



Description d'une organisation de prise en charge des soins non programmés par les cabinets médicaux d'Amou-Pomarez (40)

Felix Pache

► To cite this version:

Felix Pache. Description d'une organisation de prise en charge des soins non programmés par les cabinets médicaux d'Amou-Pomarez (40). Sciences du Vivant [q-bio]. 2020. dumas-02951001

HAL Id: dumas-02951001

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02951001>

Submitted on 28 Sep 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Académie de Bordeaux

Université de Bordeaux

FACULTE DE MEDECINE DE BORDEAUX

Année 2020

THESE

Pour le DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE

Diplôme d'état

Par

Félix PACHE

Né le 22/12/1988 à Paris

Présentée et soutenue publiquement le : 13 février 2020

**Description d'une organisation de prise en charge des soins non
programmés
par les cabinets médicaux d'AMOU-POMAREZ (40).**

Jury

Président : Professeur Roger SALAMON

Rapporteur : Professeur William DURIEUX

Membres du Jury :

Professeur Jean-Philippe JOSEPH

Docteur Philippe HUTHER

Directeur : Docteur Guillaume DARMAILLACQ

REMERCIEMENTS :

Au Docteur Guillaume Darmaillacq, pour son idée de sujet de thèse, son travail de recueil de données son implication dans son cabinet et sa vision de la médecine, je te remercie d'avoir accepté que je réalise ce travail, ta patience, et d'avoir continué à me motiver durant mes périodes de doutes, j'espère être à la hauteur de ce projet,

Au Professeur Roger Salamon qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse, pour ses précieux conseils, son travail et son implication au sein de l'Isped, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Au Professeur William Durieux, qui me fait l'honneur d'être le rapporteur de cette thèse, je vous remercie pour votre regard critique et votre aide pour la réalisation de ce travail, et de votre implication dans l'enseignement de la médecine générale.

Au Professeur Jean Philippe Joseph, je vous remercie pour votre présence dans ce jury , en plus de tout vos engagements professionnels et universitaires, je vous remercie également pour votre implication dans le département de médecine générale.

Au Docteur Philippe Huther, je te remercie de ta présence dans mon jury, et pour tout ces bons moments passés aux urgences d'Orthez qui m'ont motivés à continuer à m'enrichir dans cette voie. Merci pour ton énergie et ta motivation permanente.

Au Docteur Jean Fabre, je te remercie de m'avoir accepté dans ton équipe et pour ta confiance, je ne peux qu'être rempli d'admiration pour ton implication dans ce service des urgences de Dax que tu portes à bout de bras, ton combat quotidien pour les patients, les paramédicaux, les confrères et consœurs , et pour l'hôpital public en général.

A Jérôme Dimet, et à toute l'équipe du DIM de Dax et d'Orthez, à Dominique Lauret ,
Jean Marie Bovis et Muriel Arnaud du SAMU 40 pour leur aide précieuse.

A tout les médecins qui m'ont entourés et appris à quel point la médecine était un art
composite, entre bon sens , expérience, science expérimentale et clinique, et qui
m'ont accepté comme leur apprenti pour faire de moi aujourd'hui un de leur confrère.

Au service de Réanimation de Dax,
Aux Dr Roger, Dessales-Quentin et Yayou,
Au service de Pédiatrie de Pau,
Au service de Court Séjour Gériatrique de Dax,
Au service des Urgences d'Orthez,
Au service de Médecine Interne de Dax,
Au service de Pneumologie du CHU de Bordeaux.

A Maman, partie trop tôt, toujours fière de moi dans mes réussites comme dans mes
échecs, ton absence ne pourra effacer l'empreinte indélébile que tu as eue sur nos
vies.

A mon Père, tu resteras pour moi comme un modèle de courage et d'honnêteté, tu
nous aura appris que le plus important dans la vie est de pouvoir vivre de sa passion.
A mes frères, Alexandre et Maxime qui m'avez accompagné durant tout ce bout de
chemin, que d'aventures, de rires et de gueuletons, , continuons la route !

A « Coach » Lolo et Lola pour nous avoir donné le goût du sport et de la poésie, et
tout ces étés plus ou moins ensoleillés à Cabourg.

A Manou pour sa bienveillance et son réconfort.

A toute la famille, je vous dois beaucoup.

Aux Amis et colocataires depuis tant d'année, Toto le roi du Canard et de la House,
Doudou / Korben, JB le Rodeur, Godich le Professeur,

A la Bienveillance : Didier La Gouje, le dinosaure, Oncle Gaspard : chapeau bois
manteau rouge, Grand Corps Bourré, Fabio Caramelito, Cijis le crustacé, Vava la
marmule, Jimmy le girafon, Crabi la tonse, Ambroise le yellowsub, Toto El Cavalo,
Guigui les bons tuyaux, Beber Martin et Lucas,

A la Ruche et Montardon : Eva, Audrey, Odious Ternous, Olive quoi, Jean-Jean,
Gabi, Kimmy, Justine, Juline, Caza et Zaza, Besti et ses petites, Sagrada, Princesse
Lolo, Pedro, Tim, Gram, Jess et tous les autres...

Aux Punks : Nephro, Baptiste Simon et Luzé,

Aux Boomers, Leo, Fidèle Samou, Dada, Anais, Pedo et Erika, Seb, Geronimo et le
Dance Temple,

A Gautier et sa famille, Amélie , PE, Pumba le Portos, La grande Bolt Netels, Big
fish, King Soso,

A la Croix Jaune, aux Vivres de l'Art et au Robot Heart,

Aux Amis d'enfance, Florian « FTsono », Marianne, Tristan et Romain, Patrick Pascal
et Eric de l'EMB.

