant celui de la Commission nationale de restructuration des urgences créée en 1991²³.

²³ Pr. STEG. *La médicalisation des urgences*. Commission nationale de restructuration des urgences, Septembre 1993.

En septembre 1994, le rapport du Pr. BARRIER²⁴ met l'accent sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences, et en novembre 2001, le rapport NICOLLE sur les urgences²⁵, présente les pistes de réflexions issues des groupes de travail constitués à l'occasion de l'application des protocoles des 13 et 14 mars 2000.

A) Une activité réglementairement mieux encadrée

Essentiellement centrés sur la médicalisation des services d'urgence et la graduation de la prise en charge, les rapports du Pr. STEG ont contribué à renforcer l'encadrement de cette activité et à améliorer les conditions d'exercice.

Ainsi, dès le rapport du Conseil Economique et Social, des efforts budgétaires ont porté sur la création d'emplois médicaux et en 1995, les nouvelles dispositions réglementaires applicables à cette activité ont posé les obligations de séniorisation auxquelles doivent répondre les établissements recevant des urgences. Le législateur a en effet introduit un principe simple : « L'équipe médicale du service doit être suffisante pour qu'au moins un médecin soit effectivement présent 24h sur 24h, tous les jours de l'année, et assure l'examen de tout patient à l'arrivée de celui-ci dans le service »²⁶.

Un effort très important de mise aux normes techniques des structures hospitalières a été opéré et de nombreuses mesures ont été prises en faveur des personnels : création de postes médicaux et paramédicaux, amélioration des conditions de travail, formation et qualification des personnels.

Le coût de ces mesures est important. Le protocole signé le 9 juin 1999 avec les urgentistes a prévu la création sur trois ans de 230 postes de praticiens hospitaliers, de 227 postes d'assistants et de 200 postes de praticiens hospitaliers contractuels, pour un coût total de 21,95M€. Les protocoles des 13 et 14 mars 2000 signés entre l'Etat et les représentants des personnels médicaux et non médicaux de la fonction publique hospitalière ont prévu une enveloppe de 45,73M€ en vue de créer 425 postes médicaux (praticiens hospitaliers et assistants) et 970 postes paramédicaux pour renforcer les activités concourant directement à l'urgence. D'autres enveloppes ont été prévues par les protocoles pour financer des actions intéressant les services d'urgences : prévention de la violence, modernisation hospitalière ...

²⁴ Pr. G. BARRIER. *La prise en charge pré-hospitalière des urgences*. Septembre 1994.

²⁵ NICOLLE. *Rapport sur les urgences*. Novembre 2001.

²⁶ Article D. 712-54 du Code de Santé Publique

C'est à partir de 1995 également que sont publiés les décrets donnant naissance aux Services d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU), aux Pôles Spécialisés (POSU), et aux Unités de Proximité, d'Accueil et de Traitement des Urgences (UPATOU)²⁷, et que sont définis les missions et moyens²⁸ s'y rapportant.

Schématiquement, cette graduation de la prise en charge confère aux SAU le rôle pivot de cette organisation en réseau hiérarchisé et coordonné. Ainsi, ils doivent être en mesure de traiter sur place toutes les situations d'urgences, notamment celles pour lesquelles le pronostic vital est menacé et qui requièrent une hospitalisation en réanimation. Mais ils ont simultanément une mission d'appui et de recours à l'égard des unités de proximité situées au sein du même bassin de population. Les établissements autorisés à faire fonctionner un SAU doivent donc exercer un certain nombre de disciplines et spécialités : réanimation, chirurgie et anesthésie fonctionnant 24h sur 24h, psychiatrie, pédiatrie ... et disposer d'un plateau technique d'imagerie et de biologie.

Le Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR), couvrant une aire géographique déterminée à partir d'un établissement, est préférentiellement installé au sein d'un SAU.

Les UPATOU accueillent également tout patient qui se présente, et traitent sur place ceux qui nécessitent des soins correspondant à leurs moyens humains et techniques. Ils orientent les autres patients vers des établissements adaptés dans le cadre de « contrats relais » passés avec un site de référence, un SAU proche, le CHU ou tout autre établissement disposant de compétences spécifiques même si la qualité de SAU ne lui est pas reconnue.

Les POSU, comme leur nom l'indique, ne peuvent assurer qu'un type d'urgence en rapport avec leur plateau technique et leurs disciplines d'équipement (pédiatrie, cardiologie, SOS mains...). Ils doivent également passer convention avec un établissement siège d'un SAU.

Le volet «urgences» des Schémas Régionaux de l'Organisation Sanitaire (SROS) de deuxième génération a déterminé le nombre et la localisation géographique de ces trois catégories de services. La concertation préalable aux choix arrêtés par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) a fait progresser l'approche transversale de l'accueil des urgences.

²⁷ Décrets n°95-647 du 9 mai 1995 et n°97-615 du 30 mai 1997.

²⁸ Décrets n° 95-648 du 9 mai 1995 et n°97-620 du 30 mai 1997.

Ont ainsi été autorisés 358 SMUR et 616 sites d'accueil des urgences²⁹, dont 34 POSU, 208 SAU et 374 UPATOU.

Parmi les causes, précédemment énoncées, expliquant l'afflux des patients vers les services d'urgences, le rapport NICOLLE ajoute celle de la théorie de la demande induite par l'offre. Au regard de l'activité sans cesse croissante des urgences hospitalières, il est en effet pertinent de se demander dans quelle mesure l'adaptation, quantitative et qualitative, en moyens des services d'urgence ne contribue pas à stimuler la demande des usagers.

Mais cause ou conséquence, l'activité des urgences hospitalières ne cesse d'augmenter.

B) Caractéristiques d'une activité en constante augmentation

Depuis leur création dans le milieu des années 60, les urgences hospitalières n'ont cessé de voir leur activité croître d'année en année. Cette augmentation constante de la fréquentation des services d'urgence est un phénomène commun à tous les pays qui en sont dotés.

L'étude conduite par la DREES en 2000³⁰ rapporte que le nombre de passages aux urgences dans les établissements publics a crû de 43% de 1990 à 1998, soit en moyenne 4,6% par an. Cet accroissement est de 8,6% pour les urgences pédiatriques.

Le secteur public accueille en urgence 90% des patients de moins de 70 ans et 95% des plus de 70 ans. En 2000, sur un total estimé à 12 720 000 passages³¹, deux tiers ont été pris en charge en SAU, et le tiers restant dans les UPATOU.

Seulement 22% des passages aux urgences donnent lieu à une hospitalisation : 19% dans une unité de soins, 3% à l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD). Et ce taux d'hospitalisation à la suite d'un passage aux urgences n'a que très peu progressé : il s'est accru d'1% par an de 1990 à 1998, c'est-à-dire à un rythme voisin des entrées directes en hospitalisation de courte durée en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).

²⁹ Annexe 2 : Circulaire n°195/DHOS/01/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, p.2.

³⁰ BAUBEAU D., DEVILLE A., JOUBERT M. *Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés*. DREES, Juillet 2000. Etudes et Résultats, n° 72.

³¹ BAUBEAU D., CARRASCO V. *Les usagers des urgences : Premiers résultats d'une enquête nationale*. DREES, Janvier 2003. Etudes et Résultats, n° 212.

D'un point de vue qualitatif, nombre de ces passages correspondent à ce que les professionnels de santé qualifient d'urgences «ressenties », voire à l'expression d'une demande de soins aisément accessibles pour des symptomatologies ne nécessitant pas forcément une prise en charge immédiate.

L'état de gravité des patients est en effet, pour 75% des cas classé en niveau 2 de la Classification Clinique des Maladies aux Urgences (CCMU), c'est-à-dire un état clinique jugé stable nécessitant un acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique et pour 14% en niveau 1 c'est-à-dire sans recours à un acte complémentaire. Sur les 11% restants, seuls 2% sont classés en niveau 4 (pronostic vital d'emblée menacé) et 0,4% en niveau 5 (réanimation).

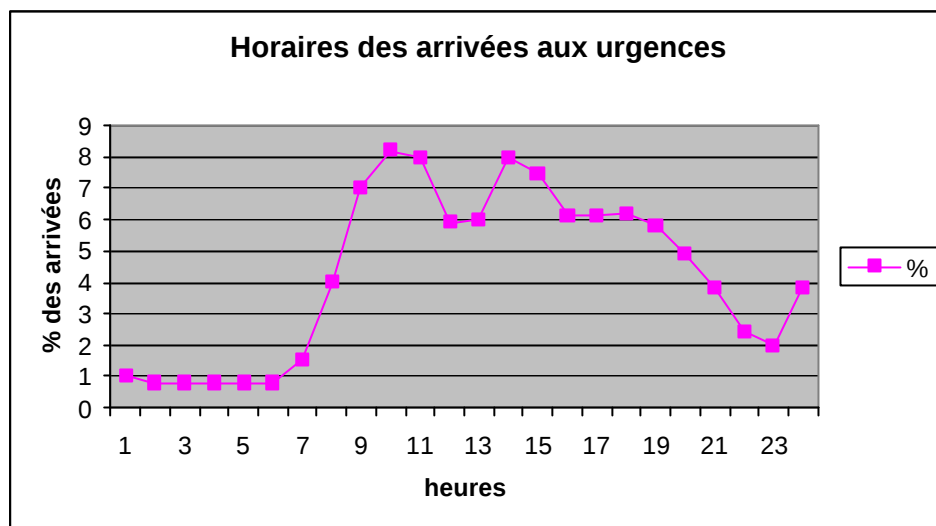
Les motifs de recours aux urgences se répartissent à part égale entre les problèmes d'ordre somatique et traumatique (48% chacun), la psychiatrie ne représentant que 2,5% des causes ayant amené les patients à solliciter les urgences. Mais, la nature et la fréquence de ces motifs de recours apparaissent très fortement liées à l'âge.

Ainsi, si l'on s'intéresse au pourcentage d'une classe d'âge qui aura fréquenté les urgences, ce sont les nourrissons de moins de un an qui ont le taux de recours aux urgences le plus élevé : 48%. C'est donc près d'un enfant sur deux de moins de un an qui se présente aux urgences pour des soins essentiellement somatiques, bénins et nécessitant peu d'examens complémentaires.

Chez les enfants de 6 à 15 ans, la traumatologie, motif de recours prédominant, entraîne une forte consommation d'examens diagnostiques et d'actes thérapeutiques nécessitant un plateau chirurgical minimal, sans pour autant conduire à une hospitalisation.

Chez les adultes, on note un recours à part égale entre les motifs de nature traumatologique et somatique. Enfin, les patients de plus de 70 ans, très souvent adressés par un médecin, nécessitent des investigations diagnostiques et voient leur passage suivi d'une hospitalisation dans un cas sur deux en moyenne.

La temporalité du recours aux urgences fait apparaître une fréquentation équivalente le week-end et la semaine, et révèle ainsi une constance de l'activité quel que soit le jour considéré. Comme le souligne le graphique ci-après, le rythme des arrivées varie au fil de la journée.



Source : enquête Usagers des services d'urgence, 2002. Exploitation DREES.

Elles augmentent rapidement à partir de 7 heures pour atteindre leur maximum entre 10 et 11 heures, puis diminuent un peu pendant la pause déjeuner pour connaître une nouvelle hausse à 14 heures. Au cours de l'après-midi, le flux se réduit progressivement avec un palier entre 16 et 18 heures. Une remontée s'observe autour de minuit, puis, à partir d'une heure du matin, le rythme est au plus bas et stagne jusqu'à 7 heures.

Ces horaires liés à la vie active sont essentiellement ceux des patients âgés de 6 à 70 ans. Ils diffèrent quelque peu pour les nourrissons de moins de un an, amenés plus souvent par leurs parents en fin d'après-midi et en soirée avec un pic de 19 heures à 22 heures.

La répartition de la demande de soins sur une période de 24h, témoigne d'une activité essentiellement diurne, même si 21% des patients se présentent sur la tranche horaire 20h – 8h. La part des personnes reçues la nuit est d'ailleurs un peu plus importante dans les SAU que dans les UPATOU (22% contre 8%).

Près des trois quarts des usagers arrivent directement aux urgences et par leurs propres moyens. Ainsi, 70% des usagers se présentent aux urgences sans contact médical préalable. Ce mode d'arrivée directe concerne au moins 80% des patients dans toutes les tranches d'âge inférieures à 50 ans, puis diminue fortement avec l'âge.

La grande majorité des personnes arrive par ses propres moyens, seules 14% sont conduites en ambulance, autant par les pompiers, le SMUR et Police Secours prenant en charge un peu moins de 3% d'entre elles.

Les caractéristiques ainsi relevées sur l'activité des urgences hospitalières interrogent sur les fonctions désormais assumées par ces services : développement d'un mode d'accès spécifique aux soins hospitaliers, réponse à des besoins non satisfaits, substitution partielle à la médecine de ville ou manifestation d'un besoin accru de sécurité et d'accessibilité faisant croître la part des urgences ressenties. Ce nouveau mode de consommation médicale est à mettre en relation avec l'accroissement constaté des appels reçus par les Services d'Aide Médicale Urgente (SAMU).

Les 105 SAMU installés sur le territoire ont reçu, en 1997, près de onze millions d'appels. En écartant les faux appels, les malveillances et les erreurs, quatre millions d'appels ont donné lieu à l'ouverture d'un dossier médical et 505 000 sorties d'un véhicule d'urgence vers le lieu de détresse ont été effectuées³².

Il y a dix ans, les 95 SAMU, dont 43 seulement fonctionnaient comme Centre 15, recevaient 3,5 millions d'appels. Le nombre d'appels par SAMU (37 000) a ainsi triplé au cours de la décennie. Les demandes clairement identifiées comme étant de nature médicale sont également en progression sensible depuis 1991 : + 10% par an en moyenne.

Cette augmentation est pour une part due à la généralisation des Centres 15 sur l'ensemble du territoire ainsi qu'à l'interconnexion des numéros 15 et 18 (sapeurs-pompiers) qui permet aux services concernés de se tenir informés réciproquement de leurs interventions. Elle révèle également le désengagement des médecins généralistes de la permanence des soins, renvoyant les appels en garde sur les Centres 15.

1.3.2. Les services d'accueil des urgences adultes du CHU de Toulouse

L'agglomération toulousaine est couverte par 8 sites d'urgences, dont 5 privés : 3 SAU (Purpan et Rangueil, sites du CHU de Toulouse, et la Clinique de l'Union), 1 POSU (l'Hôpital des enfants du CHU de Toulouse) et 4 UPATOU (Clinique des Cèdres, Clinique d'Occitanie, Clinique St Jean – Languedoc, Hôpital Joseph Ducuing).

Le CHU de Toulouse représente 60% de l'activité des urgences de la Haute-Garonne, les deux SAU et le POSU pédiatrique du CHU de Toulouse déployant la première activité de la région.

³² CHANTELOUP M., GADEL G. *Les appels d'urgence en Centre 15 en 1997*. DREES, Mars 2000. Etudes et Résultats, n°55.

Mais avant d'aborder l'activité même des urgences adultes de cet établissement, il paraît nécessaire de présenter sommairement ces deux structures d'un point de vue matériel et humain.

A) Le Département des Urgences Adultes du CHU de Toulouse

Par décision administrative, le SAU de Purpan constitue avec le SAU de Rangueil le Département des Urgences Adultes du CHU. Ce département forme avec le SAMU le Pôle Urgence du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse.

a) Les structures :

Le bâtiment des urgences et de réanimation de l'hôpital Purpan est de conception récente. Ouvert en 2000, il est isolé des autres pavillons et localisé près de l'entrée principale de l'hôpital, facilement accessible. Sa conception constitue indéniablement un point fort : structuré en carré autour d'un patio central, liaisons verticales dédiées et adaptées, volumes et surfaces très importantes (près de 7000 m² au total) autour des axes verticaux de circulation.

Ainsi, au sous-sol se trouvent les quatre lits de déchocage, au rez-de-chaussée les consultations médico-chirurgicales polyvalentes et les urgences traumatologiques, et au 1^{er} étage le secteur d'accueil médico-chirurgical et l'UHCD.

Les nouveaux locaux du SAU de Rangueil ont été inaugurés en avril 2003. Situées sur un même niveau, plusieurs zones sont clairement identifiées. Ainsi, à partir de la zone d'accueil et en fonction des critères d'orientation de l'infirmière d'accueil et d'orientation (IAO), les entrées peuvent être orientées vers trois secteurs :

- o le déchocage pour les urgences vitales, comprenant trois lits,
- o la consultation médico-chirurgicale et traumatologique pour les consultations externes et les patients couchés « légers »,
- o l'accueil médico-chirurgical et traumatologique pour les patients couchés.

b) Les équipes médicales et paramédicales :

L'équipe du Département des Urgences Adultes du CHU est composée de 36 équivalents temps plein (ETP) médicaux, dont 17 sont des médecins thésés.

Sur chacun des SAU, quatre médecins en moyenne sont présents la nuit, et cinq les dimanches et jours fériés. Quel que soit le site, il peut être fait appel, dans l'heure et 24h sur 24h, à un médecin relevant des spécialités suivantes : psychiatrie, chirurgie ortho-traumatologique, chirurgie viscérale, anesthésie-réanimation, neurologie, cardiologie, gériatrie.