Aux Cabourgeais, Aux Cuppers, A tout ceux qui ont compté dans ma vie,

SOMMAIRE

LISTE DES ABREVIATIONS	p. 8
I.INTRODUCTION :	p. 10
1.La permanence des soins ambulatoires en France	p.10
1.1 Définitions :	p. 10
1.1.a Sectorisation	p. 10
1.1.b Régulation	p. 12
1.1.c Cas particuliers	p. 15
1.2 Modèles internationaux	p. 15
1.3 Expérimentations en cours :	p. 19
1.4 Le modèle Landais :	p. 22
1.5.a Limites : coté patient: des services non adaptés pour une demande parfois inappropriée.	p. 24
1.5.b Limites coté médecin : vers un abandon des gardes de nuit ?	p.26
1.5.c Limites côté urgences : la saturation des services.	p.31
2.Les stratégies gouvernementales:	p.35
2.1. Le rapport de Thomas Mesnier	p.35
2.2. Le plan santé 2022	p.39
2.3. Les recommandations de la Cour des comptes	p.41
3.Le Projet du MAPI (Médecin d'accueil aux pathologies intercurrentes) à la MSP d Amou Pomarez	p.42
3.1 Présentation du système de garde	p.42

3.2 Objectifs de l'étude	p.45
II.MATERIEL ET METHODE	p.45
1.Type d'étude	p.45
2.Eléments mesurés	p.45
2.1 Caractéristiques des consultations	p.45
2.2 Retentissement sur les urgences de proximité	p.47
3 Population étudiée	p.48
III.RESULTATS	p.52
1.Analyse des consultations du MAPI	p.52
1.1 Horaires de passage	p.53
1.2 Age des patients	p.53
1.3 Motif de consultation	p.54
1.4 Consultations relevant du MAPI	p.55
1.5 : Nécessité d'aller aux urgences	p.56
1.6: Pathologies pour lesquelles les patients seraient allées aux urgences si absence de MAPI	p.56
1.7 : Actions réalisées par le MAPI	p.58
1.8 Pathologies pour lesquelles les patients ont été envoyés aux urgences	p.59
1.9 : Pathologies nécessitant un avis auprès d'un spécialiste	p.60
1.10 Prise en charge des pathologies orthopédiques	p.61
2. Retentissement sur le Centre Hospitalier de Dax	p.63

3. Retentissement sur le Centre Hospitaliser d Orthez	p.64
4.Retentissement sur la régulation SAMU 40	p.65
5. Retentissement sur les Intervention des VSAV	p.68
6.Secteur témoin : Peyrehorade	p.70
IV.DISCUSSION	p.71
1. Critique de l'étude	p.71
2. Analyse des résultats	p.73
V.CONCLUSION	p.80
BIBILOGRAPHIE	p.82
ANNEXES	p.87
SERMENT D HIPPOCRATE	p.100

LISTE DES ABREVIATIONS

ACI : Accord cadre interprofessionnel.

ADOPS : Association départementale pour l'organisation de la permanence des soins

ARS : Agence régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

CNG : Centre national de gestion

CH : Centre hospitalier

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

CODIS : Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours

CPAM : Caisse primaire de l'assurance maladie

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé.

CRP : Protéine C Réactive.

DRESS : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DMP : Dossier médical partagé

EHPAD : Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

FNPEIS : Fond National pour la prévention , l'éducation et l'information en santé

FIR : Fond d'investissement régional

HGE : Hépatogastro-entérologie.

IDE : Infirmier diplômé d'Etat.

MAPI : Médecin d'accueil pour les pathologies intercurrentes.

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

MMG : Maison médicale de garde

MSP : Maison de santé pluridisciplinaire

MSS : Messagerie santé sécurisée.

OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
ORL : Oto-rhino-laryngologie
PAIS : Plateforme alternatives d'innovation en santé
PDSA : Permanence des soins en ambulatoire
PH : Praticien hospitalier
RPPS : Répertoire partagé des professionnels de santé
SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée.
SAMU : Service d'aide médicale urgente.
SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation.
SSR : Soins de suite et de réadaptation.
URPS : Union régionale des professionnels de santé
VSAV : Véhicule de secours et d'assistance aux victimes

I)INTRODUCTION :

1) La permanence des soins dans le secteur ambulatoire (PDSA) en France

1.1) Définitions :

C' est une organisation de l'offre de soins libérale , qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures en semaine et les dimanches et jours fériés. Elle permet de répondre aux demandes de soins non programmés par des moyens structurés, adaptés et régulés.

D'après l'article 77 du code de déontologie, modifié en 2002, la PDSA n'est plus considérée comme une obligation, mais uniquement un « devoir du médecin » La loi française la reconnaît comme une « mission de service public » (1). Elle repose essentiellement sur deux principes : la sectorisation des astreintes et le renforcement de la régulation libérale des appels.

Des recommandations de bonne pratique on été publiées en mars 2011 à la demande de la Direction Général de l'Offre de Soins (DGOS).

1.1.a) Sectorisation :

Le dernier rapport réalisé par le Conseil National de l'Ordre des Médecin (CNOM) du 31 décembre 2017 révèle une diminution du nombre de médecins volontaires ainsi qu'une diminution du nombre de territoires de PDSA en soirée (3770 en 2003, 1707 en 2014, 1579 en 2017) soit une diminution de 60% en 14 ans (2). Tendence qui se confirme en 2018 avec une diminution du nombre de territoire à 1442 en soirée, 1485 en journée WE et jours fériés contre 1644

en 2017 et 387 en nuit profonde contre 423 en 2017.

Les raisons évoquées sont :

- du fait de la diminution du nombre de praticien effecteur, un agrandissement du territoire d'intervention par fusion de secteur plus petites, afin de permettre le maintien de la PDSA dans des zones sous médicalisées,
- pour des raisons économiques décidées par l'ARS et la CPAM

En revanche, cela entraîne une diminution de la fréquence des gardes, ce qui amène à favoriser l'installation de praticiens réticents à assumer ces gardes.

L'effectif en période de soirée (20h-minuit) comme en période de weekend et jours fériés reste stable par rapport à 2016.

Sur le territoire, 55% des actes régulés sont effectués le weekend, 50% des actes non régulés le sont aussi le weekend, contre l'autre moitié en semaine.

Nous assistons à une consolidation de la PDSA le Weekend, même pour les départements les plus en difficultés. Nous retrouvons donc plus de territoires couverts par la PDSA en weekend et jours fériés qu'en soirée et nuit profonde. 2% des territoires ne trouvent pas d'effecteur pour assurer la PDSA le weekend.

Concernant le samedi matin , nous observons une fermeture progressive de nombreux cabinets médicaux le samedi matin. Un questionnaire réalisé par le CNOM révèle que 71% des médecins souhaiteraient une extension des horaires de la PDSA au samedi matin (principalement des effecteurs urbains) , contre 25% contre cette réforme. Il ressort également que la majorité des effecteurs en milieu rural sont également contre cette réforme.

En outre, 47 départements ont une régulation le samedi matin, c'est 5 de plus qu'en 2016. Nous assistons donc actuellement à une tendance à élargir la PDSA au samedi matin, ce qui est déjà le cas pour des territoires comme l'Indre, la Mayenne, l'Orne ou la Savoie.

Concernant la nuit profonde, nous assistons à une diminution du nombre de secteurs couverts, avec une baisse de 11% en 2 ans, et de 55 territoires en 2 an.

Les raisons invoquées sont multiples :

- le départ à la retraite de médecins non remplacés, ce créneau de PDSA étant le premier remis en cause quand le nombre de médecins pour l'assumer n'est plus suffisants.

- Un volume d'activité trop faible : les derniers chiffres de la CNAMTS montrent qu'en horaire de la PDSA, 82% des actes régulés et 96% des actes non régulés le sont en soirée (20-24h) contre respectivement 18% et 4% en nuit profonde.

1.1.b) Régulation :

La régulation médicale doit être le préalable de tout acte d'effectation en horaire de PDSA, et permet une réduction importante du nombre d'acte en prodiguant des conseils médicaux et en retardant la prise en charge médicale aux horaires d'ouverture des cabinets médicaux les actes jugés non urgents.

Elle est pour la plupart du temps réalisée au niveau départemental, via un numéro unique, tout en prévoyant que les associations de permanence des soins disposant de plateformes d'appels interconnectées avec le 15 demeureront accessibles via leurs numéros spécifiques à condition qu'elles assurent une régulation médicale des appels (3)

Un nouveau numéro le 116 117, spécifique de la PDSA a été mis en place depuis janvier 2017 pour ne pas interférer avec le numéro 15 dédié aux

urgences vitales. Un test réalisé auprès de 3 régions pilotes (Corse, Normandie et Pays de la Loire) retrouve des résultats plutôt mitigés, du fait d'une mauvaise communication de grande ampleur en période électorale, notamment dans des zones touristiques. Le rapport sénatorial de 2017 révélerait « une défiance quasi-unanime face à la mise en place du nouveau numéro », qui apporterait « de la confusion dans un paysage déjà peu lisible ». (4)

Actuellement, 54 départements possèdent le 15 comme numéro d'appel unique et 34 départements utilisent un numéro d'appel à 4 ou 10 chiffres (Rhône, Eure, Meurthe-et-Moselle, Landes, Vosges, Allier, Creuse, Isère, Haut-Rhin, Yonne, etc).

Douze départements peuvent avoir recours au 116-117 (il s'agit des départements de la Corse, de la Normandie et des Pays -de -la- Loire)

Au niveau national, 72% des actes de PDSA sont régulés.

Cependant le fait que les consultations aient lieu dans des lieux fixes permet aux patients de se rendre sans régulation afin d'obtenir une consultation.

Donnons l'exemple du Val de Marne où plus de 80% des actes pratiqués dans ce département en horaire de PDSA ne sont pas régulés, ce qui n'est pas sans poser certains soucis de saturation de ces centres de garde postés. Dans certains lieux d'effecton fixe, la fréquentation est peu abondante, ce qui a pour effet d'affaiblir la motivation des médecins.

Egalement le dernier rapport du CNOM retrouve une diminution du nombre de médecins régulateurs, installés qui passe de 2697 praticiens en 2015 à 2 666 praticiens en 2016, 2 572 praticiens en 2017, puis 2535 en 2018. (2) et (5)

Sur l'ensemble des médecins généralistes libéraux exclusifs ayant une activité régulière (soit 49.215 en 2018), 5,1% participaient ainsi à la régulation de la PDSA (contre 5,2% en 2017). À ce chiffre doivent être ajoutés les 394 médecins retraités, salariés et remplaçants participant à la régulation de la PDSA, contre 272 médecins en 2017.

Certains départements ne disposent toujours pas de régulation libérale organisée (Guyane, Mayotte, Ardennes, Haute-Marne, Lozère)

Trente six départements n'ont pas de régulation libérale en nuit profonde, contre trente deux en 2016. Parfois ces plages de régulation sont supprimées pour des raisons budgétaires par les ARS (activité jugée insuffisante : région Grand Est). Dans les autres cas ces plages sont supprimées à la demande des médecins libéraux régulateurs qui n'en voient pas la nécessité (activité jugée également insuffisante : région Drôme).

Dans ce cas, le 15 prend le relais.

1.1.c. Cas particuliers :

Du fait de problèmes d'organisation en lien avec la démographie médicale locale, ou du fait d' une faible activité constatée certains départements sont amenés à faire des adaptations de leurs horaires de PDSA. C'est le cas notamment du Lot et Garonne, du Haut-Rhin et du Cantal qui souhaitent arrêter la PDSA après 22H, et c'est déjà le cas en Haute Savoie et Loir-et-Cher. Certaines départements souhaiteraient même faire avance le début de la PDSA à 19h, comme en Ardèche et Haute Garonne, du fait du grand nombre de

patients et de l'impossibilité d'en accepter de nouveaux après 19h, via le filtre de la régulation.

1.2 Modèles internationaux :

Au cours de cette étude nous avons été amené à étudier différents modèles internationaux d'organisation de système de santé, comparables sur le plan économique, culturel et sociétal à la France, pour comprendre comment ils organisaient leurs soins non programmés et leurs systèmes de garde. (Cf Annexe 1) ;

Ainsi, nous observons que la majorité des pays conservent un système de garde en nuit profonde gérée par les médecins généralistes, en amont des services d'urgence, avec une régulation téléphonique en continu.

Il ressort que l'organisation de ces systèmes de garde se fait en corrélation avec une diminution du nombre d'heure de travail en jour ouvert, et d'une augmentation de la rémunération du forfait de garde, tout en conservant une rémunération à l'acte libérale associée. Dans la plupart de ces pays les gardes sont obligatoires, quand elles ne le sont pas elles sont fortement rémunérées pour inciter les médecins à y participer (hormis l'Italie et l'Espagne).

Ce système de garde se déroule en majorité dans des maisons de santé dédiées, permettant de réaliser un premier filtre avant les services d'urgence hospitalière. Les visites à domicile en période de garde sont de plus en plus rares.