Le rapport d'audit de la Société Francophone de Médecine d'Urgence³³, réalisé en 2002 sur les deux SAU du CHU de Toulouse, révèle une insuffisance de l'effectif de l'équipe médicale au regard de l'activité. L'activité importante des deux SAU rendrait légitime l'instauration de deux listes de gardes seniors : une garde médicale et une garde chirurgicale, mais les effectifs tant des médecins urgentistes que des médecins volontaires ne suffiraient pas à assurer sur le long terme ces deux lignes de garde. Ce problème est d'ailleurs commun à la plupart des SAU français, et les dispositions récentes en matière d'Aménagement et de Réduction du Temps de Travail (ARTT) médicale et de repos de sécurité viennent accroître considérablement ces difficultés.

Du point de vue des personnels paramédicaux, les infirmiers et aides-soignants représentent 198 ETP. Le nombre d'infirmières varie la nuit entre 7 et 10 en fonction du site, et entre 14 et 18 les dimanches et jours fériés.

B) Caractéristiques de l'activité du Département

L'activité du Département des Urgences Adultes du CHU de Toulouse croît à un rythme plus élevé que celui constaté en moyenne. Ainsi, l'augmentation de l'activité entre 2001 et 2002 est de + 8 %, comme indiqué dans le tableau suivant :

Nombre de passages	2001	2002	Taux d'évolution (%)
E x t e r n e s	41453	43218	+ 4,3
H o s p i t a l i s é s	29795	33751	+ 13,27
T o t a l	71230	76969	+ 8,05

Source : Contrôle de Gestion – CHU de Toulouse

Ces données semblent attribuer cette augmentation essentiellement à l'accroissement important des hospitalisations (+13%) après un passage aux urgences. Le taux d'hospitalisation de 43,8% apparaît en effet plus élevé que celui ressortant de l'étude nationale précédemment présentée (22%). En réalité cette interprétation doit être relativisée et ce taux d'hospitalisation reconsidéré, car sont comptabilisés parmi les hospitalisés tous les patients restant plus de 6 heures aux urgences, sans pour autant faire l'objet d'une hospitalisation dans un service clinique.

³³ Société Francophone de Médecine d'Urgence. *Audit du Département des Urgences Adultes du CHU de Toulouse*. Rapport d'audit, 7 et 8 mars 2002.

D'ailleurs, si l'on s'intéresse au devenir des patients après un passage aux urgences, les statistiques révèlent que l'hospitalisation réelle des patients ne concerne que 21,2% d'entre eux, taux qui se rapproche davantage de la moyenne nationale. Ainsi, sur les 76 969 passages recensés aux urgences du CHU de Toulouse en 2002, seuls 16 330 patients font réellement l'objet d'une hospitalisation dans un service clinique du CHU (13779) ou d'un transfert vers une autre structure (2551).

Le retour à domicile concerne donc près de 75% des situations. C'est ce que confirme le rapport annuel de l'ORUMIP³⁴ pour le CHU de Toulouse.

La répartition de la totalité des passages aux urgences en 2002 en fonction des heures d'arrivées des patients fait apparaître une activité essentiellement de jour. Toutefois, l'activité nocturne est, comparativement aux données nationales, notablement soutenue puisque 38% des arrivées ont lieu entre 20h et 8h.

Le rapport 2002 de l'ORUMIP précise à ce titre que le CHU de Toulouse détient sur toute la région la part la plus importante de l'activité nocturne. S'agissant de l'activité selon le jour d'arrivée, ce rapport fait état d'une prédominance du dimanche pour le CHU.

L'état de gravité des patients accueillis aux urgences hospitalières du CHU s'apparente dans sa répartition aux données nationales : la grande majorité des patients est répertoriée en CCMU 2 (60%) et 18% en CCMU 1. Les cas les plus critiques (CCMU 3, 4 et 5) représentent à peine 18% de l'ensemble des situations.

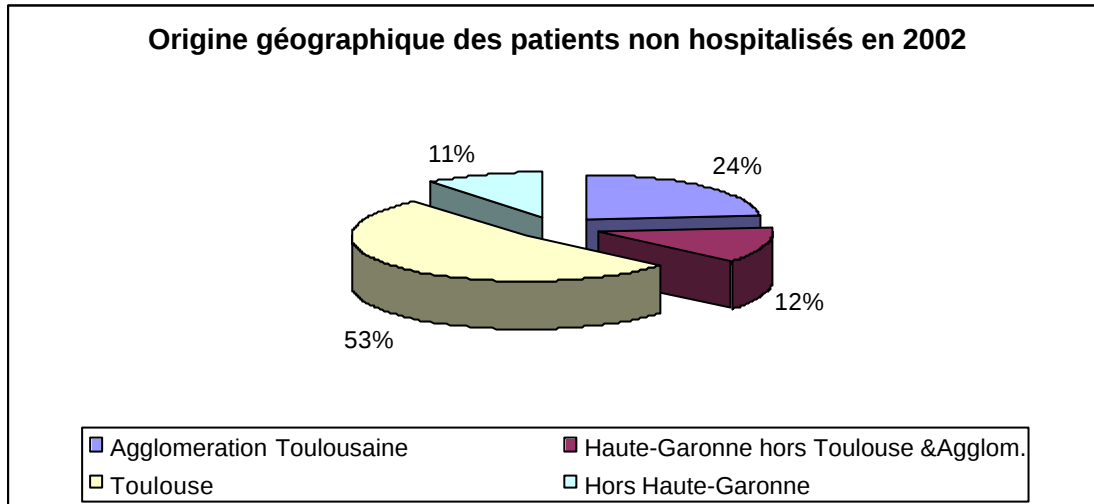
Le mode d'arrivée des patients se rapproche également des données de référence, puisque la majorité d'entre eux (près de 53%) se rend aux urgences par ses propres moyens.

Parmi les caractéristiques intéressantes à relever, l'étude de la provenance géographique des patients révèle que les services d'urgence du CHU assurent essentiellement une prise en charge de proximité.

Ainsi, si 89% des patients recensés au sein des deux SAU ont pour origine géographique le département de la Haute-Garonne, 84% d'entre eux viennent de Toulouse et de son agglomération.

³⁴ Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées. *Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées en 2002*. Toulouse, Juin 2003.

Mais ce qui est encore plus frappant, c'est la part des patients habitant Toulouse ou son agglomération parmi les patients non hospitalisés : 77% de la totalité des passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation sont le fait de patients résidant à proximité des urgences.



Source : Contrôle de Gestion – CHU de Toulouse

L'ensemble des caractéristiques ainsi relevées, qu'il s'agisse du faible taux d'hospitalisation, de l'état de gravité modeste des pathologies ou du recours de proximité joué par les SAU du CHU de Toulouse, conforte l'hypothèse que ces services absorbent une part non négligeable d'une activité médicale courante, traditionnellement du ressort de la médecine de ville.

C'est pourquoi, la perspective d'une réorganisation de la permanence des soins de la médecine libérale ne peut qu'intéresser les services d'urgences hospitaliers.

Au terme de cet état des lieux tripartite – usagers, médecine libérale, urgences hospitalières – plusieurs enseignements peuvent être tirés :

- tout d'abord, on ne peut que souligner dans le cadre de la permanence des soins, le manque de coordination entre médecine de ville et médecine hospitalière. Ce défaut, constaté en général mais aussi sur le plan local de l'agglomération toulousaine, conduit à un glissement d'activité vers les urgences hospitalières dont une partie de la prise en charge médicale relève davantage d'une consultation de médecine générale.

- ensuite, on note que si la médecine libérale est en pleine évolution structurelle, c'est surtout la réflexion conceptuelle qu'elle mène sur sa pratique qui marque le plus son désengagement à l'égard de la permanence des soins vécue comme une contrainte.
- enfin, face à une quasi-invisibilité de la garde libérale et à l'existence de structures hospitalières aisément identifiables et reconnues pour leur compétence, l'usager, dont on ne peut que souligner l'exigence croissante en matière de rapidité de réponse face à un besoin de santé, participe en s'autoréglant, à l'engorgement des urgences hospitalières.

Pour mettre fin à ce dysfonctionnement qui pénalise la prise en charge des urgences « réelles », la création de maisons médicales de garde est apparue comme une solution pertinente, permettant d'instaurer le lien manquant entre médecine de ville et médecine hospitalière dans la prise en charge de la demande de soins non programmée en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux de ville.

C'est donc maintenant à un examen détaillé de ces structures que nous allons nous attacher.

II – LES MAISONS MEDICALES : CONCEPTS, APPORTS ET LIMITES

Le constat dressé sur l'augmentation de la fréquentation des services d'urgence est un phénomène commun à la plupart des pays européens. Une étude comparative sur l'organisation des systèmes d'urgences dans 10 pays européens³⁵ révèle que la surcharge de ces services, du fait de leur utilisation inappropriée, repose sur plusieurs facteurs :

- l'augmentation du degré d'exigence de la population, habituée à disposer de tous les services très rapidement,
- l'anticipation par le patient du besoin de recours au plateau technique,
- le vieillissement de la population lié à l'amélioration des conditions de vie et des connaissances médicales,
- le désengagement de certains généralistes de ville, dont les cabinets sont toujours pleins et qui ont des horaires de travail souvent contraignants.

Par la création de centres de diagnostics rapides et de traitement ouverts 24h sur 24h dans lesquels sont assurés des consultations médicales et des soins infirmiers, le Royaume-Uni espère remédier à la surcharge des services d'urgence.

Dans les pays scandinaves, les centres de santé locaux et les hôpitaux ont des services ouverts 24h sur 24h avec des consultations de médecine générale dans les premiers, et des consultations spécialisées dans les hôpitaux.

La Belgique envisage d'instaurer un système de pénalisation financière en cas d'utilisation abusive des urgences hospitalières.

Ces initiatives n'ont pas donné lieu pour l'heure à des évaluations permettant de tirer des conclusions sur leur éventuelle efficacité quant à la réduction du flux des patients vers les urgences hospitalières. Par ailleurs, les systèmes de santé concernés par ces expérimentations sont suffisamment différents pour limiter toute comparaison et transposition à l'organisation sanitaire française.

Face à l'engorgement des urgences hospitalières, il est fortement encouragé en France de développer des maisons médicales au sein desquelles les médecins libéraux reçoivent

³⁵ DAUTEL M., MONTERRAT X., De REZENDE P. *Etude comparée de l'organisation des systèmes d'urgence dans dix pays européens*. DHOS, Novembre 2002. p. 272

des patients, et le cas échéant les réorientent vers les urgences hospitalières, ces dernières pouvant alors se recentrer sur les cas les plus graves.

Consacrée par la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences³⁶, cette orientation s'appuie d'une part sur les conclusions du rapport sur la Permanence des Soins du Sénateur Charles DESCOURS, et d'autre part sur les expérimentations de créations de maisons médicales de garde conduites dans certaines agglomérations depuis plusieurs années. C'est à la fois ce contexte favorable à l'émergence de nouvelles structures et un panorama des différents concepts de maisons médicales existantes à ce jour qui est proposé dans un premier temps.

Mais, si les maisons médicales apparaissent comme une réponse évidente pour résoudre les différents dysfonctionnements évoqués précédemment, peu de travaux permettant d'apprécier les points forts et les points faibles de ces structures ont été réalisés. Quant à mesurer l'impact des maisons médicales à l'égard des attentes et comportements des trois acteurs concernés par la prise en charge de l'urgence - le patient, la médecine libérale de garde, les urgences hospitalières - une seule étude en ce sens a été conduite. C'est pourquoi, à partir d'une synthèse de la littérature et d'une enquête effectuée auprès de quatre sites, maisons médicales et hôpitaux associés, une approche des apports et des limites de ces structures sera présentée dans un deuxième temps.

2.1. Un contexte favorable à la création de structures nouvelles pour assurer la permanence des soins :

2.1.1. Du Rapport DESCOURS à la Circulaire du 16 avril 2003

A) Les conclusions du Rapport DESCOURS³⁷

Le 12 juillet 2002, le Ministre de la Santé, Jean François MATTEÏ, confiait à la commission présidée par le Sénateur Charles DESCOURS, la charge d'une réflexion sur la permanence des soins.

Il s'agissait, d'une part de définir la nature de la mission de permanence des soins et d'analyser les obligations déontologiques associées, et d'autre part, de définir des

³⁶ Annexe 2 : Circulaire n°195/DHOS/O1/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

³⁷ DESCOURS C. *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la Permanence des soins*. Ministère de la Santé, Janvier 2003.

solutions susceptibles d'être mises en œuvre pour garantir un égal accès aux soins pour les patients.

Les mouvements de grève de l'année 2001 ayant montré la nécessité de préciser la notion de permanence des soins, c'est à ce premier aspect que la commission s'est attachée³⁸.

Le cadre juridique qui reposait jusqu'à présent sur l'article 77 du Code de Déontologie disposait que «dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit ».

La nouvelle rédaction de l'article 77³⁹, tout en réaffirmant le devoir de participation des médecins à la permanence des soins, s'appuie désormais sur le cadre légal et réglementaire existant, à savoir :

- l'article L. 6325-1 du Code de la Santé Publique, qui, suite à l'amendement voté au PLFSS 2003, prévoit que sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins conventionnés, dans le cadre de leur activité libérale, et ceux exerçant en centre de santé, participent, dans un but d'intérêt général à la permanence des soins dans des conditions et selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat.
- le décret du 15 septembre 2003⁴⁰ relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins, qui vient préciser les conditions de cette participation volontaire des médecins à la permanence des soins.

Les dispositions de ce décret reprennent la plupart des conclusions du rapport DESCOURS, remis au Ministre de la Santé le 22 janvier 2003 :

³⁸ De SAINT ROMAN H. *Permanence des soins : le rapport DESCOURS propose de réécrire l'article 77*. Le Quotidien du Médecin, 25 Octobre 2002.

³⁹ Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du Code de Déontologie Médicale.

⁴⁰ Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence.

- L'organisation de la permanence des soins doit répondre aux principes suivants :
 - la participation des médecins repose sur le volontariat,
 - en l'absence de volontaires, des niveaux de concertation et de dialogue sont mis en place,
 - en cas de carence, cette mission incombe au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

- L'organisation de la permanence des soins a lieu dans le cadre du département, grâce à la mise en place d'une sectorisation qui garantit une réponse rapide et adaptée.

- Un cahier des charges, spécifique à chaque département, doit définir à ce niveau l'organisation retenue de la permanence des soins. Ce cahier des charges est élaboré dans une instance, le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des Transports sanitaires et de la Permanence des Soins (CODAMUPS), composée de représentants des médecins concernés par la permanence des soins.

- Le CODAMUPS est rénové dans sa composition et dans ses missions pour prendre en charge l'organisation de la permanence des soins.

- Une régulation médicale centralisée des demandes de soins non programmés est mise en place. Si cette régulation est autonome par rapport au Centre 15, les deux régulations sont alors interconnectées.

- Les usagers deviennent des acteurs de la permanence des soins. Des campagnes de communication au niveau national et au niveau départemental les informeront sur l'utilisation du dispositif de permanence des soins et sur l'organisation retenue dans le département.

Le rapport DESCOURS formule par ailleurs plusieurs recommandations centrées sur certains aspects organisationnels de la permanence des soins :

- la régulation : pour les Centres 15 comme pour la permanence des soins, la souplesse est le maître mot. Pour l'un comme pour l'autre, il n'y a pas de modèle unique imposé. Ce sont les acteurs locaux qui pourront mettre en place la structure la mieux adaptée. Il est souhaité un numéro unique pour une meilleure lisibilité par le public. Mais, si pour des raisons particulières le maintien de deux numéros est préférable, cela est envisageable.

- la permanence des soins : ce peut être une maison médicale ou des gardes au cabinet. La garde peut être organisée par une association. Mais elle peut également être assurée par d'autres structures qui existent déjà, comme SOS Médecins. Sont également envisagées des gardes de spécialistes, soit en établissement, soit au cabinet. Certains spécialistes peuvent prendre des gardes dans des structures comme les UPATOU.
- la rémunération : l'amendement au PLFSS offre la possibilité d'une rémunération forfaitaire, notamment pour la régulation. Pour la permanence des soins, plusieurs formules sont envisageables, soit une rémunération forfaitaire, soit une rémunération mixte, c'est-à-dire une rémunération forfaitaire plus faible mais assortie de la rémunération des actes effectués. Pour d'autres structures, comme SOS Médecins, la rémunération à l'acte pourrait se poursuivre mais en faisant l'objet d'un encadrement.

Ces perspectives d'évolution, visant à améliorer la permanence des soins libérale, ont été complétées sur le plan hospitalier par les recommandations de la circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

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

A l'occasion du Congrès annuel des urgentistes « Urgences 2003 » le 16 avril 2003, le Ministre de la Santé précisait les objectifs poursuivis par cette circulaire, signée le jour même : « Cette circulaire est importante car consensuelle, issue de vos propositions et de vos réflexions. Elle formule des recommandations opérationnelles pour l'organisation des urgences, que je demande avec force aux ARH et aux services déconcentrés de mettre en œuvre dans les plus brefs délais. Mes instructions répondent à deux principes fondamentaux : le décroisement des hommes et des structures, et la coordination de la prise en charge. »

a) La centralisation des appels de permanence des soins

Pour assurer une réelle continuité entre médecine de ville et médecine hospitalière, et participer ainsi au décroisement entre l'ambulatoire et l'hôpital, cette circulaire pose comme premier principe la centralisation des appels de permanence des soins, notamment au sein des locaux des Centres 15.