L'organisation de ces maisons de santé et leur emplacement dépend du type de

région (urbaine, semi urbaine ou rurale) avec un sectorisation en fonction du nombre de patients (Espagne) ou avec un attribution spécifique d'une maison de santé pour chaque patients (Angleterre, Canada).(6)

Il est à noter la présence d'équivalent de maison médicale de garde (Walk in Centre) aux EtatsUnis, Canada et Royaume-Uni, ouverts 24h/24 avec infirmières et médecins. Malheureusement les études d'impact sur les autres structures de soins ne sont pas concluante. (7)

Les problématiques rencontrées dans la plupart des pays sus cités sont similaires à ceux rencontrés en France :

Les compétences des offreurs de soins en situation de permanence ne paraissent pas toujours adaptées pour améliorer la qualité des soins et l'efficience des dispositifs : ce constat résulte du modèle des tours de garde en Allemagne et en France où peuvent se substituer indifféremment généralistes et spécialistes ; il est également évoqué dans le cas de la situation italienne, où les médecins de permanence des soins sont confrontés à leur première expérience professionnelle d'exercice classique de la médecine générale. Dans les trois pays, la possible inadéquation des compétences des médecins, soit hautement spécialisés, soit insuffisamment expérimentés au sortir de la formation, peut déboucher sur une inadaptation des traitements au besoin et sur des références hospitalières excessives.

Plus globalement, tous les pays de l'étude sont confrontés soit au manque de personnel, soit au défaut de compétences (trop souvent ceux qui assurent la permanence sont de jeunes remplaçants), et donc à des moyens inadaptés pour assurer la permanence des soins. Dans certains pays, le statut de médecin de permanence à part entière a parfois été créé comme en Italie, ou est devenu de fait comme en Espagne, un moyen pour absorber les médecins qui n'ont pas

été reçus aux concours publics donnant accès à un poste dans la fonction publique hospitalière ou en centre de soins. Dès lors, ces professionnels sont très mal perçus : jeunes, faible qualité, turnover important, peu d'investissement personnel. En tout cas, tous réclament plus de reconnaissance de l'activité de permanence avec des formations adaptées, une coordination avec les autres secteurs, des rémunérations et des statuts revalorisés.

La mobilisation d'outils de régulation physique pour mieux répartir les médecins sur le territoire et donc favoriser une organisation plus équitable de la permanence des soins entre offreurs au moins à court terme n'aboutit qu'à des résultats très mitigés en Allemagne, en France et au Royaume-Uni. En effet, l'efficacité des incitations financières et non financières visant à attirer les médecins généralistes dans les zones déficitaires est très limitée, notamment dans ces pays où le niveau de revenu des médecins est relativement élevé. Les arbitrages réalisés par les médecins entre la qualité de vie accessible en grande zone urbaine et les incitations financières ou en nature se font à l'évidence en faveur de celle-là. En dépit des avantages parfois concédés aux médecins en zones rurales, ils y renoncent donc ou n'acceptent qu'à court terme les délocalisations.

Pour pallier à ces manquements en terme permanence des soins territoriaux et à la pénurie de médecins, des systèmes de compensation par des associations ou regroupements de praticiens exerçant dans le privé à vu le jour, avec à la clef des majorations dans le cout d'accès au soins (SOS Médecins). Le recours à la sous-traitance des services de permanence – quand il est de nature privée auprès d'organismes à but lucratif – peut être considéré comme source d'inéquité entre les patients, surtout si les co-paiements sont assez élevés (Allemagne, France), et parfois générateur de surcoûts (visites à domicile) pour le financeur. En Suède, un tel système a été ainsi abandonné en dépit de sa

popularité en raison du caractère considéré comme superflu des visites à domicile de médecins généralistes privés (dans un système essentiellement public).

Le modèle qui semble le plus efficace actuellement semble être le modèle Danois : Le système a été totalement décroisé et le développement numérique a permis de fluidifier le parcours de soins des patients. Les médecins généralistes sont les gate keeper du système. Aucun passage aux Urgences avant d'être passé soit chez son médecin traitant aux heures ouvrables (8h-16h) soit par la maison médicale de garde du secteur (16h-8h). Les gardes sont obligatoires (en moyenne 4/mois) rémunérée 1000 euros par tranche de 16h-2h et 23h-8h ce qui est particulièrement attractif. Ce forfait se cumule avec un paiement à l'acte et tiers payant généralisé. (8)

Des tentatives de régulation financière par co-paiement par les patients d'une somme forfaitaire en fonction de la nature appropriée ou non de la demande en soins aux urgences sont réalisées aux Etats Unis et en Angleterre, sans avoir la preuve de leur efficacité (7)

1.3 Expérimentations en cours :

-Les plateformes alternatives d'innovation en santé (PAIS) :

Mises en places en 2009 dans le Loir-et-Cher (41) sous l'instigation du Dr GBADAMASSI, praticien hospitalier, et Patrick EXPERT, directeur d'hôpital, concerne 12 médecins généralistes assurant la couverture médicale de 3 cantons départementaux, représentant 48000 patients.

Ce projet consiste à organiser quotidiennement des consultations non programmées réalisées par des médecins généralistes différents chaque jours, de 8h à 20h, du lundi au vendredi, et le samedi de 8h à 13h.

Les secrétaires médicales ont été formées au filtrage des appels par le SAMU afin d'optimiser les demandes médicales et de réadresser les demandes autres vers les structures concernées.

Le financement a été assuré conjointement par l'ARS, les mutuelles, le Fond National pour la prévention, l'éducation et l'information en santé (FNPEIS) et le fond d'investissement régional (FIR), permettant de co-financer un secrétariat à hauteur de 430 € par médecins, et les demi-journées de présence à hauteur de 50€.

Ce système a également permis une amélioration en qualité de travail, avec notamment la fin de la PDS nuit profonde, un gain de temps, l'absence de présence quotidienne au cabinet, une diversité de l'activité. Par ailleurs, 50% des praticiens de ces PAIS sont devenus maîtres de stage.

Il semblerait que ce système ait également permis une diminution du nombre de transport sanitaires vers les urgences (-12%) et une diminution du nombre d'hospitalisations (-6%).