Les régulateurs libéraux travailleront de cette façon aux côtés des médecins hospitaliers et des basculements simples d'appels d'un côté comme de l'autre pourront être effectués.

La circulaire précise que cette organisation de la régulation pourra être mise en place dans le cadre du CODAMUPS et que le Plan Hôpital 2007 pourra être mobilisé pour financer les moyens techniques nécessaires à la mise en œuvre de la centralisation des appels de permanence des soins.

Le SAMU - Centre 15 appelé plus officiellement Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) remplit un rôle primordial pour l'organisation de l'écoute et de la régulation des appels d'urgence.

Le décret du 16 décembre 1987, de même que les SROS préconisaient déjà la participation des médecins libéraux au fonctionnement des CRRA.

La circulaire du 28 décembre 1988, qui définit, notamment sous forme de convention, les conditions de ce partenariat, spécifiait alors que le Centre 15 devait constituer le lieu de coordination avec la médecine d'exercice libéral et que la participation des médecins libéraux à la régulation devait être encouragée. Cette même circulaire prévoyait une régulation simultanée des médecins hospitaliers et libéraux, une régulation sur un mode alterné étant également possible en fonction de l'importance des secteurs et des plages horaires.

Dans les faits, ce sont les médecins hospitaliers qui, aujourd'hui encore, ont principalement en charge la gestion médicale des Centres 15. Ainsi, sur une moyenne de 17 personnes par SAMU, dont 8 Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM), on compte depuis 1988 et de façon constante, un seul médecin libéral en moyenne, alors que les médecins régulateurs publics sont passés de quatre à six entre 1988 et 1994.

La collaboration actuelle avec les médecins libéraux de garde consiste donc en la réorientation des appels vers ces derniers en cas de besoins. Cela n'est possible que si le SAMU – Centre 15 a connaissance de la liste des médecins de garde.

Les raisons de cet échec ne sont pas toutes à rapporter à un défaut de rémunération, même si l'absence de source de financement précise dans les textes juridiques de 1987 et 1988 montre, s'il en est besoin, l'obligation d'accompagner les réformes de moyens financiers.

Les médecins libéraux ont aussi longtemps eu ancré dans leur mentalité, l'idée de se délier de toute dépendance du service public, préférant gérer eux-mêmes leurs gardes et astreintes⁴¹.

Le mouvement de grève prolongé des gardes, avec nécessité de réquisitions préfectorales des médecins, a permis d'opérer une mutation des mentalités en révélant le confort d'exercice que peut représenter la régulation des appels orientés vers les médecins réquisitionnés. Cette mise en application forcée du principe de régulation a filtré les appels et diminué les dérangements des médecins. Il s'en est suivi une diminution des visites en garde due à la simple réponse par conseils du Centre 15 lorsque cela était suffisant et à la mobilisation directe des moyens les plus adaptés aux situations présentées.

La régulation occupe une place centrale au sein du futur dispositif de permanence de soins en médecine de ville. Sa nécessité fait l'unanimité parmi les syndicats de médecins libéraux ou hospitaliers, les administrations et les structures publiques ayant en charge d'assurer les soins urgents. Le principe d'une interconnexion entre les centres d'appel pour la permanence des soins assurée par les médecins libéraux et le Centre 15 est également admis par tous.

Le chiffre d'appel n'est pas encore retenu : il est discuté un numéro commun avec le Centre 15, un numéro à dix chiffres ou le numéro d'appel pour les urgences, qui sera uniformisé en Europe : le 112.

b) Le développement des maisons médicales constitue le deuxième axe fort retenu pour contribuer à la coordination de la prise en charge. En ce sens, les ARH ont pour mission de soutenir les projets de création de maisons médicales prévoyant une articulation avec le service des urgences hospitalières.

Cette coordination doit être formalisée par une convention entre les responsables de ces deux structures. La rédaction d'une procédure définissant les conditions de réorientation éventuelle des patients depuis les services d'urgences vers les maisons médicales paraît à ce titre essentielle. Un schéma d'aide à la décision élaboré par les médecins urgentistes, les médecins des services de soins concernés et les médecins de la maison

⁴¹ CHAUGNE C. *Permanence des soins en médecine libérale. Etat des lieux et Perspectives. Exemple de l'agglomération toulousaine*. Thèse pour le Doctorat en médecine. Université Paris VI Pierre et Marie Curie, 2003. p. 61.

médicale doit permettre de clarifier les situations dans lesquelles la réorientation, proposée par l'infirmière d'accueil et d'orientation et validée par un médecin sénior, ne soulève pas de difficultés.

Sur le plan de l'implantation géographique de la maison médicale, la circulaire préconise une localisation de la maison médicale à proximité de l'établissement hospitalier afin de faciliter l'acceptation par le patient d'un ré-adressage.

La circulaire précise également que le projet d'implantation d'une maison médicale doit mettre en particulier l'accent sur les éléments suivants :

- la maison médicale doit constituer une réponse à un besoin identifié et évalué, notamment au regard de l'organisation des soins,
- elle doit avoir des objectifs clairement énoncés et faisant l'objet d'une évaluation annuelle,
- elle doit définir les modalités de son fonctionnement,
- elle doit disposer d'un plateau technique, même si un plateau technique supérieur à celui dont dispose un cabinet libéral ne s'impose pas dans les maisons médicales.

Si cette circulaire formule des recommandations d'organisation aussi précises, c'est en partie parce que les maisons médicales qui se développent aujourd'hui sur l'ensemble du territoire français sont très hétérogènes en termes de modalités de fonctionnement.

Certaines ont en effet pour objectif d'être complémentaires du service des urgences, mais d'autres constituent une modalité d'organisation de la permanence des soins des médecins libéraux et répondent davantage à l'évolution des pratiques des médecins généralistes.

Des centres de régulation 15 bis aux maisons médicales, les expérimentations innovantes en matière de coordination des appels et de prise en charge de l'urgence fleurissent.

C'est pourquoi, une présentation de ces différentes organisations paraît nécessaire.

2.1.2. Des expérimentations innovantes qui se multiplient

A) Les centres de régulation mixtes libéral et hospitalier

Quelques expérimentations existent dans certaines régions. Elles ont trouvé des financements auprès de la caisse nationale ou la caisse primaire d'assurance maladie pour les plus anciennes (Grenoble, Limoges), auprès du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) pour la plus récente (Arras).

a) *Le site expérimental de Grenoble*⁴²

Depuis 1991, avec un financement spécifique de la CNAMTS une quarantaine de médecins libéraux, volontaires, formés, sélectionnés, est venue aider leurs confrères hospitaliers en régulant les appels plus spécialement destinés à la médecine libérale. Grenoble et Limoges sont les rares sites expérimentaux survivants du grand projet de 1987 sur le financement par l'assurance maladie de la régulation libérale.

A Grenoble, la régulation libérale est financée aux heures de pointe, la nuit et le week-end et la rémunération des régulateurs se fait sur la base de 3 C par heure. Le bilan sur ce site, après 10 ans passés d'existence, permet de constater que si les appels ont triplé sur cette période, un sur cinq seulement se traduit par la visite d'un médecin généraliste. Actuellement, le Centre 15 répond à environ 150 000 appels, dont 90 000 sont des conseils thérapeutiques ou médicaux. Les médecins régulateurs invitent les appelants à consulter leur médecin de famille ou à s'en trouver un.

Les points positifs de ce bilan font état d'une garde harmonisée et performante, d'un règlement efficace des difficultés de permanence, d'une régulation assurée par les médecins généralistes libéraux et rémunérée de façon satisfaisante.

Parmi les difficultés rencontrées, il est fait référence à la discussion annuelle toujours difficile avec la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) pour adapter les financements à la demande (le nombre toujours croissant d'appels, + 20% chaque année, n'est pas automatiquement pris en compte dans le financement octroyé) et au maintien d'un *numerus clausus* ridiculement bas (les départs en retraite des médecins généralistes en Isère ne sont pas compensés par les installations de jeunes praticiens) ayant pour conséquence une baisse du pool de régulateurs et de médecins de garde.

⁴² CHAUGNE C. *Permanence des soins en médecine libérale. Etat des lieux et Perspectives. Exemple de l'agglomération toulousaine*. Thèse pour le Doctorat en médecine. Université Paris VI Pierre et Marie Curie, 2003. p. 60

b) Le Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux ou Centre 15 bis d'Arras⁴³

Le « 15 bis » ou Centre de Réception et de Régulation des Appels Libéraux (CRRAL) fonctionne depuis le 20 juillet 2002 au Centre Hospitalier d'Arras.

Ce système propose aux généralistes volontaires une régulation des appels lors de leurs astreintes. En retour, ils s'engagent à participer à la permanence des soins comme effecteurs sur le terrain.

Le « 15 bis », mis en place par l'Association des Services d'Urgences Médicales du Pas-de-Calais (ASSUM 62) est accueilli dans les locaux du SAMU au Centre Hospitalier d'Arras. Le matériel de communication utilisé permet une interconnexion simple avec le Centre 15/SAMU et les pompiers. Le personnel et une partie du matériel sont financés par le FAQSV et les locaux sont mis à disposition par l'hôpital.

Le principe du « 15 bis » est simple : Par des campagnes médiatiques, les patients sont invités à composer le numéro connu de leurs médecins traitants pour toutes demandes de soins pendant et en dehors des horaires d'ouverture des cabinets de ville, week-ends et nuits. Soit le médecin traitant est disponible et répond à la demande, soit son répondeur informe le patient sur le médecin de garde de proximité.

Le médecin de garde peut soit réceptionner ses appels lui-même, soit transférer sa ligne de garde sur le « 15 bis ». Seuls les médecins s'étant engagés par convention avec le CRRAL à structurer une permanence des soins sur leur secteur peuvent ainsi transférer leurs appels.

Les appels sont reçus au « 15 bis » par un PARM formé à cette fonction. Le PARM du CRRAL détecte les signes de gravité pour transférer immédiatement sur le SAMU les détresses vitales, filtre les appels dits " sociaux " sans caractère médical et traite les demandes nécessitant l'intervention d'un médecin d'astreinte. Dans ce dernier cas, les patients sont fortement incités à se rendre en consultation chez le médecin et les visites « incontournables » sont confiées au médecin d'astreinte joint sur son téléphone mobile.

Le PARM fait appel au médecin régulateur dans les cas difficiles où il ne peut trancher, ou lorsqu'un simple conseil médical téléphonique suffit en attendant la consultation du médecin traitant le lendemain.

⁴³ MG France. *La régulation des appels de garde par le 15 bis dans le 62 : un franc succès*. Dossier Maison Médicale, Mai 2003. Disponible sur Internet <[http : www.medsyn.fr/mgfrance](http://www.medsyn.fr/mgfrance)> –

Le bilan effectué après un mois de fonctionnement apparaît plus que positif :

- Sur le Pas-de-Calais, une centaine de médecins appartenant à 30 secteurs (sur 90) ont transféré leur ligne de garde sur le CRRAL 62,
- Sur les 1400 demandes traitées, la régulation a permis de diminuer de 60% le nombre des visites à domicile au profit des consultations au cabinet d'astreinte (30%) et des conseils téléphoniques (20%),
- Le recours aux services d'urgences hospitaliers n'a été que de 2% et le transfert au Centre 15 - SAMU de 1%.

L'objectif est maintenant de pouvoir répondre à la demande de régulation des médecins d'astreinte d'une trentaine de secteurs en permanence, durant chaque week-end et toutes les nuits.

Selon le Dr Pierre Grave, à l'origine de ce projet, le système du «15 bis » présente l'énorme avantage de préserver la liberté des médecins traitants et / ou d'astreinte, et a le mérite de les impliquer sur un mode volontaire dans la permanence des soins qui reste de leur compétence.

La régulation par le CRRAL est ainsi à la croisée des exigences de sécurité sur le plan de la santé pour la population, d'une meilleure qualité de vie de la part des professionnels de santé et d'une optimisation des moyens et des dépenses de santé de la part des institutionnels.

Mais, pour renforcer et optimiser la prise en charge des soins d'urgence et des demandes de soins non programmés, quelques pistes de travail sont encore à l'étude :

- tout d'abord, au sein du CRRAL, il est nécessaire d'améliorer les délais de réponse. En effet, victime de son propre succès, l'attente des patients pour avoir un PARM est parfois trop longue et a conduit à augmenter le nombre de PARM et de médecins régulateurs au CRRAL,
- ensuite, à moyen terme, une décentralisation de la régulation médicale du CRRAL dans les différents SMUR du département est envisagée pour répondre à la demande des médecins du département souhaitant participer à cette régulation et ne désirant pas se déplacer sur Arras. A plus long terme, une régulation commune des appels libéraux pour l'ensemble de la région Nord-Pas-de-Calais pourrait être installée.

Parallèlement, un regroupement des secteurs de garde sera probablement effectué suite à la diminution de l'activité des médecins d'astreinte dans ces secteurs, diminution consécutive à la régulation par le CRRAL.

- enfin, la création d'une maison médicale ou d'un lieu fixe de consultations médicales, proche du plateau technique du Centre Hospitalier d'Arras est proposée et se justifierait si le nombre d'entrées aux urgences pour consultations de ville restait élevé.

Si la régulation des demandes de soins non programmés de ville semble faire ses preuves, elle doit s'accompagner, en amont, d'une information et d'une éducation de la population, et en aval, de l'instauration de lieux de consultations accessibles en dehors des heures d'ouverture des cabinets de ville.

Le « 15 bis » préfigure ainsi les futures maisons médicales, c'est-à-dire des lieux fixes où les médecins pourraient faire leurs gardes pendant les horaires de fermeture des cabinets de ville. Un rapide recensement des maisons médicales actuellement installées en France permet toutefois de constater qu'à partir d'une philosophie commune, les réalisations sont multiples.

B) Panorama des maisons médicales : une philosophie ...des réalisations

Les maisons médicales se définissent comme des lieux de consultations non programmées, ouverts aux heures de fermeture des cabinets libéraux, destinés à se substituer à une partie des visites à domicile et à un certain nombre de passages aux urgences ne nécessitant pas en première ligne l'utilisation du plateau technique radiologique ou biologique.

D'une certaine manière, le concept de maison médicale prolonge celui de cabinet de groupe structuré qui, dans certaines zones, assure de fait les missions dévolues aux maisons médicales.

Depuis quelques années les réalisations en la matière fleurissent, même si le chiffre précis du nombre de maisons médicales actuellement existantes est difficile à établir.

Fin mai 2003, 17 maisons médicales essentiellement implantées au dessus d'une diagonale coupant l'hexagone de Brest à Montpellier étaient recensées par MG-France⁴⁴.

⁴⁴ MG France. *Les réalisations existantes*. Dossier Maison Médicale, Mai 2003. Disponible sur Internet < [http : www.medsyn.fr/mgfrance](http://www.medsyn.fr/mgfrance)>

Dans un rapport de septembre 2003 sur la permanence des soins⁴⁵, l'Assurance Maladie affirme avoir financé avec le FAQSV, 42 expérimentations de maisons médicales entre 2001 et 2002.

L'actualisation du nombre de maisons médicales pourrait être un exercice quasi-quotidien tant il est vrai que de nouvelles structures ne cessent de voir le jour, comme encore tout récemment à Lyon où quatre maisons médicales sont en projet d'ouverture.

Sur le plan qualitatif en revanche, il est intéressant de noter que sous l'apparence d'une certaine uniformité de structure, l'examen de quelques unes de ces réalisations révèle une hétérogénéité des modes de fonctionnement, voire de conception.

Il semble en effet exister trois types de maisons médicales :

- Les premières ont pour objet principal de structurer la médecine libérale. Elles permettent aux médecins généralistes de rompre leur isolement et d'organiser un espace de permanence des soins mutualisé. Ce premier profil est peu relié à l'hôpital.
- Le deuxième type de maisons médicales cherche à mieux adapter la réponse libérale, mais souhaite aussi contribuer à une meilleure organisation des urgences par l'établissement de protocoles avec les services d'urgences et le SAMU. Des arbres décisionnels validés par tous permettent d'orienter les patients qui se présentent à l'hôpital vers la maison médicale et réciproquement.
- La troisième catégorie, enfin, complète l'offre hospitalière. Il s'agit de consultations externes sans rendez-vous situées à l'intérieur même des établissements, à proximité des services d'urgences.

La diversité des modes de fonctionnement est une caractéristique forte des maisons médicales. C'est pourquoi, une étude détaillée de certaines de ces structures paraît indispensable pour mesurer leurs points forts et faibles et tenter d'apprécier l'apport de ces maisons médicales notamment au regard de l'engorgement des services d'urgences hospitaliers.