Une évaluation de ce système a eu lieu entre 2009 dans le cadre d'un travail de thèse retrouvant également une diminution significative du nombre de passage aux urgences pour les patients relevant de ces PAIS, comparativement aux autres secteurs où on retrouvait une augmentation. (9).

Une deuxième évaluation à distance de ce dispositif mettait en évidence une réelle volonté des médecins généralistes de s'organiser communément au sein de chaque territoire au sein de ces PAIS, mais avec la nécessité d'une régulation aboutie en amont afin d'éviter l'amiguïté qui peut exister entre les soins urgents et les soins non programmés. (10)

- Les médecins mobiles :

Initiative mise en place en avril 2011 dans le département de Loire Atlantique (44) par l'ADOPS44, il s'agit de médecins généralistes volontaires qui interviennent toutes les nuits entre 20h et 8h, basés dans cinq hôpitaux locaux et qui sont sollicités par le médecin régulateur situé au SAMU-Centre 15.

Ainsi, 137 médecins généralistes volontaires se partagent les gardes de nuit. De ce fait, il ne reste aucune zone blanche en matière de permanence de soins. Chaque nuit, ce sont 5 médecins qui assurent une garde de nuit pour le département, ils interviennent à domicile, en maison de retraite, en hôpital de proximité et pour des actes médico-légaux. Chaque médecin perçoit une astreinte 828 € par nuit. Ce dispositif a coûté 3,8 millions d'euros en 2011 financés par l'ARS.

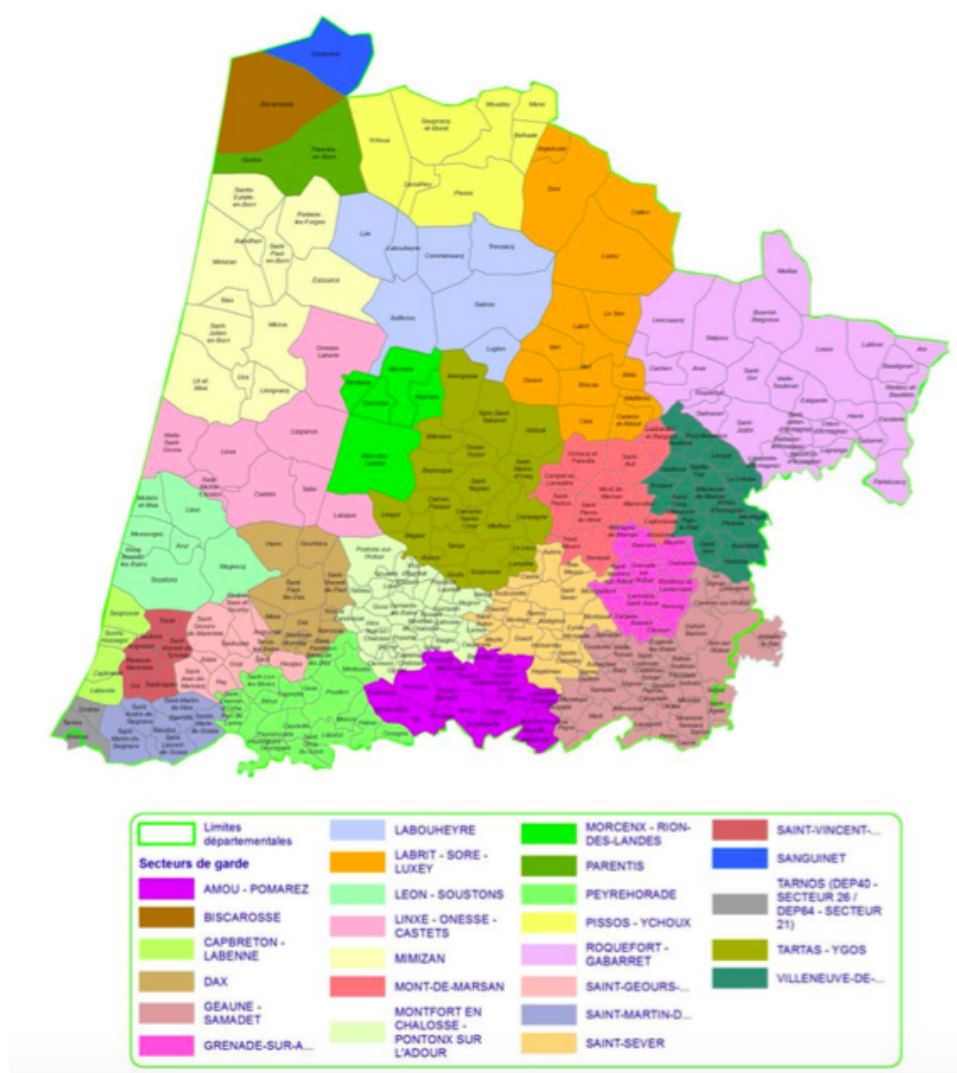
En moyenne, chaque médecin réalise 2 actes par nuits : 20% sont des actes médico-légaux (garde à vue, certificat de décès...), 80 % des actes médicaux ». Selon le président de l'ADOPS 44, la médecine mobile aurait évité 80% d'hospitalisation.

-Les maisons médicales de Garde (MMG) :

La MMG se définit comme un lieu fixe d'exercice de la médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation médicale non programmée. . Elle doit signer une convention avec la ou les structures d'urgence de proximité pour définir l'offre de soins proposée à la population sur le territoire et garantir une coordination

des structures. A titre d'exemple, la Bretagne compte 21 MMG, dont 19 bénéficient d'un financement ARS au titre du Fonds d'Intervention Régional (FIR). Majoritairement, les MMG sont ouvertes sur les horaires de la PDSA à partir de 20 heures et jusqu'à minuit, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés. Néanmoins, certaines (8) ne fonctionnent que les week-ends et jours fériés. Leur accès est principalement régulé par le Centre 15 mais peut-être également direct (numéro de téléphone spécifique) (11).

1.4 Le modèle Landais :



Le département landais compte 413 médecins généralistes en 2017 (Source DRESS RPPS) pour une population de 400 477 habitants en 2014, et ce pour une superficie de 9243km², ce qui en fait le 2 ème plus grand département français derrière la Gironde.