⁴⁵ CNAMTS. *Permanence des soins des médecins libéraux : point de situation sur les financements de l'Assurance-Maladie*. Paris, Septembre 2003. Disponible sur Internet <[http : // www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)>

2.2. Evaluation de l'apport des maisons médicales dans la permanence des soins

Les expérimentations de maisons médicales conduites en France semblent donner satisfaction, même si la plupart d'entre elles n'ont pas fait l'objet d'une réelle évaluation.

C'est à partir de ce constat que le besoin de dresser un état des lieux des différentes possibilités d'organisation de ces structures s'est imposé tout comme celui d'apprécier leur impact à l'égard des acteurs impliqués dans la permanence des soins : usagers, médecine libérale, urgences hospitalières.

Le recueil des données ici présentées provient pour partie d'une enquête lancée en mai 2003 à la fois auprès de quatre maisons médicales - la maison médicale de garde de Gap, la Domus Medica du Havre, le Centre CARL à Rennes et la consultation de soins non programmés de l'hôpital Nord de Marseille - et des structures hospitalières publiques des agglomérations concernées. Les courriers types adressés à ces deux entités, maison médicale et hôpital, ainsi qu'une fiche descriptive sur la méthodologie de cette enquête et sur la nature des informations sollicitées sont présentés en annexe⁴⁶.

D'autres éléments ont été recueillis à partir de l'étude conduite en décembre 2002 par le Centre National de l'Équipement Hospitalier (CNEH) sur l'évaluation et la comparaison de six expérimentations de prise en charge des urgences⁴⁷. Enfin, une synthèse de la littérature est venue compléter cette base de données.

Au-delà de la présentation de chacune de ces maisons médicales, un bilan des points forts et des difficultés actuellement appréhendées par ces structures permet d'apprécier la solidité d'un tel dispositif.

Mais c'est surtout à travers les évaluations opérées par les structures elles-mêmes qu'une appréciation sur l'impact des maisons médicales à l'égard des acteurs de la permanence des soins peut être portée.

⁴⁶ Annexe 3 – Méthodologie de l'enquête conduite auprès de quatre maisons médicales en France et des urgences hospitalières des agglomérations concernées.

⁴⁷ CNEH. *Evaluation et comparaison de six expérimentations de prise en charge des urgences*. DHOS, Décembre 2002.

2.2.1. La Maison médicale de garde de Gap (MMG)

A) Présentation

La Maison Médicale de Garde du Gapençais (MMG), créée en mars 2001, est une association loi 1901 qui a pour buts :

- d'organiser et de coordonner la permanence des soins et la réponse aux demandes de soins non programmés par les médecins généralistes sur le territoire du bassin gapençais,
- d'assurer la coordination entre médecins généralistes et les structures publiques ou privées intervenant dans la réponse aux urgences médicales,
- de participer à la formation des médecins dans le but entre autres d'améliorer la réponse médicale à la permanence des soins et à l'urgence.

Cette maison médicale couvre dans un rayon de 20 km, un bassin de population d'environ 45 000 habitants.

a) Locaux et équipements

Située dans des locaux indépendants au sein d'une polyclinique de la ville, elle dispose d'un espace secrétariat, d'une salle d'attente, de trois salles de consultations, d'une salle de repos et d'une chambre de garde (cf. photos page suivante).

Les outils de travail sont ceux utilisés par les médecins généralistes dans leur quotidien auxquels s'ajoute un équipement adapté pour la petite chirurgie, la petite traumatologie et les urgences médicales courantes. La proximité géographique de la Polyclinique offre l'avantage de disposer d'un plateau technique radiologique et biologique immédiat.

b) Fonctionnement

La Maison médicale de garde fonctionne 24h sur 24h avec un médecin généraliste sur place et un médecin d'astreinte pour les visites justifiées médicalement. Un secrétariat est assuré en permanence.

59 des médecins généralistes sur les 69 existants sur Gap et ses environs proches adhèrent à l'association. La création de la maison médicale de garde a permis la fusion de trois secteurs de garde. Chaque médecin adhérent assure en moyenne une garde par mois.

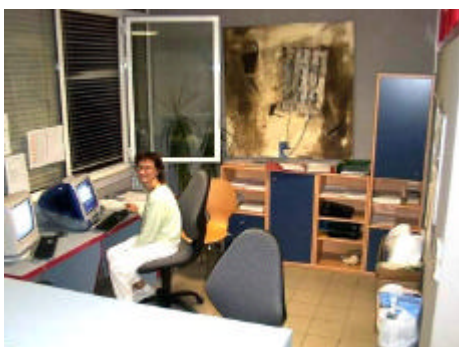
La Maison Médicale du Gapençais



Espace secrétariat

et

Bureau de Consultation



Deux salles de soins



La MMG propose à la population de la ville de GAP, un accueil téléphonique, une consultation de premier niveau semblable aux consultations de médecine générale de jours ouvrés, une information d'orientation dans le système d'offre si nécessaire, en particulier pour ce qui est des spécialistes libéraux qu'ils soient ou non en établissement privé.

La nature des soins est centrée exclusivement sur la consultation de premier recours. La MMG ne propose pas d'emblée de visites à domicile. Le cas échéant, le médecin de la MMG peut prescrire un moyen de transport, type Véhicule Sanitaire Léger (VSL) ou taxi s'il s'avère que le seul obstacle à une consultation sur site est lié à un réel problème de transport. Ce cas de figure doit rester exceptionnel. Le remboursement appartient à posteriori à la CPAM.

Néanmoins, les médecins de la MMG peuvent estimer qu'une visite à domicile s'avère nécessaire médicalement, notamment lorsque le patient présente une dépendance au moins de niveau 4 sur l'échelle AGGIR (Autonomie- Gérontologie – Groupes Iso-Ressources). En cas de nécessité, les médecins de la maison médicale font appel à un médecin d'astreinte de la MMG pour les visites à domicile, ou en cas d'indisponibilité de ce dernier à leurs correspondants (médecins libéraux, structures urgentistes) ou à défaut, au Centre 15 qui assurera la régulation de l'appel.

La Maison médicale de Gap fournit aux patients la liste des pharmacies de garde et se met en rapport avec celle choisie pour leur éviter un déplacement inutile vers le commissariat.

c) Partenariats

Non équipée pour la régulation, la MMG travaille toutefois en collaboration étroite avec le Centre 15 auquel elle transmet toutes les demandes qu'elle n'est pas en mesure de résoudre.

Une convention⁴⁸ entre la MMG et l'hôpital de Gap formalise les relations pour la prise en charge coordonnée des patients. Cette convention fait notamment état des conditions de réorientation des usagers de l'hôpital vers la MMG et réciproquement. Une procédure formalise les relations entre le Centre 15 et la MMG.⁴⁹

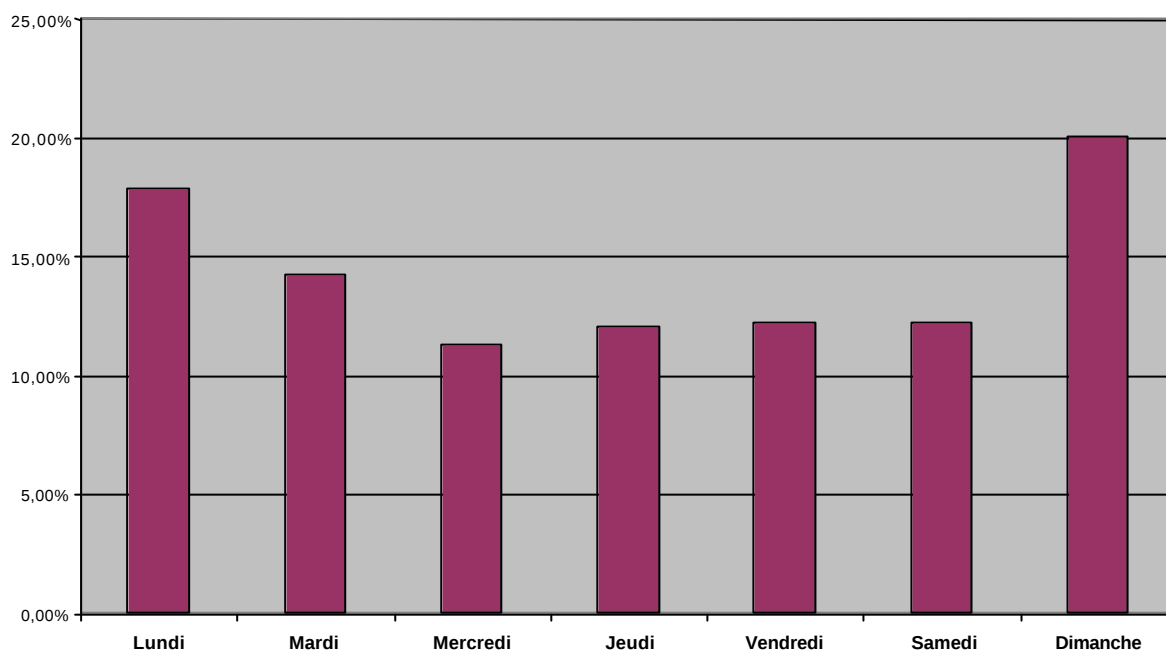
⁴⁸ Annexe 4 : Convention entre l'Hôpital de Gap et la Maison médicale de Gap – Avril 2001

⁴⁹ Annexe 5 : Procédure concernant les relations CRRA/Centre 15 – Maison médicale de Gap

d) Activité

L'analyse de l'activité portant sur la période de juillet 2001 à juillet 2002 fait état de 17 055 actes réalisés par les praticiens de la MMG auprès de patients, globalement plus jeunes que ceux d'un cabinet de ville, et résidants presque tous sur GAP.

La répartition hebdomadaire de ces passages fait apparaître une activité soutenue, notamment le dimanche.



57,8% des actes ont été réalisés les jours ouvrables, 27,5% les jours fériés et 14,7% la nuit : 11917 actes les jours ouvrables (soit une moyenne de 31 consultations par jour ouvrable), 5681 actes les jours fériés (soit une moyenne de 73 actes par jour férié), 3018 actes de nuit (soit 6,5 actes par nuit).

Alors que dans son exercice quotidien le médecin généraliste fait face à de nombreuses pathologies chroniques (Hypertension artérielle, Diabète, etc.), la quasi-totalité des pathologies observées à la MMG sont des affections aiguës. Les prescriptions de médicaments confirment cette observation puisque les anti-infectieux et les médicaments de l'appareil respiratoire constituent l'essentiel des prescriptions.

B) Bilan points forts – points faibles

De l'évaluation conduite au terme de deux années de fonctionnement, il ressort les points positifs et les difficultés suivantes :

Points forts	Difficultés
- o Au regard de l'activité, une réelle réponse à un besoin pour les patients, - o Au regard du taux d'adhésion des médecins au dispositif, une réponse aux exigences de réorganisation des médecins libéraux, - o Efficacité pour diminuer le nombre de visites à domicile, - o Effort de coordination avec l'ensemble des acteurs, notamment le Centre 15 et le SAU du CH de Gap.	- o <u>Par rapport à l'activité</u> : - Le nombre de passage sur site est en constante augmentation (61 actes par jour depuis le début 2003 contre 43 en 2001) et le taux de pré-appels à la MMG est de seulement 25%. Une association du Centre 15 et du Centre de Régulation Libéral pour la mise en place d'un accès régulé et l'élaboration de procédures communes est nécessaire, - L'activité nocturne faible, notamment entre 1 heure et 6 heures du matin, interroge sur le maintien d'une ouverture de la MMG sur ce créneau horaire. - o <u>Par rapport à la structure</u> : Actuellement 6 à 7 médecins sont impliqués bénévolement dans toute la gestion de la MMG : gestion administrative diverse, gestion du personnel, gestion des stocks de médicaments et matériels divers...tâches pour lesquelles ils ne sont pas formés. Une professionnalisation de cette gestion est souhaitée.

Perspectives d'évolution :

- finalisation de la coordination des soins non programmés notamment avec l'hôpital public : installation de la MMG sur le site de l'hôpital, protocolisation des relations urgences hospitalières – MMG et Centre 15 – MMG.
- participation effective sur site d'une infirmière pour optimiser la qualité des soins au service des patients.

C) Apports et limites de la MMG au regard des attentes des acteurs de la permanence des soins

⇒ **pour les patients** : la mise à disposition d'un standard 24h sur 24h, d'un lieu de consultation unique bien identifié par la population, et la présence en permanence d'un médecin disponible pour la demande de soins non programmée et d'un médecin d'astreinte pour les visites à domicile incontournables, semblent répondre aux attentes des usagers.

Le numéro d'appel unique pour joindre la MMG améliore l'accès des patients au médecin de garde et évite à l'usager de jongler avec les différents numéros de téléphone des médecins de garde.

La population a bien intégré le fonctionnement de la MMG et se trouve rassurée par le simple fait de savoir qu'elle peut joindre à tout moment un médecin si nécessaire.

La pédagogie instaurée visant le comportement du patient a permis de limiter les déplacements du médecin de garde à domicile en ne retenant que les visites médicalement justifiées. Il s'ensuit que 94,7% des actes sont réalisés sur place à la MMG après déplacement du patient et seulement 5,3% des actes nécessitent une intervention à domicile.

⇒ **pour les médecins** : présents 24h sur 24h, ils assurent leur activité de garde dans une structure confortable, bien équipée matériellement avec un travail en équipe.

Réaliser une permanence des soins et remplir sa mission d'intérêt général au sein d'un cabinet de consultations a été un élément fort d'adhésion des médecins libéraux. Une grande part de leurs réticences est tombée d'elle-même. La garantie d'un haut niveau de sécurité a été un impératif (sécurité dans la relation thérapeutique par le travail en équipe et la mise à disposition des moyens nécessaires et suffisants dans de bonnes conditions d'exercice).

Cette expérience a remobilisé les médecins généralistes pour une permanence des soins de qualité, identifiable et évaluable. Elle a permis également une meilleure qualité de vie des médecins pour gérer leurs brèves absences et leurs indisponibilités dans leur cabinet.

Le concept de maison médicale a donc sorti le médecin de garde de son isolement. Il est beaucoup plus simple, efficace, rationnel et sécurisant d'effectuer la permanence des soins dans un lieu réservé à cet usage que de se déplacer en voiture à domicile.

⇒ **pour les urgences hospitalières** : l'activité du service des urgences hospitalières de l'hôpital de Gap ne montre pas une augmentation des passages mais au contraire un tassement de ceux-ci.

Avec plus de 17000 actes réalisés par an par la MMG, on peut imaginer la forme que pourrait prendre la courbe correspondant à la fréquentation du service des urgences hospitalières sans l'existence de la maison médicale.

2.2.2. La Domus Medica du Havre

A) Présentation

Créée en 1978, l'association médicale des urgences du Havre (AMUH) de loi 1901, a pour objet le maintien des possibilités d'accès aux soins de premiers recours pour toute la population, la continuité et la permanence des soins, la régulation des appels et l'adaptation de la réponse à la demande.

Les 161 médecins généralistes, sur les 163 exerçant au Havre, qui adhèrent à l'AMUH participent ainsi aux différentes activités du dispositif : régulation, garde de secteur de jour, garde de nuit, visites à domicile et consultations à la maison médicale de garde, la Domus Medica.

L'association médicale des urgences du Havre comporte un directeur administratif, 4 secrétaires et 4 médiateurs médico-sociaux qui accompagnent le médecin de nuit dans leurs deux voitures de garde.

Le tiers du budget de l'association est assuré par les cotisations des médecins généralistes (457 euros par an), la rétrocession de 10% des honoraires de consultation et les indemnités de déplacement des visites de nuit. Pour le reste, le financement est constitué de l'aide de plusieurs institutions : Mairie, CPAM, Conseil départemental de l'ordre des médecins, Centre hospitalier du Havre, FAQSV.

a) Locaux et équipements

Implantée en centre ville, la maison médicale du Havre dispose d'un secrétariat, de bureaux de consultation et d'une salle de réunion.

Les équipements se limitent à un équipement de pharmacie et deux mallettes d'urgences pour les visites. L'accès éventuel à un plateau technique n'est pas prévu.

b) Fonctionnement

La Domus Medica est ouverte en semaine de 20h à 24h, le samedi de 14h à 20h et le dimanche de 9h à 20h.

La régulation au Centre 15 permet de répartir l'activité des médecins généralistes entre les visites, les consultations dans les secteurs ou les consultations à la Domus Medica en fonction de l'heure et des besoins.

Il existe deux numéros d'appel : le 15 et le n° à 10 chiffres de la garde libérale, qui arrivent dans le même local. Le week-end, la régulation libérale (1 médecin de 8h à 20h) est assurée par une douzaine de médecins généralistes de l'AMUH dans les locaux du Centre 15 pour une rémunération de 3C de l'heure (2C payés par l'hôpital en salaire, 1C payé par l'AMUH en honoraires).

c) Activité

En 2001, sur un total de 74 318 décisions du Centre 15, il a été conseillé au patient de se rendre en consultation dans 17 299 cas, dont 3 691 fois à la Domus Medica.

Cependant, il a été constaté que les patients ne se rendent pas forcément au lieu de consultation qui leur a été indiqué. Sur quatre appels orientés vers la maison médicale, un seul se présente réellement à la Domus Medica.

Une évaluation conduite par l'AMUH⁵⁰ sur ce point tend à attribuer cette défection au déficit d'information et de connaissance de la structure par la population.

⁵⁰ CEMKA-EVAL. *Evaluation de l'Association Médicale des Urgences du Havre*. Le Havre, Septembre 2002.

B) Bilan points forts – points faibles

Points forts	Difficultés
- o La réponse à tous les types de demandes, - o Une participation de la quasi-totalité des médecins généralistes du Havre, - o La régulation et le partenariat avec le Centre 15, - o La présence de médiateurs médico-sociaux pour sécuriser les visites à domicile, - o La couverture réelle de tous les quartiers du Havre, - o Une satisfaction des patients sur le fonctionnement du site de la Domus Medica, - o Le soutien des partenaires locaux.	- o Risque sur la pérennité du dispositif en raison de financements non permanents, - o Connaissance insuffisante de la structure par la population.

C) Apports et limites de la Domus Medica au regard des attentes des acteurs de la permanence des soins

⇒ **pour les patients** : L'enquête de satisfaction⁵¹ conduite auprès des patients de la Domus Medica fait apparaître des scores particulièrement positifs sur les trois items proposés par l'étude :

- ❑ temps d'attente : 81% satisfaits ou très satisfaits
- ❑ qualité d'accueil : 87% bonne ou très bonne
- ❑ accessibilité par moyens propres : 86% facile ou très facile.

Néanmoins cette étude révèle la faible connaissance de la structure puisque seulement 13% de la population enquêtée déclare connaître la maison médicale.

⁵¹ CEMKA-EVAL. *Evaluation de l'Association Médicale des Urgences du Havre*. Le Havre, Septembre 2002. p 31.

⇒ **pour les médecins** : Le dispositif de permanence des soins emporte la participation de la quasi-totalité des médecins généralistes de la ville. Le confort et la sécurité de l'exercice médical sont des atouts importants dans l'adhésion des professionnels à ce système.

Toutefois, les médecins généralistes adhérents jugent trop onéreux le montant de leur participation financière au dispositif. Ainsi, 68% des praticiens interrogés estiment que le système de cotisation/reversement est trop élevé.

⇒ **pour les urgences hospitalières** : une stabilisation des urgences adultes a été constatée depuis deux ans, c'est-à-dire depuis l'extension en 2000 de l'ouverture de la maison médicale le samedi et la mise en place en 2001 des consultations de 20h à 24h en semaine. Ainsi, le nombre de passages par an au SAU du Havre stagne aux environs de 44000. Le nombre de patients relevant d'une consultation de médecine générale et se présentant aux urgences est estimé entre 7 et 10%⁵².

Pour l'heure, il n'existe pas de procédure formalisée pour la réorientation des patients entre la Domus Medica et les urgences hospitalières. Un travail en ce sens est en cours entre le Centre 15, le SAMU et l'AMUH.

2.2.3. Le Centre d'Accueil et de Répartition Libéral des soins non programmés ou Centre CARL de Rennes

A) Présentation

Le Centre d'Accueil et de Répartition Libéral des soins non programmés (CARL), créé en juin 2001, accueille les patients qui se présentent en consultation non programmée aux heures de fermeture des cabinets libéraux : soirées, nuits et week-ends.

Le CARL a pour objectifs de remobiliser les médecins de ville pour une permanence des soins de qualité, de réorienter des flux de patients des structures hospitalières vers une consultation de premier niveau, d'offrir un mode d'accès régulé à l'offre de soins urgents et aux moyens techniques de la ville, de matérialiser et de contribuer à la structuration des coopérations entre les médecins libéraux, les cliniques et l'hôpital.

⁵² Entretien avec le Pr. DRIEUX, Directeur médical du SAMU du C.H. du Havre.

Le Centre CARL ne dispose pas de la personnalité juridique. La structure appartient à l'URML de Bretagne qui assume la responsabilité juridique et financière. Le FAQSV, principalement, et l'URML ont subventionné l'acquisition des matériels, les dépenses d'évaluation et de communication.

a) Locaux et équipements

La maison médicale est située près de la gare dans un local loué à la Ville de Rennes. Elle comporte une pièce d'accueil, deux salles de consultation et d'examen et une pièce de repos pour le médecin de permanence.

Les équipements comprennent le matériel de premier niveau de soins (y compris le matériel de petite chirurgie), électrocardiogramme, perfusion et oxygène.

b) Fonctionnement

La maison médicale est ouverte du lundi au samedi de 20h à 7 h. Le dimanche et les jours fériés, la présence d'un médecin sur place est assurée de 20h à 9h. Les patients viennent soit directement à la maison médicale, soit après appel téléphonique, sans passer par le service des urgences de l'hôpital.

73 médecins participent au CARL et sont dispensés par l'Ordre Départemental des Médecins de l'obligation de garde. Les médecins libéraux perçoivent une rémunération composée d'un fixe (2,5 C de l'heure) et du paiement majoré de l'acte. Même si les majorations de nuit et de week-ends sont reversées à la structure, cela ne suffit pas à assurer l'autofinancement de la maison médicale.

13 standardistes et une chargée de mission travaillent également au CARL.

c) Partenariats

Le CARL travaille en collaboration avec SOS médecins, le CHU et les cliniques de Rennes. Toutefois, aucune convention n'est venue formaliser les relations entre le CARL et les urgences hospitalières en terme notamment de ré-adressage des patients de part et d'autre, ni entre le CARL et le Centre 15.

Aucune régulation, en dehors de celle effectuée par le standard téléphonique de CARL, n'est prévue.

d) *Activité*

Le rapport d'activité 2002 fait état de 6325 consultations. Sur l'ensemble de ces consultations, 1705 ont eu lieu après appel téléphonique. La répartition des appels par jour fait apparaître une forte activité diurne le week-end et sur la tranche 20h-24h tous les soirs de semaine.

B) Bilan points forts – points faibles

Points forts	Difficultés
- o Forte activité, notamment le week-end qui témoigne d'une demande importante en dehors des heures d'ouverture des cabinets de ville, - o Système de rémunération attractif pour les médecins, mais onéreux lorsque l'activité est faible (activité de 24h à 7h notamment), - o Bonne implication des médecins qui trouvent dans cette organisation une réponse aux contraintes de la permanence des soins.	- o Pas ou peu de relations avec le service des urgences du CHU qui n'envoie pas ou peu de patients au CARL, - o Pas de relation conventionnelle avec le Centre 15, - o Un soutien financier reposant essentiellement sur le FAQSV.

C) Apports et limites du CARL au regard des attentes des acteurs de la permanence des soins

⇒ **pour les patients** : Le CARL est ouvert à tout patient se présentant après ou sans appel téléphonique. Au regard de l'activité relevée en 2002, la maison médicale semble présenter une bonne alternative pour venir en aide aux patients en situation d'urgence ressentie. Une enquête satisfaction auprès des usagers de la maison médicale vient d'être lancée et les résultats devraient être connus d'ici la fin de l'année.

Toutefois, les données du rapport d'activité 2002 laissent augurer un retour positif :

- ❑ 81% des patients ayant consulté, résident sur Rennes
- ❑ le délai de prise en charge moyen est inférieur à 20 minutes,
- ❑ 9% des patients ont déjà consulté au Centre CARL et 14 % se sont présentés au CARL grâce au bouche à oreille.

⇒ **pour les médecins** : Compte tenu de l'adhésion importante des médecins généralistes pour assurer la permanence des consultations au sein de CARL, et du système de rémunération particulièrement attractif, il semble que ce dispositif réponde aux attentes des médecins généralistes.

Une enquête de satisfaction auprès des médecins participant au centre CARL vient d'être également lancée et permettra de disposer d'informations précises sur ce point d'ici décembre 2003.

⇒ **pour les urgences hospitalières** : La création récente de la structure ne permet pas encore de mesurer l'impact de son fonctionnement sur l'activité des urgences hospitalières.

Toutefois, selon le Pr. BOUGET⁵³, chef de service du SAU de Rennes, les admissions semblent depuis deux ans stagner et le rythme de progression des passages se stabiliser autour de 4 à 5% par an, ce qui est moins important que par le passé.

2.2.4. La Consultation non programmée de Médecine Générale (CMG) au sein de l'hôpital Nord de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM)

A) Présentation

Créée le 17 janvier 2000, et installée dans des locaux situés à proximité directe du service des urgences de l'Hôpital Nord de l'AP-HM, la consultation non programmée de médecine générale libérale, association loi 1901 depuis 2002, concourt aux objectifs suivants :

- prendre en charge les personnes venant consulter aux urgences hospitalières, souvent en situation sociale difficile et ne nécessitant pas le recours au plateau technique de l'hôpital,
- améliorer le fonctionnement du service des urgences de l'hôpital Nord et favoriser le rôle de l'hôpital en matière de lutte contre les exclusions,
- permettre aux médecins généralistes libéraux de retrouver une clientèle dont les besoins relèvent d'une prise en charge ambulatoire,
- proposer une prise en charge adaptée aux besoins sanitaires des populations des quartiers Nord de Marseille et favoriser la réintégration de ces patients dans un circuit de droit commun.

⁵³ Entretien avec le Pr. BOUGET, Chef de service du SAU de Pontchaillou, CHU de Rennes.

a) Locaux et équipements

Les locaux de la CMG, mis à disposition par l'hôpital Nord, comportent une salle d'attente, un secrétariat, une salle d'examen, une salle spécifique pour l'entretien social.

L'équipement, fourni par l'hôpital, comprend une pharmacie et un matériel de base.

b) Fonctionnement

La consultation de médecine générale est ouverte tous les jours de 16h à 19h, le samedi de 13h à 20h, le dimanche et les jours fériés de 10h à 20h. Durant les vacances scolaires, la CMG est ouverte de 14h30 à 20h.

L'accès à la consultation de médecine générale se fait :

- soit par accès direct : le patient arrive directement au local de la CMG par l'extérieur,
- soit via les urgences : le patient s'est d'abord présenté aux urgences, a été vu par un médecin sénior qui propose au patient de le réorienter vers la maison médicale dès lors que son cas ne relève pas de l'urgence.

18 médecins généralistes libéraux installés en cabinet et exerçant dans la zone d'attraction de l'hôpital Nord de Marseille assurent les consultations au sein de la CMG.

Chaque médecin participant s'engage à ne pratiquer qu'une consultation ponctuelle sans re-convocation des patients pour un suivi. Les médecins sont payés à l'acte comme en cabinet libéral et rémunérés sur la base des tarifs conventionnels par la CPAM dans le cadre d'un contrat-type de dispense d'avance de frais, les patients pouvant bénéficier du tiers payant comme aux urgences hospitalières.

Deux secrétaires médicales assurent l'accueil administratif et proposent au patient, le cas échéant, un entretien avec l'assistante sociale pour la régularisation des droits. Deux travailleurs sociaux sont en effet associés à la CMG et ont pour mission d'aider les personnes les plus défavorisées à faire valoir leurs droits et d'assurer si besoin leur orientation vers une structure sociale ou médicale. La rémunération des personnels non médicaux est assurée par l'ARH.

c) Activité

La CMG a vu sa fréquentation augmenter de 46,5% entre 2000 et 2001. Le rapport d'activité 2002 fait état de 3742 patients reçus, soit une moyenne de 10,3 par jour, contre 5 en 2000.

Les principaux motifs de recours médicaux se concentrent autour de l'ORL (18%), la douleur (17%) la petite traumatologie (10%), la dermatologie (9%) et les troubles de l'appareil digestif (8%). La majorité des prescriptions est d'ordre médicamenteux (82%), les prescriptions d'actes de radiologie et de biologie étant relativement faibles : 9% et 6% respectivement.

La fréquentation de la CMG est plus importante le week-end quelle que soit la période observée.

B) Bilan points forts – points faibles

Points forts	Difficultés
- o Réponse à un besoin des patients et à une attente des médecins généralistes (réactivation de la garde libérale, garantie de sécurité), - o Environnement hospitalier qui favorise le drainage des patients, - o Présence d'une assistante sociale, - o Pas de surcoût pour la rémunération des médecins généralistes.	- o CMG non reliée au Centre 15, - o Rémunération des médecins généralistes peu attractive si faible activité, - o Pérennité des supports financiers : ARH ...

C) Apports et limites de la CMG au regard des attentes des acteurs de la permanence des soins

⇒ **pour les patients** : la consultation de médecine générale est appréciée par les patients pour sa disponibilité (67%), la sécurité et la confiance (9%), la proximité (7%) et la gratuité (5%). Alors que 67% des patients venus consulter à la CMG déclarent avoir un médecin habituel, 50% de ces mêmes patients motivent leur recours à la CMG en raison de l'absence de disponibilité du médecin traitant.

En ce sens, la consultation de médecine générale a atteint son objectif, en se substituant effectivement à une médecine libérale de garde défaillante.

Par ailleurs, il est noté une amélioration de la qualité de prise en charge en raison de la diminution des délais d'attentes aux urgences et à la consultation, et de la réinsertion de malades dans le circuit normal de soins.

⇒ **pour les médecins libéraux** : la CMG semble répondre à l'objectif de réactivation de la garde de médecine libérale qui, pour diverses raisons avait tendance à s'effondrer. Toutefois, ce dispositif repose sur la motivation des médecins généralistes qui acceptent d'être sur place sans garantie de ressources et pour une rémunération faible.

⇒ **pour les urgences hospitalières** : la fréquentation du service d'accueil des urgences a augmenté en moyenne de 4,1% par an entre 1995 et 2001. D'après les premières analyses, il semblerait qu'il y ait une légère réduction de la saturation des urgences depuis l'existence de la CMG. Le taux d'accroissement de la fréquentation des urgences est en effet de - 0,2% entre 2000 et 2001. En l'absence de la CMG, ce taux a été estimé à 1,2%.⁵⁴ Par ailleurs, il est intéressant de relever que plus de la moitié des personnes reçues à la CMG (63% des patients) avait choisie d'aller au service des urgences en première intention alors que leur cas relevait d'une activité de simple consultation.

Parmi les recommandations formulées pour améliorer encore le taux de fréquentation de la CMG sont évoqués d'une part la nécessité d'une action de communication sur l'existence de cette structure, et d'autre part l'établissement d'un lien entre la CMG et le Centre 15 via la présence d'un médecin régulateur libéral au sein de ce dernier.

Ce dernier exemple souligne, chiffres à l'appui, que la création d'une structure de garde libérale, peut contribuer à diminuer le flux de patients vers les urgences hospitalières.

Mais au-delà de ce constat, cette étude conduite auprès de quatre maisons médicales révèle des facteurs clés de succès pour qu'une telle structure puisse durablement et efficacement contribuer au désengorgement des urgences hospitalières.

Ce sont ces enseignements qu'il est proposé de présenter et de mettre à disposition du projet de création de maison médicale sur Toulouse, projet initié par les médecins libéraux, et auquel le CHU de Toulouse est étroitement associé.

⁵⁴ Dr. GENTILE S., DURAND A.C. *Evaluation du dispositif de Consultation Médecine Générale – SAU de l'Hôpital Nord de Marseille*. Rapport d'Etape. Université de la Méditerranée – Laboratoire de Santé Publique. Marseille, Septembre 2002. p. 37.

III – QUELS ENSEIGNEMENTS POUR LE PROJET TOULOUSAIN ?

L'état des lieux effectué sur la situation toulousaine (I) permet de conclure à la pertinence d'un projet de création de maison médicale de garde sur Toulouse.

C'est d'ailleurs ce que les médecins généralistes de cette ville, à travers l'ADUM 31, s'emploient à développer depuis juillet 2002, période à laquelle ils ont pris l'initiative de lancer une telle opération.

Les enseignements issus de l'exploitation des données recueillies par l'étude conduite auprès de quatre maisons médicales (II) vont dès lors pouvoir être utilement mis à la disposition de ce projet de création.

Ainsi, après avoir rappelé le contexte et l'économie générale de ce projet, plusieurs préconisations seront formulées pour chacune des parties intéressées, maison médicale et urgences adultes du CHU, afin que cette démarche puisse véritablement conduire à une diminution de l'afflux des patients non hospitalisés vers les services d'urgences.

3.1. Le projet Toulousain : hier et aujourd'hui.

Si depuis juillet 2002, les médecins libéraux toulousains, à travers notamment l'association ADUM 31, se mobilisent fortement pour mettre en place une maison médicale, dès 2000 le CHU de Toulouse avait, à son initiative, proposé l'implantation de deux lieux de consultations de médecine générale libérale, chacun à proximité des SAU de Purpan et Rangueil.

3.1.1. Le CHU promoteur de la création de deux consultations libérales de médecine générale

Sensible à l'augmentation constante du nombre des passages aux urgences, la Direction du CHU de Toulouse, s'est employée dès 1999 à rechercher activement des solutions extra-hospitalières.

La forte implication du CHU au sein d'un comité de pilotage « Consultation de médecine générale d'urgence », animé par l'ARH et rassemblant les partenaires hospitaliers et libéraux, a permis de formuler en juin 2000 une proposition concrète d'organisation,

acceptée par l'ARH, le Conseil de l'Ordre des Médecins et validée par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Haute-Garonne.

Inspirée de l'expérimentation de Consultation de Médecine Générale alors juste mise en œuvre sur l'Hôpital Nord de Marseille, le CHU de Toulouse proposa, à titre expérimental et pour un an, la création de deux consultations de médecine générale à proximité des deux services d'urgences hospitaliers.