Ce département a la particularité d offrir de grands espaces de forêts et d'activité agricole à faible densité humaine, qu'il est difficile à couvrir sur le plan médical, de part la pénurie progressive du nombre de médecin généralistes, et du faible nombre de structures de soin par rapport à la superficie du département.

En effet ce département propose 3 structures d Urgence : le centre Hospitalier de Dax, le centre hospitalier de Mont de Marsan et la polyclinique de l'Adour. Lors de la période estivale, il offre 2 renforts SMUR à Hossegor et Mimizan, activés par la régulation selon la gravité de la situation rencontrée.

En comparaison, le département de la Gironde (9976km²) offre 10 centre hospitaliers présentant un service d'accueil des urgences médicales : (Pôle santé d'Arcachon, Polyclinique d'Ares, CHU Bordeaux Saint André et CHU Bordeaux Pellegrin, Polyclinique Bordeaux Nord, CH Langon, CH La Réole, CH Lesparre, CH Libourne, Clinique mutualiste Pessac), avec également un maillage réalisé par l association SOS Médecin, non présente dans les Landes.

L'organisation du territoire des Landes se fait en 25 secteurs, dont 14 dédoublés pendant l'été, organisation qui sera revue à l'issue du premier semestre 2019.

La régulation libérale de la PDSA se déroule normalement du lundi au vendredi de 18h à 00h avec 1 médecin, le samedi de 8 h à minuit par 2 médecins, et le Dimanche, jours fériés et ponts par 3 médecins de 8h à 12h, 2

médecins de 12h à 20H et 1 médecin de 20h à minuit.

Ces effectifs théoriques sont susceptibles d'être majoré d'un médecin pendant les férias de Dax et de Mont-de-Marsan.

Cette régulation est réalisée dans les locaux du service de régulation de Mont-de-Marsan, mais n'est pas encore effective complètement du fait du manque de médecins généralistes libéraux pour la réaliser.

1.5.a limites coté patient: des services non adaptés pour une demande parfois inappropriée.

Selon un sondage BVA réalisé en 2015 (12) , sur les 55% de personnes interrogées ayant déjà éprouvé des difficultés pour obtenir un rendez-vous chez un médecin en urgence, 39% y étaient confrontées pour des raisons de délais (55% pour un rendez-vous auprès d'un spécialiste et 27% auprès d'un généraliste), 14% en raison du refus du praticien de prendre de nouveaux patients, 10% en raison du coût trop élevé, 9% en raison de la distance, et 8% (notamment des personnes âgées) pour des raisons d'accessibilité du cabinet. Le caractère urgent n'étant considéré qu'à postériori. Une étude canadienne retrouve cette situation d'absence de disponibilité de médecin traitant pour 32% des patients (13)

Par ailleurs cette demande en soins urgents non programmés concerne deux fois plus les enfants et jeunes adultes (14), et 63% de cette demande se concentre sur la journée et 66% sur la semaine. Cette demande de soins non programmés atteint des pics, en semaine, entre 10 et 11h du matin et entre 19h et 20h.

- la population vieillit et le nombre de patients atteints de pathologies chroniques croît : le nombre de personnes de 60 ans et plus augmenterait, à lui seul, de 10,4 millions entre 2007 et 2060. En 2060, 23,6 millions de personnes seraient ainsi âgées de 60 ans ou plus, soit une hausse de 80% en 53 ans. L'augmentation est la plus forte pour les plus âgés: le nombre de personnes de 75ans ou plus passerait de 5,2 millions en 2007 à 11,9 millions en 2060; celui des 85ans et plus de 1,3 à 5,4 millions. (15)

Ce vieillissement s'accompagne logiquement d'une croissance du nombre de patients atteints de pathologies chroniques. Entre 2015 et 2020, le nombre de personnes atteintes d'une maladie cardio-neuro-vasculaire devrait par exemple grimper de 13% et passer de 4,5millions à 5,1millions de patients, les deux tiers de cette hausse s'expliquant par la seule évolution démographique. D'autres pathologies devraient également connaître de fortes hausses de leurs effectifs au cours de cette période: + 12% pour le diabète (455000 patients de plus), + 10% pour les maladies respiratoires chroniques (340000 patients de plus), + 11% pour les maladies psychiatriques (100000 patients de plus), + 20% pour les maladies inflammatoires (234000 patients de plus) (16)

- la population est mieux informée qu'auparavant sur les risques, et s'inquiète donc plus rapidement de symptômes; elle manifeste parfois pour les soins, comme pour un autre bien de consommation, un souhait d'immédiateté (11) (14)

-L'utilisateur estime par ailleurs pouvoir réaliser aux urgences en un seul lieu et un seul faisceau horaire l'ensemble des consultations et examens nécessaires,et pouvoir y consulter éventuellement un spécialiste, ce qu'il mettra des semaines à obtenir en ville (11).

Constat partagé par la cour des comptes qui constate que 60 à 70% des

passages est "constituée par les patients dont l'état est stable, mais qui ont besoin d'examens complémentaires et ne pourraient être pris en charge en dehors de l'hôpital qu'à condition d'avoir accès à des plages de consultation et d'examens complémentaires non programmés ou à des structures pratiquant la petite traumatologie.

-L'information dispensée aux usagers sur la conduite à tenir en cas de problème de santé est insuffisante et nous faisons face à une méconnaissance de la fonction exacte du numéro d'appel 15 : deux tiers des patients pensent que ce numéro d'appel est réservé aux urgences vitales. Ainsi, ce sont 60% des patients qui se rendent aux urgences de leur propre chef, en fonction de leur ressenti, faute de meilleure orientation et de pouvoir joindre leur médecin traitant selon l'enquête DREES de 2013 sur les services d'urgence.

1.5.b Limites coté médecin : vers un abandon des gardes de nuit ?

Les difficultés par les médecins dans l'accomplissement de PDSA sont multiples. Ils peuvent être de cause structurelles :

-Une démographie médicale en baisse avec une pyramide des ages inversées : Le nombre de médecins généralistes va continuer à décroître naturellement dans les prochaines années au fur et à mesure des départs en retraite non remplacés, et la répartition des professionnels de santé sur les territoires marque des écarts considérables, avec des changements de modalités de pratique qui vont profondément bouleverser l'organisation du soin en France.