Un accord cadre, entre le CHU et les caisses d'assurance maladie pour la création de ces deux consultations fut d'ailleurs signé le 17 février 2000.

Les dispositions opérationnelles envisagées pour chaque consultation étaient, en synthèse, les suivantes :

* Locaux :

Chaque consultation dispose d'un local réservé, d'un accueil secrétariat avec un numéro de téléphone particulier où sont organisés les plannings et conservées les archives médicales, d'un matériel spécifique installé par le CHU, ce dernier étant également chargé de l'entretien des locaux et du matériel.

Le stock de matériel consommable est avancé par l'hôpital pour une durée d'un mois et renouvelé par celui-ci tous les mois.

* Fonctionnement général :

La consultation de médecine générale est ouverte tous les jours de 20h à 23h, le samedi, le dimanche et les jours fériés de 14h à 23h.

L'accès à la consultation se fait sans rendez-vous. Le patient se rend à la consultation en accès direct ou après contact avec le SAU. Le patient n'a pas accès au plateau technique.

Concernant les médecins libéraux, un médecin coordonnateur libéral organise le tableau nominatif des médecins participant aux consultations et le transmet aux médecins concernés, aux chefs de service des SAU du CHU ainsi qu'au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins.

* Participation des médecins libéraux :

Chaque médecin participant à la consultation signe un contrat individuel d'adhésion avec le CHU et les caisses mentionnées dans l'accord cadre du 17 février 2000. Ce contrat atteste de l'engagement du praticien à participer au tableau de service de la consultation du site et à pratiquer les tarifs conventionnels. Une dispense d'avance de frais pour les patients est prévue.

Mais, essentiellement en raison d'une rémunération des actes jugée peu attractive - les actes pratiqués au sein de la Consultation devaient être rétribués à hauteur des tarifs usuellement pratiqués en cabinet - et accessoirement parce que ce projet n'avait pas fait l'objet d'une initiative libérale, cette démarche ne fut jamais concrétisée.

Malgré cet échec, le bien-fondé du projet n'était pas remis en cause et l'idée de mettre en place une structure libérale omniprésente puisqu'en juillet 2002, la médecine libérale toulousaine proposait à son tour un projet de création de maison médicale.

3.1.2. Le projet actuellement porté par l'ADUM 31

L'économie générale de ce projet, conduit par les médecins généralistes membres de l'ADUM 31, poursuit les objectifs suivants :

- créer une alternative à la visite à domicile et répondre ainsi aux difficultés rencontrées par les médecins actuellement de garde,
- faire face à la diminution des installations de jeunes médecins et à la féminisation importante du corps médical,
- anticiper la réécriture de l'article 77 du Code de déontologie,
- désengorger les services d'urgence du CHU,
- améliorer la qualité et diminuer le coût des actes,
- rendre la garde plus attractive.

En ce sens, cette association propose la création d'une maison médicale de garde dont les caractéristiques sont les suivantes :

- une localisation en centre ville, à proximité de la pharmacie de garde, de parkings sécurisés et de voies de communication et de transports en commun,
- ouverte la nuit, le week-end et les jours fériés,

- tenue par les médecins généralistes libéraux volontaires de l'agglomération toulousaine, ayant adhéré à la charte de fonctionnement et au règlement intérieur du centre de garde,
- au bénéfice de tous les patients pouvant s'y rendre après avis de la régulation du Centre 15.

Un Comité de Pilotage, comprenant notamment des représentants de l'ADUM 31, du CHU de Toulouse, du SAMU/Centre 15, de l'URML, de l'URCAM, de la CPAM, a été installé en septembre 2002. Financé par le FAQSV, notamment pour l'étude préalable de faisabilité, ce projet aborde aujourd'hui une phase concrète.

Forte d'une intention de participation de près de 90 praticiens libéraux, la Maison Médicale de Garde Toulouse 31, dont le statut d'association loi 1901 a été déposé le 9 juillet 2003, devrait s'implanter sur le site hospitalier de La Grave, un des sites du CHU situé en centre ville.

Une convention de partenariat entre la maison médicale et le CHU est actuellement en cours de rédaction. L'extension et la consolidation d'une régulation libérale au Centre 15 sont d'ailleurs, dans ce cadre, à l'étude.

C'est sur ces aspects que nous allons développer plus précisément l'état d'avancement du projet.

A) Implantation – Locaux :

Après avoir sollicité plusieurs institutions, dont la Mairie de Toulouse et certains établissements hospitaliers privés à but non lucratif pour l'implantation en centre ville de la maison médicale, c'est finalement auprès du CHU que l'ADUM 31 a trouvé une réponse.

Au terme d'une réunion fin juillet 2003, le principe d'une installation de cette consultation sur l'Hôpital La Grave, a été arrêté.

Outre sa localisation en centre ville, les médecins libéraux s'accordent à souligner trois avantages à une telle perspective :

- l'éloignement géographique des plateaux techniques du CHU, les médecins généralistes porteurs du projet étant opposés à toute implantation à proximité des SAU. Selon eux en effet, l'activité de la maison médicale est de même nature que celle d'un cabinet de ville et ne nécessite pas à ce titre d'un équipement autre.

- une signalétique d'accès à l'Hôpital La Grave déjà installée sur l'ensemble de l'agglomération toulousaine,
- l'utilisation de locaux déjà existants. Cette maison médicale serait en effet accueillie dans les locaux du service de médecine interne du Pr. ARLET, dont un espace est réservé à des consultations de médecine interne le jour. Les médecins libéraux participant à la maison médicale ne feraient ainsi que poursuivre, au moment de la fermeture des cabinets de médecine de ville, une activité diurne déjà menée en ces lieux par leurs confrères hospitaliers.

Par ailleurs, le Pr. ARLET, chargé de l'accueil des résidents sur le CHU souhaite conforter l'encadrement et multiplier les terrains de stage de ces étudiants face à un accroissement du nombre de ces derniers.

La maison médicale pourrait s'inscrire dans cette démarche et offrir, en contrepartie d'une mise à disposition gratuite des locaux par le CHU, un engagement de formation de ces étudiants par les praticiens de la maison médicale.

B) La Convention de partenariat :

Point clé du dispositif, le projet de convention de partenariat⁵⁵ est actuellement en cours de rédaction.

Cette convention prévoit la formalisation de plusieurs points :

- la réception des appels et la participation des médecins libéraux à la régulation du Centre 15.
- la procédure de réorientation des patients entre le SAU et la maison médicale et le schéma d'aide à la décision établi par les praticiens concernés,
- une évaluation médico-économique annuelle de ce partenariat,
- la mise à disposition des locaux en contrepartie de l'engagement de formation des résidents tel que précédemment énoncé,
- le fonctionnement de la maison médicale de garde : jours et horaires, pathologies prises en charge.

⁵⁵ Annexe 6 : Projet de convention entre le CHU de Toulouse et l'Association Maison Médicale de Garde Toulouse 31.

La présentation des objectifs de ce projet et des conditions de réalisation actuellement envisagées était un préalable nécessaire aux remarques qui, issues des enseignements tirés de l'observation d'autres expérimentations de maisons médicales, vont pouvoir maintenant être portées pour optimiser les effets d'une telle création, notamment à l'égard des urgences hospitalières.

3.2. Les préconisations formulées à l'égard du projet de création de maison médicale sur Toulouse

La réduction du flux des patients se présentant aux urgences sans nécessiter une prise en charge hospitalière, est un objectif dont les chances de réussite dépendent étroitement à la fois de la maison médicale, des urgences hospitalières, mais aussi des relations qui doivent s'établir entre ces deux structures.

C'est donc sur ces trois dimensions que les observations et les préconisations relatives au projet toulousain vont porter.

3.2.1. Les préconisations formulées à l'égard de la maison médicale

La maison médicale, telle qu'elle est envisagée à l'heure actuelle par ses promoteurs libéraux appelle des remarques touchant d'une part la structure elle-même, et d'autre part ses relations avec les autres professionnels de santé.

A) La structure

Cinq éléments, qui conditionnent fortement la viabilité et la pérennité de la maison médicale, doivent être pris d'ores et déjà en considération par les médecins généralistes à l'origine du projet. Il s'agit tout d'abord de son financement, de sa gestion propre, de son adaptabilité, de sa capacité à fidéliser la participation des médecins généralistes, et enfin de sa promotion.

- a) Force est de constater que le financement constitue un des points faibles, commun aux maisons médicales observées.

En effet, en reposant essentiellement sur l'aide du FAQSV, source de financement non pérenne car soumise périodiquement à une demande de renouvellement, le budget actuel de la maison médicale de Toulouse, dont la structure est présentée ci-après, peut être rapidement mis en péril en cas de non reconduction de cette aide.

Types de postes budgétaires à financer	Coût total	Source de financement envisagée	Source de financement accordée
Investissement	0%		
Fonctionnement	100%	ADUM	4,8%
		URML	1,8%
		FAQSV	93,4%

Source : Tableau réalisé à partir du dossier de demande de financement FAQSV déposé par l'ADUM 31 et accordé par l'URCAM.

L'acquisition d'un statut officiel pour les maisons médicales, et non à titre expérimental comme actuellement, justifierait la prévision d'un financement par les collectivités locales ou intégré au Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale.

Mais à défaut d'une telle perspective, du moins à court terme, il est suggéré d'une part d'accroître en valeur la participation des financeurs actuellement présents, autre que le FASQV, et d'autre part, d'associer à ce financement de nouveaux partenaires, extérieurs à la profession médicale libérale.

Sans être exhaustif, on peut imaginer qu'au titre des ressources internes à la profession, l'URML pourrait par exemple, voir sa contribution croître en adoptant le principe d'une participation automatique des médecins toulousains autres que ceux exerçant dans la maison médicale de garde, et ce sous forme de cotisation. En effet, la permanence assurée volontairement par les praticiens généralistes de la maison médicale, contribue directement ou indirectement, ponctuellement ou régulièrement, à répondre aux difficultés rencontrées et soulignées par les médecins de ville pour assurer une garde libérale par eux mêmes.

Ainsi, même si cette mesure peut souffrir d'une certaine «impopularité» auprès des intéressés, elle concourt pourtant à reconnaître et à valoriser au sein même du corps médical libéral, la mission de service public qu'un petit nombre de praticiens accepte de remplir volontairement au bénéfice de l'ensemble de la profession.

En ce sens, un soutien financier auprès du Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins peut être aussi recherché.

S'agissant des partenariats à établir, le CHU s'inscrit déjà dans cette démarche de financement par la mise à disposition gratuite de locaux pour la maison médicale. Mais, de nouvelles aides pourraient être sollicitées auprès d'autres Institutions, telles que les collectivités locales (Commune, Conseil Général, Conseil Régional ...) ou encore les organismes complémentaires d'assurance maladie et de prévoyance.

b) L'exemple de la Maison Médicale de Gap, invite à la vigilance concernant la gestion même de la structure.

Parmi les difficultés qu'il est plausible d'envisager, on ne peut exclure en effet la charge de travail générée par l'organisation même de la maison médicale : gestion administrative en général, des plannings, du budget, des relations extérieures ...

Si, pour l'heure, le dispositif tel qu'il est prévu ne semble pas nécessiter le recours à une société prestataire de services en ces domaines comme la Maison Médicale de Gap l'envisage, cette gestion ne pourra pas durablement reposer sur le seul bénévolat de quelques médecins de la maison médicale de Toulouse. C'est pourquoi, il paraît opportun de proposer le recrutement d'un gestionnaire, dont les missions seront totalement dédiées à cette fonction administrative.

La part d'activité consacrée à ces tâches sera d'ailleurs d'autant plus grande, qu'il paraît indispensable de mettre en place, dès le démarrage d'un tel dispositif une réelle procédure d'évaluation de l'activité, laquelle pourra d'ailleurs donner lieu à subventions des partenaires.

c) Evaluer pour s'adapter

Le dispositif d'évaluation, que certains financeurs du projet comme le FASQV rendent obligatoire, doit constituer pour la maison médicale l'occasion de développer une réelle démarche d'amélioration de la qualité.

En effet, c'est à travers l'analyse et l'évaluation de son activité, que la maison médicale pourra faire preuve de réactivité en adaptant son organisation et ses prestations aux besoins exprimés.

Cette démarche suppose le suivi d'un certain nombre de données, telles que :

- le nombre de consultations assurées,
- la nature des motifs médicaux de recours,
- les caractéristiques de la population accueillie : âge, sexe, catégorie socio-professionnelle,
- la répartition de la demande par tranche horaire et par jour, afin d'adapter les horaires d'ouverture au plus près des besoins,
- le mode d'adressage des patients : auto-décision, régulation Centre 15, urgences hospitalières,
- le nombre de patients réorientés, notamment vers les urgences hospitalières.

Ce recueil d'informations doit conduire à la construction d'indicateurs d'activité dont certains doivent s'attacher à mesurer l'impact de la maison médicale à l'égard des urgences hospitalières.

Un tableau de bord, produit à échéance semestrielle par exemple, pourrait à ce titre faire apparaître les éléments suivants :

- **le taux de progression de l'activité**, c'est-à-dire l'évolution du nombre de consultations assurées par la maison médicale sur la période considérée,

- **le taux d'adéquation entre les besoins médicaux des patients et l'offre de soins dispensée par la maison médicale.**

A cet effet, il paraît nécessaire de déterminer le pourcentage de patients non pris en charge par la maison médicale malgré une présentation du patient, et notamment le pourcentage de patients réorientés vers les urgences hospitalières.

- **la nature des principaux motifs de recours médicaux** pris en charge par la maison médicale,
- **le taux de patients adressés par les urgences hospitalières et par le Centre 15.**

Au-delà de cette appréciation principalement quantitative de l'activité, ce tableau de bord pourrait utilement être complété par une évaluation de la satisfaction des patients. En ce sens, un questionnaire pourrait dans le cadre d'une telle démarche être remis à chaque patient venant consulter à la maison médicale.

Sur la base des questionnaires satisfaction clientèle déjà existants dans certaines des maisons médicales étudiées, une proposition d'items est formulée page suivante.

d) La viabilité de la maison médicale repose aussi sur sa capacité à fédérer la participation des médecins généralistes.

Si aujourd'hui, le nombre de médecins volontaires semble suffisant pour assurer l'ouverture de la maison médicale aux heures de fermeture des cabinets de ville, l'idée d'une fidélisation de cette participation pourrait néanmoins faire l'objet d'une réflexion.

Au regard des expérimentations étudiées, deux actions au moins semblent pouvoir contribuer à cet objectif :

- d'une part, faire évoluer le statut de la maison médicale d'Association Loi 1901 vers le statut de Société Civile de Moyens (SCM) ou celui de Société d'Exercice Libéral (SEL) par exemple,
- d'autre part, rendre plus attractive la rémunération de cette permanence.

Proposition d'items pour le questionnaire satisfaction patients

Date :

Heure :

NOM :

Prénom :

Age :

Adresse ou code postal :

MODE D'ACCES A LA MAISON MEDICALE :

☐ Centre 15

☐ Urgences hospitalières

☐ Accès direct

RECOURS HABITUEL AU SYSTEME DE SOINS :

☐ Médecin traitant

☐ Médecin de nuit

☐ Urgences systématiquement

APPRECIATION DE LA MAISON MEDICALE :

TM Prise en charge médicale

☐ Très satisfaisante

☐ Satisfaisante

☐ Peu satisfaisante

☐ Pas du tout satisfaisante

TM Disponibilité

☐ Très bonne

☐ Bonne

☐ Moyenne

☐ Mauvaise

TM Temps d'attente

☐ Très satisfaisant

☐ Satisfaisant

☐ Peu satisfaisant

☐ Pas du tout satisfaisant

TM Signalisation des locaux

☐ Très bonne

☐ Bonne

☐ Moyenne

☐ Mauvaise

TM Qualité de l'accueil

☐ Très bonne

☐ Bonne

☐ Moyenne

☐ Mauvaise

TM Autres critères d'appréciation (proximité, gratuité ...) :

.....

.....

.....

Le problème des rémunérations est évidemment crucial dans la discussion sur la motivation des médecins à l'heure où la démographie médicale va aller décroissante et où l'hôpital public met en place la réduction du temps de travail médical.

C'est pourquoi, à l'instar du dispositif de rémunération mixte pratiqué par le Centre CARL de Rennes, il semble judicieux d'envisager l'instauration à terme d'un double système de rémunération : une rémunération à l'acte associée à une rémunération forfaitaire au titre de l'astreinte. Cette dernière pourrait toutefois être minorée aux heures de forte affluence, car il est important également de respecter l'impératif économique du moindre coût d'une consultation dans une structure légère, type maison médicale, comparé à celui d'une consultation aux urgences hospitalières.

Ce schéma présenterait l'avantage de garantir, par une présence médicale effective, le maintien de l'ouverture de la maison médicale, sur des créneaux horaires qui s'avèreraient peu attractifs financièrement, mais nécessaires du point de vue de la permanence des soins.