Au 1er janvier 2017, le Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM) a recensé 88 137 médecins généralistes, 84 262 spécialistes médicaux et 24287

spécialistes chirurgicaux en se basant sur les médecins d'activité « régulière » (médecins actifs, hors remplaçants et hors médecins cumulant emploi et retraite). Entre 2007 et 2017, le nombre de généralistes a baissé de 9,1%; cette baisse devrait se poursuivre jusqu'en 2025, date à laquelle la France aura perdu encore 8% de médecins généralistes, et un généraliste sur 6 sur la période 2007-2025 (2).

Hors, selon les estimations de la DRESS, comptabilisant tout les médecins ayant déclaré une activité en France dans l'année au CNOM, ce constat est plus nuancé avec un nombre global de médecins restant stable, mais dont la part des généralistes diminue et est inférieure depuis dix ans à celle des spécialistes.

En France en 2018 nous dénombrons 226 000 médecins en activité en France, soit 1 500 de plus qu'en 2017 (+0,7 %) et 10 000 de plus qu'en 2012. 102 000 sont des généralistes (45 % de l'ensemble) et 124 000 sont des spécialistes hors médecine générale (55 % de l'ensemble).(17)

Le nombre de spécialistes augmente tandis que le nombre de généralistes stagne. Depuis 2012, le nombre total de médecins a progressé de 4,5 %. Au cours de cette période, le nombre de médecins généralistes a stagné (+0,7 %), tandis que le nombre de spécialistes a progressé de 7,8 %.

Parallèlement, le nombre de libéraux n'a pas évolué (+0,04 %), la baisse du nombre de généralistes exerçant en libéral (-2,0 %) a compensé la hausse du nombre de spécialistes libéraux (+2,4 %). Le nombre de salariés et particulièrement de spécialistes salariés a lui fortement augmenté (respectivement +11,1 % et +13,9 %).

En 2018, 57 % des médecins sont des libéraux. 46 % ont une activité libérale exclusive et 12 % un exercice « mixte » (cumul d'une activité salariée et d'une

activité libérale).

L'âge moyen des médecins généralistes en France est de 53 ans. La part des médecins ayant 60 ans et plus représente 30% des médecins généralistes libéraux et mixtes. Celle des moins de 40 ans représente 13,6 %. (2). L'âge moyen des médecins est élevé car les générations actuellement proches de la retraite sont issues des numeros clausus élevés des années 1970 (proches des niveaux actuels, autour de 8 000), tandis que les générations suivantes ont connu des numeros clausus plus bas (inférieurs à 4 000 dans les années 1990). (17)

La population de médecins généralistes vieillit, et se féminise. La part des femmes est passée de 29% en 2007 à 36% au 1er janvier 2015. Parmi les médecins de moins de 40 ans, les femmes représentent 60% des effectifs. Or, les femmes médecins généralistes cherchent davantage à améliorer l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle, avec notamment une durée de travail plus brève que celle des hommes. Tendance sociétale de réduction du temps de travail et de préservation de la vie privée que l'on retrouve également progressivement chez les hommes. (18)

-Des missions de plus en plus lourdes et complexes en journée,

-Un déficit d'installation en libéral :

Le (CNOM) indique que parmi les nouveaux inscrits en 2014 :

-20,4 % ont fait le choix de l'exercice libéral;

-33,4 % sont salariés;

-4,3 % ont un exercice mixte;

-41,9 % sont remplaçants dont 64% en activité régulière

-Une surcharge de travail administratif

- De plus en plus de jeunes médecins ne souhaitent pas habiter dans la commune d'exercice ou même à proximité. Egalement les jeunes générations de médecins se dirigent davantage vers le salariat, et aspirent à un rythme de vie plus proche de celui de l'ensemble de la population.

Liées également à certaines insatisfactions de la profession :

-Des territoires jugés trop vastes ou à risque, avec l'absence de couverture assurantielle lors des visites.

-Une non réévaluation des astreintes (50€ jusqu'à minuit), et ce malgré les dernières réévaluations d'actes prévues par la dernière convention médicale du 25 août 2016.

-Des obligations hors du champ de la PDSA qui alourdissent la charge de travail (certificat de garde à vue, et certificats divers...) vers un abandon des gardes de nuit? (charge de travail, problèmes d'organisation, de planning, de maillage territorial en secteur rural)

- une régulation libérale qui réduit finalement trop le nombre de consultations ne justifiant plus forcément un médecin de garde.

Un déclin du nombre de visites à domicile : dont la part dans le nombre total d'actes pratiqués par les médecins libéraux est en diminution régulière et marquée depuis une dizaine d'années : elles représentaient 14% de leur activité en 2005, 12 % en 2010, et 10 % en 2013 (19) et (20)

La présence d'autres structures comme l'association SOS médecins peut ne pas inciter les autres généralistes libéraux à se mobiliser et à s'organiser pour assurer l'accès aux soins non programmés et la permanence des soins.

-Même si le nombre de consultations non programmées s'établit selon la

dernière enquête connue (2004) à 35 millions par an, soit 12% de l'activité globale des médecins, il demeure un goulot d'étranglement de la réponse à cette demande, qui se déporte par défaut sur les urgences hospitalières.

Malgré ces problèmes cités : Une étude de l'URPS Franche-Comté de juin 2014 (21), dont les résultats sont rapportés par Le Quotidien du Médecin du 20 novembre 2014, montre que pour 349 praticiens, dont 227 généralistes, 99% des généralistes et 90% des spécialistes déclarent accepter de recevoir en urgence des patients (la demande de soins non programmés étant entendue, dans cette enquête, comme une demande sur la demi-journée). Ils gèrent en moyenne 5,4 demandes de consultations non programmées par jour (et même 6,6 pour les généralistes), soit un tiers de leur activité. Seule une minorité de médecins (4,2%) rejette toute demande de soins non programmés et un médecin sur dix en accepte plus de dix par jour. Néanmoins, 59% des professionnels (49% des spécialistes, 64% des généralistes) se voient dans l'obligation de refuser les soins en urgence au-delà d'un certain seuil. Toutes spécialités confondues, le nombre moyen de refus pour une prise en charge le jour même est seulement de 1,75 patient par médecin.

S'ils sont dans l'incapacité de recevoir un patient, les médecins libéraux réalisent du conseil par téléphone en moyenne pour quatre patients par jour, révèle l'étude (90% des généralistes sont concernés par cette activité).