En tout état de cause, au regard de la fréquentation des maisons médicales observées, il semble primordial d'assurer une présence médicale effective sur la tranche horaire 20h-24h et pendant les week-end et jours fériés.

e) La nécessité d'assurer la promotion de la maison médicale est enfin un des points incontournable pour la réussite d'un tel dispositif.

Les expériences précédemment étudiées témoignent de la méconnaissance par la population de l'existence de la maison médicale, malgré parfois une implantation ancienne de cette structure. Mais à l'inverse, une communication trop poussée sur l'ouverture d'un tel dispositif, peut conduire, au titre de la nouveauté, à une augmentation non justifiée de la demande de soins.

C'est pourquoi, il semble important que les actions de communication, actuellement prévues par le projet toulousain, soient assorties d'un message d'éducation sanitaire à l'attention du patient sur le recours aux structures d'urgence en général, qu'elles soient libérales ou hospitalières.

En ce sens, la préparation de cette communication devrait être travaillée en étroite collaboration entre la maison médicale et le CHU de Toulouse.

Une institution garante de l'intérêt collectif des usagers, telle que la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, pourrait en être le promoteur.

B) Les relations de la maison médicale de Toulouse avec les autres professionnels de santé locaux

Plusieurs remarques sur les relations à instaurer avec les partenaires hospitaliers ou libéraux du champ sanitaire peuvent être formulées.

a) Si les missions de la maison médicale de Toulouse ont été clairement énoncées, il paraît en revanche nécessaire de formaliser les règles de travail avec les acteurs de l'offre de soins que sont notamment le CHU de Toulouse et les médecins libéraux de la ville.

En ce sens, le projet de convention de partenariat entre le CHU de Toulouse et la maison médicale de garde, dans sa formulation actuelle, appelle plusieurs remarques tant sur la forme, que sur le fond. A titre d'exemple, l'objet de la convention devra être rappelé, les modalités d'organisation de la réception des appels de permanence des soins dans les locaux du SAMU devront être précisées.

Mais, parce qu'elles conditionnent fortement la collaboration entre l'hôpital public et la médecine libérale de garde, facteur clé de réussite pour désengorger les urgences hospitalières, les remarques relatives à cette convention feront l'objet d'un développement spécifique dans la partie consacrée aux préconisations formulées sur le plan des relations CHU – Maison médicale.

A l'égard des médecins libéraux toulousains ne participant pas à la maison médicale, il paraît là aussi nécessaire que des règles de fonctionnement, soient préalablement établies.

Sous la forme d'une charte de bonne conduite, ou d'un guide des bonnes pratiques, les relations qui pourraient ainsi être définies auraient trait à :

- l'engagement moral des praticiens exerçant dans la maison médicale de ne pas chercher à « récupérer » la patientèle de leurs confrères. En ce sens, une consultation à la maison médicale ne pourrait pas donner lieu à une re-convocation du patient en ces lieux ou au cabinet du praticien.

- la volonté d'assurer une continuité de prise en charge du patient, qui pourrait le cas échéant se traduire par la transmission d'un courrier de liaison du praticien de la maison médical vers le médecin traitant habituel.

A contrario, la maison médicale de garde pourrait attendre des médecins libéraux toulousains qu'ils délivrent une information adaptée concernant le fonctionnement et les modalités de recours à la maison médicale de garde, auprès de leurs patients. Cette promotion « de proximité » de la maison médicale participerait d'une certaine manière à l'éducation sanitaire du patient et à la responsabilisation de ce dernier, point sur lequel l'attention a déjà été attirée.

b) Afin d'optimiser la qualité des soins dispensés au sein de la maison médicale, mais aussi de neutraliser l'effet attractif pour les patients du « tout en un » des urgences hospitalières, il paraît intéressant d'associer à cette structure d'autres professionnels de santé de ville.

Sans être exhaustif, des contacts pourraient être pris en ce sens par les porteurs du projet actuel vers les cabinets de soins infirmiers libéraux, les kinésithérapeutes, ...qui pourraient, à la demande, assurer une intervention au sein de la maison médicale.

Prescriptions et actes seraient alors réunis en un même lieu. Cela suppose toutefois que ces professionnels acceptent d'assurer une astreinte, et qu'une « liste de garde » soit régulièrement communiquée à la maison médicale.

Sur ce même principe d'organisation, une démarche analogue à l'égard des médecins spécialistes pourrait s'envisager, notamment pour les disciplines identifiées au regard de l'activité, comme étant le plus souvent à l'origine des besoins de consultations.

L'existence d'un tel fonctionnement en réseau serait de nature, si besoin est, à conforter l'opinion de la population sur la qualité de la prise en charge, coordonnée et pluridisciplinaire, que peut assurer la maison médicale.

Sur le plan pratique, et là encore pour ne pas faire obstacle à l'objectif de désengorgement des urgences hospitalières, la maison médicale pourrait requérir la participation, sur demande ponctuelle et prescrite du médecin de garde, de sociétés de

transport assis, type VSL, ambulance ou taxis, comme cela est pratiqué par la Maison Médicale de GAP⁵⁶.

La prise en charge financière de ces déplacements par la CPAM contribuerait indirectement à réduire le nombre de visites à domicile, beaucoup plus onéreuses pour l'assurance maladie.

Les urgences hospitalières ont aussi un rôle important à jouer dans la réduction du flux des patients non hospitalisés. C'est pourquoi, plusieurs recommandations sont également formulées à leur égard.

3.2.2. Les préconisations formulées à l'égard des urgences hospitalières

Compte tenu du contexte budgétaire hospitalier actuel, il semble peu réaliste de penser que les urgences des hôpitaux publics pourront bénéficier, comme par le passé, d'allocations financières suffisantes pour absorber une activité dont l'augmentation constante provient pour partie des passages de patients finalement non hospitalisés.

Il y va donc de l'intérêt des urgences hospitalières de participer, sous différentes formes, à l'émergence dans le paysage de l'offre de soins, de la nouvelle structure que constitue la maison médicale.

Trois actions peuvent ainsi être conduites au niveau des SAU du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse :

- jouer un rôle d'information et d'éducation sanitaire du patient,
- systématiser la facturation des actes,
- développer des outils de mesure des effets de la maison médicale sur l'activité des urgences.

⁵⁶ Cf. infra p. 51

A) Un rôle d'information et d'éducation sanitaire du patient

Malgré un triplement des appels vers le SAMU/Centre 15 en 10 ans, le comportement de l'utilisateur, tel que décrit par les enquêtes, témoigne majoritairement d'un recours à l'offre de soins en situation d'urgence, sans régulation, ni avis médical préalable.

Il est fort probable que l'orientation vers la maison médicale, assurée dans le dispositif de la maison médicale de Toulouse exclusivement par le Centre 15, ne produise pas immédiatement ses effets et que de nombreux patients se présentent, comme actuellement, à la porte des urgences hospitalières.

C'est précisément dans ce cas de figure que les praticiens exerçant aux urgences ont un rôle à jouer en terme d'information, d'une part sur l'existence d'une maison médicale, et d'autre part, sur la nécessité d'un appel préalable au Centre 15 pour toute demande de soins « vécue » comme urgente.

Cette démarche, qui peut parfois s'avérer délicate, suppose une politique médicale engagée du Chef de service à cet égard et l'appui de supports techniques, notamment d'ordre médical ou logistique. En effet, pour que les praticiens hospitaliers des urgences soient prêts à renoncer à pratiquer un acte de consultation, qu'ils sont en capacité de réaliser, au bénéfice d'un investissement en temps dans l'éducation sanitaire du patient, il faut que le Chef du Département des Urgences partage et affiche clairement cette ligne de conduite.

Pour appuyer les urgentistes dans cette action de santé publique, plusieurs supports opérationnels doivent parallèlement être mis en place :

- tout d'abord, des brochures de présentation de la maison médicale pourraient être utilement mises à leur disposition,
- ensuite, sur le plan médical, les profils cliniques de patients entrant dans le schéma d'une réorientation vers la maison médicale devraient être suffisamment précis pour ne pas susciter d'interprétations trop divergentes.
- enfin, sur le plan logistique, il paraît important que des modes de transport soient prévus pour pallier à toutes difficultés matérielles, notamment financières, d'une telle réorientation.

En ce sens, des conventions avec des sociétés de taxis pourraient être signées, comme c'est le cas actuellement pour les personnes démunies se présentant à l'hôpital et nécessitant un transport pour leur accueil dans une structure d'hébergement sociale.

B) Développer la facturation des actes aux urgences hospitalières

Afin de ne pas introduire de biais sur le plan de la prise en charge financière du patient, il paraît opportun, et ce malgré la mise en place éventuelle d'un tiers payant à la maison médicale, de systématiser la facturation des consultations au sein des SAU, quelle que soit l'heure de passage des patients. Cela suppose qu'une antenne du bureau des entrées soit implantée dans chaque SAU, et qu'une permanence soit assurée 24h sur 24h par des agents de ce bureau.

Il est évident que cette mesure génère un coût en terme de personnel, oblige peut être même à reconfigurer l'organisation des équipes de ce service administratif, mais culturellement, c'est un levier important à l'égard du patient, habitué depuis trop longtemps à l'idée que les urgences hospitalières sont « gratuites ».

Actuellement, le SAU de Purpan dispose d'une telle organisation, et celui de Rangueil a mis en place une expérimentation du même type. Il convient donc de conforter cette dernière en attribuant notamment les moyens financiers nécessaires à son implantation définitive.

L'implantation de ces antennes du bureau des admissions participeront d'ailleurs à la « lutte » contre les créances irrécouvrables, en permettant de récupérer avant la sortie du patient la quasi-totalité des renseignements relatifs à sa couverture sociale.

C) Mettre en place des indicateurs d'évaluation

L'enquête réalisée auprès des quatre maisons médicales et hôpitaux publics installés à proximité, a révélé la faiblesse des systèmes d'informations des services d'urgences hospitaliers. En effet, si peu d'entre eux ont été en capacité de présenter une analyse chiffrée de leur activité, aucun en revanche n'a été en mesure d'apprécier, données à l'appui, l'impact de la maison médicale sur cette même activité.

Les éléments recueillis à ce sujet auprès de ces services ont été davantage d'ordre empirique et n'auraient pas pu suffire pour conclure à une action globalement positive des maisons médicales sur le désengorgement des urgences. Ce sont surtout les données fournies par les maisons médicales elles-mêmes qui, en ayant fait pour certaines une démarche d'évaluation sur ce point, ont permis de souligner cet impact.

Ce constat témoigne de la faible coordination entre la structure hospitalière et la maison médicale au moment de sa création. Pour éviter cet écueil, il paraît donc nécessaire de mettre en place aux urgences hospitalières un système informatisé de recueil des données visant à mesurer l'efficacité de la régulation et celle de la maison médicale.

Un dispositif de collecte d'information sur l'activité des urgences adultes du CHU de Toulouse existe déjà. Un relevé de tous les passages aux urgences, suivis ou non d'une hospitalisation, est produit chaque semaine.

Ce système d'information pourrait être affiné et complété, afin d'établir des indicateurs spécifiques aux patients non hospitalisés, tels que :

- **Le taux d'adressage des patients par le Centre 15,**
- **Le taux d'adressage des patients sur avis du médecin traitant,**
- **Le taux de patients en arrivée directe,** c'est-à-dire sans avis médical préalable,
- **Le taux de patients réorientés vers la maison médicale,**
- **Le taux de retour des patients adressés à la maison médicale.**

A ces indicateurs pourraient être ajoutées des données plus qualitatives portant sur la nature des motifs médicaux de recours, l'identification des plages horaires et journalières des patients réorientés vers la maison médicale, la connaissance préalable ou non de la maison médicale par les patients.

De fait, la mise en place d'un tel dispositif d'évaluation de l'activité des urgences s'inscrit pleinement dans les recommandations de la circulaire du 16 avril 2003 sur la prise en charge des urgences.

Il est demandé, en effet, à chaque établissement, préalablement à toute nouvelle organisation des urgences, de mettre en place des indicateurs d'évaluation et de s'engager dans une démarche d'observation afin de mieux connaître la réalité de l'activité des services des urgences, des SMUR et des Centres 15.

Un rapport annuel doit d'ailleurs être remis à cette fin au Comité de l'aide médicale urgente (CODAMU), à la Commission exécutive de l'agence régionale d'hospitalisation (COMEX) et à la commission des admissions et des consultations non programmées.

Au-delà des suggestions qui viennent d'être proposées, tant à l'égard de la maison médicale que des SAU du CHU de Toulouse, pour optimiser et mesurer les effets d'une telle création, il est important de formuler également des recommandations sur le dispositif général régulant les relations CHU – Maison médicale.

3.2.3. Les préconisations formulées à l'égard des relations CHU – Maison médicale de garde

La clé du système de permanence des soins est la régulation. L'objectif doit être d'en faire le pivot du système, et le projet de création médicale de garde sur Toulouse intègre d'emblée cet impératif puisque l'accès à la maison médicale doit s'effectuer principalement après appel au Centre 15, exceptionnellement après réorientation des urgences hospitalières.

La participation des médecins libéraux à la régulation libérale est donc un facteur clé de réussite qui ne va pas sans soulever de difficultés, s'agissant notamment du financement du régulateur libéral.

C'est pourquoi au regard des modalités de financement de ce poste adoptées par d'autres Centres 15, des pistes de réflexion seront proposées à ce sujet.

Autre facteur-clé de succès : la clarté et la qualité des relations professionnelles qui doivent se nouer entre la Maison médicale de garde et le CHU. La convention de partenariat doit être l'occasion de formaliser aussi précisément que possible la nature, les conditions et la portée des liens qui vont nécessairement s'établir entre les deux entités.

C'est en ce sens, qu'un recensement des éléments essentiels devant figurer dans cette convention sera présenté.

A) Conforter la participation des médecins libéraux à la régulation du Centre 15

La régulation libérale au sein des locaux du SAMU est actuellement assurée de façon bénévole, mais ponctuelle, par les médecins libéraux de l'ADUM 31.

Une convention ancienne liant le CHU et cette association prévoit en effet que les médecins hospitaliers régulent tous les appels libéraux et qu'en contrepartie, les médecins de l'ADUM 31 assurent une présence bénévole aux périodes de forte affluence, c'est-à-dire le week-end.

Si l'on veut réellement donner au dispositif maison médicale la possibilité d'atteindre ses objectifs, la participation des médecins libéraux à la régulation demande donc à être généralisée et leurs plages de présence élargies.

Pour l'heure, ce sont essentiellement les questions relatives au financement des régulateurs libéraux qui semblent freiner une telle perspective.

Le schéma le plus souvent retenu de ce point de vue, est celui d'un financement reposant sur une rémunération de 3 C de l'heure, 2 C payés par l'hôpital en salaire et 1 C versé en honoraires par le FAQSV. Ce dispositif présente l'avantage d'établir un lien juridique entre l'hôpital et le régulateur libéral qui, en ayant alors un statut d'attaché des hôpitaux, voit sa responsabilité couverte par cette Institution dans son exercice⁵⁷.

Mais, d'autres pistes peuvent être privilégiées.

Malgré l'absence d'indications explicites à ce sujet dans la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge de l'urgence, l'ARH, dont le rôle de soutien à la création d'une maison médicale est souligné dès lors que cette dernière articule véritablement son fonctionnement avec les urgences hospitalières, semble pouvoir constituer un financeur potentiel.

⁵⁷ Eléments recueillis auprès du Dr. DRIEUX, Directeur médical du SAMU/centre 15 du Havre.

De même, un financement exclusivement FASQV tel qu'il est pratiqué par le Centre 15bis d'Arras⁵⁸, ou exclusivement CNAMTS comme à Limoges et Grenoble⁵⁹ peut être aussi envisagé.

Quelle que soit la modalité de financement à terme retenue, il conviendra de formaliser cette participation à travers une nouvelle rédaction de la convention actuellement en vigueur.

Cette perspective ne fait toutefois pas obstacle à la mise en place à court terme de la maison médicale, pour laquelle, il faut en revanche et dès à présent, contractualiser les relations avec le CHU.

B) Formaliser la collaboration CHU - Maison médicale : la convention de partenariat.

Le projet de convention tel qu'il est rédigé actuellement⁶⁰ appelle plusieurs observations tant sur le fond que sur la forme.

a) Sur le fond, certains points doivent faire l'objet d'un développement plus avancé, au besoin par voie d'avenants :

o *la réception des appels au Centre 15*

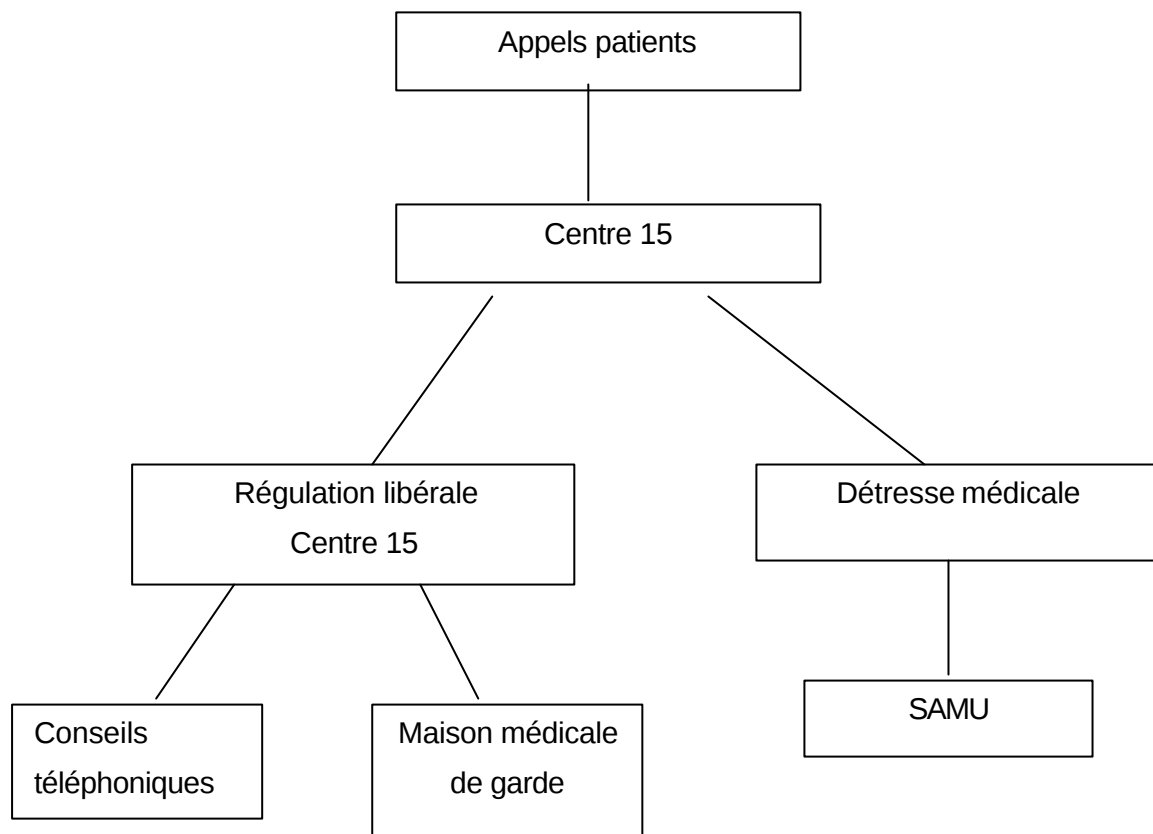
Outre la mention, lorsqu'elle sera effective, de l'engagement et des conditions de participation des médecins libéraux à la régulation effectuée par le Centre 15 (installation matérielle du médecin régulateur libéral, numéro de téléphone utilisé, modalités de rémunération) il paraît nécessaire de préciser l'arbre décisionnel de répartition des appels entre praticiens hospitaliers du SAMU et médecin libéral.

Porté en annexe, un schéma du circuit des appels pourrait être présenté sous la forme suivante :

⁵⁸ Cf. infra p. 44

⁵⁹ Cf. infra p. 43

⁶⁰ Annexe 6 : Projet de convention entre le CHU de Toulouse et l'Association Maison Médicale de Garde Toulouse 31



- o *les conditions de ré-adressage des patients entre maison médicale et SAMU, et réciproquement.*

Ces conditions doivent être précisées tant sur le plan médical qu'organisationnel.

D'un point de vue médical, afin de ne pas engager la responsabilité à la fois des praticiens hospitaliers, mais également des médecins généralistes de la maison médicale, des protocoles précis de réorientation de part et d'autre, devront être établis.

L'établissement des profils cliniques des patients pouvant être réorientés vers la maison médicale est un travail lourd, progressif, qui doit être mené en concertation entre les urgentistes et les médecins libéraux de la maison médicale.

A cette occasion devront être clairement listés, le type d'examen clinique, d'actes thérapeutiques, voire de petite chirurgie que la maison médicale est en capacité d'assurer : électrocardiogrammes, petites sutures ... De même seront rappelés les matériels et équipements dont dispose la maison médicale.

D'un point de vue organisationnel, la convention s'attachera à souligner l'engagement des services d'urgences hospitaliers à proposer aux patients, dont le profil clinique correspond aux protocoles médicaux définis, une réorientation vers la maison médicale.

A cet effet, la convention précisera le rôle joué par l'infirmière d'accueil et d'orientation et par le médecin senior, en rappelant que la décision d'adressage à la maison médicale relève d'une décision du médecin senior sur proposition de l'IAO.

Enfin, si un accord de prise en charge des transports assis est conclu avec la CPAM pour les patients ne pouvant se rendre par leurs propres moyens à la maison médicale depuis les urgences hospitalières, la convention devra énoncer cette possibilité et indiquer les modalités de prescription et de financement de ce déplacement.

- o *l'évaluation, à échéance régulière, de l'impact de la maison médicale sur l'activité des urgences hospitalières.*

Un comité d'évaluation, réunissant semestriellement les représentants de la maison médicale de garde et les représentants des services d'urgences adultes du CHU de Toulouse, et ayant pour mission d'apprécier l'impact de la maison médicale de garde sur l'activité des services d'urgences pourrait être institué.

Au regard des indicateurs d'activité définis précédemment pour la maison médicale d'une part⁶¹ et les urgences hospitalières d'autre part⁶², un bilan pourrait ainsi être établi. Cet état des lieux permettrait d'apprécier la part d'activité réellement transférée des urgences hospitalières vers la maison médicale de garde, et mesurer ainsi l'efficacité du dispositif dans l'objectif de désengorgement des services d'urgences.

Si un nombre jugé encore trop important de patients au profil clinique «inadapté» devait continuer à se présenter aux SAU, des actions correctives touchant la maison médicale, les urgences hospitalières ou la régulation effectuée au Centre 15, pourraient alors être proposées.

⁶¹ Cf. infra p. 73 et 74

⁶² Cf. infra p. 82

b) Sur la forme, il paraît nécessaire de préciser :

- o *le champ dans lequel s'inscrit cette convention et son objet.*

En ce sens, il pourrait être fait référence dans un préambule à l'objectif d'amélioration de la prise en charge des patients demandeurs de soins non programmés et être indiqué que la présente convention vise à dépeindre les conditions de mise en œuvre et de coopération entre les SAU du CHU de Toulouse et la maison médicale de garde pour participer à cette démarche.

- o *les conditions d'évaluation de cette convention.*

Les parties intéressées pourraient s'engager dans une démarche d'évaluation des conditions de réalisation des engagements réciproquement souscrits à travers cette convention et prévoir notamment à ce titre une procédure de signalement des dysfonctionnements structurels ou organisationnels.

- o *les conditions de durée et de reconduction de la convention de partenariat.*

Sur ce point il paraît important de dissocier la mise à disposition des locaux, dont l'article 2 du projet de convention précise la révocabilité, des relations que cette convention formalise entre le CHU de Toulouse et la maison médicale de garde dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des demandes de soins non programmées.

En ce sens, il pourrait être indiqué qu'en dehors de l'article 2 du projet de convention qui prévoit une mise à disposition précaire et révocable des locaux, les relations établies par cette convention entre le CHU de Toulouse et la maison médicale de garde sont conclues pour une durée d'un an.

S'agissant du renouvellement de cette convention, il pourrait être conditionné d'une part à l'évaluation positive du respect des engagements souscrits par chacune des parties, et d'autre part à celle du comité d'évaluation institué sur l'efficacité du dispositif.

- o *les conditions de suspension et de résiliation de la convention.*

CONCLUSION

Au-delà de la réponse apportée aux difficultés d'organisation de la permanence des soins libérale, la maison médicale peut contribuer à réduire l'afflux de patients se présentant aux urgences et ne nécessitant pas une prise en charge hospitalière, dès lors que certaines conditions sont remplies.

Les enseignements apportés sur le jeu des trois principaux acteurs – usagers, médecine libérale, urgences hospitalières - impliqués par la situation de demande de soins non programmée, et les éléments recueillis à l'occasion de l'enquête conduite auprès de quatre maisons médicales, ont permis d'identifier ces facteurs clés de succès.

Ainsi, une réflexion partagée sur la définition des modalités de fonctionnement de la maison médicale apparaît comme un élément déterminant pour optimiser les chances de désengorger les urgences hospitalières. Les propositions d'organisation qui en découleront, comme par exemple l'association d'autres professionnels de santé de ville à l'activité de la maison médicale, pourront notamment concourir à neutraliser l'effet attractif du « tout en un » des urgences hospitalières.

Les services d'urgences hospitaliers ont également un rôle fort à jouer pour permettre à la maison médicale de remplir sa mission. Le ré-adressage vers la maison médicale des patients au profil clinique relevant d'une prise en charge de consultation de médecine générale, doit témoigner de leur participation active à l'émergence de cette nouvelle structure dans le paysage de l'offre de soins.

Enfin, à l'égard du patient, la simple action d'information sur l'existence d'une maison médicale doit être dépassée au profit d'une démarche de communication intégrant un réel message d'éducation sanitaire sur les modalités de recours aux structures d'urgences libérales ou hospitalières et sur le rôle du Centre 15.

A travers ces différentes propositions, il apparaît clairement que la démarche de concertation, de collaboration et de coordination entre médecins libéraux et hospitaliers, dès la phase préparatoire du projet, est un élément primordial pour donner à la maison médicale toutes les chances d'atteindre ses objectifs.

Cette démarche, **menée en étroite coordination**, doit s'appuyer sur **un important travail préparatoire et la mise en place d'outils d'évaluation partagés** :

- **un important travail préparatoire**, car le concept de maison médicale n'est pas modélisable et toute création en ce domaine doit être circonscrite et pensée en fonction des contraintes et des particularités locales tant de la médecine libérale que des urgences hospitalières.

Si les exemples de création de maisons médicales sont actuellement nombreux, la singularité des organisations ne permet jamais une transposition en l'état. Toutefois, pour faciliter et appuyer les initiatives locales de création de maisons médicales par les médecins libéraux ou les établissements hospitaliers, une banque de données regroupant les caractéristiques de ces expérimentations pourrait être utilement mise à la disposition des porteurs de projet.

Outre le fait qu'elle viendrait pallier un cruel manque d'information sur ces nouvelles structures, cette démarche de mutualisation des expériences pourrait conduire les maisons médicales à se fédérer pour obtenir une reconnaissance institutionnelle, et notamment une assise financière pérenne, qui leur fait actuellement défaut et contribue à fragiliser leur essor.

- **la mise en place d'outils d'évaluation partagés** permettant de suivre et de mesurer l'impact de la maison médicale au regard de ses objectifs. La définition d'indicateurs d'évaluation propres à la maison médicale et aux urgences hospitalières, tout comme le principe d'une mise en commun régulière de ces informations sont des préalables incontournables si l'on veut conférer à cette nouvelle organisation la capacité d'évoluer et de s'adapter au plus près des besoins des patients.

- **une étroite concertation et coordination**, car c'est essentiellement sur la capacité de l'hôpital public et de la médecine libérale à travailler ensemble que repose le succès d'un tel dispositif, plutôt que sur l'émergence seule d'une nouvelle structure.

L'articulation nécessaire d'un projet de maison médicale de garde avec les urgences hospitalières ne fait d'ailleurs que préfigurer les relations qui devront immanquablement se nouer à l'avenir entre médecine de ville et médecine hospitalière.

La nécessité d'une collaboration étroite entre ces deux secteurs d'activité est un enseignement qui peut être en effet généralisé au delà de la permanence des soins.

Le levier de la démographie médicale ne peut qu'inviter médecins libéraux et praticiens hospitaliers à se rapprocher et à se coordonner pour offrir demain à une population de plus en plus exigeante, une prestation de qualité en matière de santé.

Cette collaboration suppose que la volonté de clarifier les missions de chacun, pour une meilleure lisibilité du système de santé par le patient et une responsabilisation de ce dernier, soit partagée tant par les médecins libéraux qu'hospitaliers.

Elle suppose aussi que beaucoup de freins organisationnels mais surtout institutionnels soient levés et que notamment ces deux secteurs d'activité soient sous une même autorité de tutelle.

L'évolution des Agences Régionales d'Hospitalisation en Agences Régionales de Santé serait de ce point de vue particulièrement bénéfique.

Bibliographie

1. URML – URCAM Bretagne. *La permanence des soins et la prise en charge des urgences sur la ville de Rennes*. Rennes, Avril 2001.
2. BAUBEAU D., DEVILLE A., JOUBERT M. *Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés*. DREES, Juillet 2000. Etudes et Résultats, n°72.
3. BAUBEAU D., CARRASCO V. *Motifs et trajectoires des recours aux urgences hospitalières*. DREES, Janvier 2003. Etudes et Résultats, n°215.
4. LE GOAZIOU M.F. *Qui consulte aux urgences ?*. La Revue du Praticien, Mars 2001. Médecine Générale, Tome 15, n°529.
5. NIEL X. *La démographie médicale à l'horizon 2020*. DREES, Mars 2002. Etudes et Résultats, n°161.
6. CNAMTS. *Les professionnels de santé du secteur libéral en France au 31/12/2001*. Carnets Statistiques n°109, Juillet 2003. Disponible sur Internet : <[http : // www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)>
7. DARRINE S. *Un exercice de projection de la démographie médicale à l'horizon 2020 : les médecins dans les régions et par mode d'exercice*. DREES, Février 2002. Etudes et Résultats, n°156.
8. Pr. BERLAND Y. *Rapport de la Mission Ministérielle sur la démographie des professionnels de santé*. Ministère de la Santé, Novembre 2002.
9. Ordre National des Médecins. *Urgences et Gardes : La permanence des soins en questions*. Les Jeudis de l'Ordre. Paris, 20 avril 2000.

10. CHAUGNE C. *Permanence des soins en médecine libérale. Etat des lieux et Perspectives. Exemple de l'agglomération toulousaine*. Thèse pour le Doctorat en médecine. Université Paris VI Pierre et Marie Curie, 2003.
11. Ordre National des Médecins. *Observatoire pour la sécurité des médecins. Recensement national des incidents*. Rapport IPSOS, Mai 2003.
Disponible sur Internet : < [http // www. conseil-national.medecins.fr](http://www.conseil-national.medecins.fr)>
12. Ordre National des Médecins. *Au sujet de la nouvelle écriture de l'article 77 du code de déontologie médicale*. Mai 2003.
Disponible sur Internet : < [http // www. conseil-national.medecins.fr](http://www.conseil-national.medecins.fr)>
13. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Haute-Garonne. *Permanence des soins et gardes les nuits, les week-ends et jours fériés en médecine générale à Toulouse*. Toulouse, Juin 1999.
14. URML – URCAM Midi-Pyrénées. *Permanence des soins : pratiques et attentes des médecins généralistes de Midi-Pyrénées*. Toulouse, Septembre 2002.
15. Pr. STEG. *La médicalisation des urgences*. Commission nationale de restructuration des urgences, Septembre 1993.
16. Pr. BARRIER G. *La prise en charge pré-hospitalière des urgences*. Septembre 1994.
17. Rapport NICOLLE. *Rapport sur les Urgences*. Novembre 2001.
18. BAUBEAU D., CARRASCO V. *Les usagers des urgences : Premiers résultats d'une enquête nationale*. DREES, Janvier 2003. Etudes et Résultats, n°212.
19. CHANTELOUP M., GADEL G. *Les appels d'urgence en Centre 15 en 1997*. DREES, Mars 2000. Etudes et Résultats, n°55.
20. Société Francophone de Médecine d'Urgence. *Audit du Département des Urgences Adultes du CHU de Toulouse*. Rapport d'audit, 7 et 8 mars 2002.

21. Observatoire Régional des Urgences Midi-Pyrénées. *Rapport annuel sur l'activité des services d'urgence en Midi-Pyrénées en 2002*. Toulouse, Juin 2003.
22. DAUTEL M., MONTSERRAT X., DE REZENDE P. *Etude comparée de l'organisation des systèmes d'urgence dans dix pays européens*. DHOS, Novembre 2002.
23. DESCOURS C. *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la Permanence des soins*. Ministère de la santé, Janvier 2003.
24. DE SAINT ROMAN H *Permanence des soins : le rapport DESCOURS propose de réécrire l'article 77*. Le Quotidien du Médecin, 25 Octobre 2002.
25. MG France. *La régulation des appels de garde par le 15bis dans le 62 : un franc succès*. Dossier Maison Médicale, Mai 2003. Disponible sur Internet : <<http://www.medsyn.fr/mgfrance>>
26. MG France. *Les réalisations existantes*. Dossier Maison Médicale, Mai 2003. Disponible sur Internet : <<http://www.medsyn.fr/mgfrance>>
27. CNAMTS. *Permanence des soins des médecins libéraux : point de situation sur les financements de l'Assurance-Maladie*. Paris, Septembre 2003. Disponible sur Internet <<http://www.ameli.fr>>
28. Centre National de l'Equipe Hospitalier. *Evaluation et comparaison de six expérimentations de prise en charge des urgences*. DHOS, Décembre 2002.
29. CEMKA – EVAL. *Evaluation de l'Association Médicale des Urgences du Havre*. Le Havre, Septembre 2002.
30. Dr. GENTILE S., DURAND A.C. *Evaluation du dispositif de Consultation de Médecine Générale – SAU de l'Hôpital Nord de Marseille*. Rapport d'Etape. Université de la Méditerranée – Laboratoire de Santé Publique. Marseille, Septembre 2002.