L'enquête régionale précise que 46% des médecins réservent dans leur agenda des plages spécifiques pour l'urgence, ce qui n'empêche pas 42% d'entre eux de recevoir des patients non programmés supplémentaires en dehors de ces créneaux préférentiels.

Une nouvelle enquête a été réalisée fin 2018 pour surveiller l'évolution de ces pratiques, dont les résultats vont être publiés sous peu.

Par ailleurs une enquête similaire a été réalisée auprès de 445 médecins

généralistes alsaciens en 2018, retrouvant des résultats similaires avec 97,8% des praticiens acceptant de prendre en charge les soins non programmés, 81,1% déclarant ne jamais les refuser. En cas d'impossibilité de prise en charge, 45,2% des médecins adressaient à un confrère, et 20,2 adressaient aux urgences. (22)

Dans le même temps, 23% des médecins interrogés ont plus de trois rendez-vous non honorés par jour, et les médecins répondants estiment perdre en moyenne 40 minutes de consultation par jour, selon l'URPS médecins libéraux Île-de-France (23). Au niveau national, une enquête de l'URPS Franche-Comté estime à 28 millions de rendez-vous qui ne sont pas honorés chaque année (24).

1.5.c Limites côté urgences : la saturation des services.

La France est confrontée à une hausse ininterrompue depuis 20 ans, de 3,5% en moyenne annuelle de la fréquentation de ses services hospitaliers d'accueil des urgences. Le nombre de passages dans ces services est passé de 7 millions en 1990 à 20,3 millions par an aujourd'hui. Environ 43% des passages aux urgences pourrait être prise en charge par la médecine ambulatoire.

Parallèlement, la proportion d'hospitalisations après passage dans les services d'urgence, supérieure à 30% en 1990, s'est abaissée aux environs de 20% et reste stable depuis de nombreuses années. Les cas graves représentent environ 10% des admissions dans les structures d'urgence, dont la moitié relève des urgences vitales. La traumatologie représente entre 35 et 40% des admissions. (25)

Les passages dans les services d'urgence sont essentiellement diurnes : 75% ont lieu entre 8h et 20h, contre 25% entre 20h et 8h, et 10% entre 0h et 8h. Selon l'enquête nationale réalisée par la DREES sur une période de 24h en 2013, il ressort notamment que :

- la situation qui conduisait les personnes à se présenter aux urgences avait débuté le jour même pour 53 %d'entre eux, et remontait à plusieurs jours pour 29 %;
- les personnes venaient directement de leur domicile dans 65 %des cas, de la voie publique,de leur lieu de travail ou de l'école pour les enfants pour 19 %;
- elles étaient arrivées aux urgences par leurs propres moyens ou grâce au véhicule d'un tiers dans 68 %des cas. (26) et (27)

Selon l'OCDE, le taux de patients inappropriés aux urgences est de 12 % aux Etats-Unis, 20 % en France et en Italie, 25 % au Canada, 31 % au Portugal, 32 % en Australie et 56 % en Belgique. (28)

La dernière estimation des passages inappropriés aux urgences hospitalières re trouve une proportion évaluée à 43% des cas (29% n'auraient justifié que d'une simple consultation chez le généraliste, 6% d'une consultation chez le généraliste suivie d'un examen, et 8% auraient justifié d'une consultation d'un spécialiste). En moyenne, 48% des patients passent moins de deux heures aux urgences, selon l'enquête DRESS de 2013 non encore publiée du fait de problème de méthodologie (urgence ressentie par rapport au caractère d'urgence à posteriori). (29)

Sur le plan comptable en terme de dépense hospitalière, en 2015, les montants financiers en jeu ainsi approchés sont compris entre 654 M€ (Estimation basse obtenue en appliquant au nombre de passages aux urgences enregistrés en 2015, le pourcentage de recours pertinent issu de l'enquête nationale sur les

urgences de la DREES (25) , multiplié par le coût moyen d'un passage non suivi d'hospitalisation), et 1,2 Md€ (Estimation haute obtenue par la multiplication du coût d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation (78 € en moyenne selon l'ATIH, hors forfait annuel et frais de transport sanitaire) par le nombre de passages sans hospitalisation) , à comparer à un coût de la prise en charge par des professionnels libéraux compris entre 434 M€ et 800,7 M€ (nombre d'hospitalisations non pertinentes estimé à partir de l'enquête de la DREES de 2013 pour la fourchette basse , contre le nombre de passages non suivis d'hospitalisation, pour la fourchette haute, multiplié par le coût d'une consultation chez le médecin généraliste avec une moyenne des majorations pour urgence (acte de nuit à 35 € et urgence à 22,6 €) pour la fourchette haute)(29) .

Le dernier rapport de la cour des comptes met en regard le coût très élevé des passages aux urgences avec des consultations équivalentes en médecine de ville: aux urgences, le coût moyen d'un passage varie entre 115 € en journée et 150 € la nuit, quand celui-ci est en moyenne de 25 € en journée et 71 € la nuit pour une consultation en ville, et ce d'autant plus que 10 à 20%" des patients pris en charge en 2016 n'avaient eu besoin "d'aucun acte complémentaire d'imagerie ou biologie médicale" et auraient donc pu être pris en charge "en ville en médecine générale".

- L'afflux massif de patients provenant des EHPAD, que ce soit pour les soins urgents comme pour les demandes d'hospitalisations : En effet, lorsqu'une hospitalisation survient chez un résident en EHPAD, quel que soit son âge, elle se fait par le biais des urgences dans 64 % des cas. À titre de comparaison, ce pourcentage est de 45,6 % pour l'ensemble des personnes âgées de 80 ans et plus, et de 15 % dans la tranche d'âge 30-70 ans, en population générale, et ce

malgré la présence d'un médecin coordonnateur, dont le rôle médical est jusque là restreint à la prescription qu'en cas d'«urgence ou de risques vitaux ainsi que lors de la survenue de risques exceptionnels ou collectifs». (30)

- L'apparente gratuité des soins dans les services d'urgence (31), de part la facturation retardée et la prise en charge par les complémentaires qui permettent qu'aucune somme ne soit demandée au patient, ni lors du passage aux urgences, ni après, même s'il faut noter que seuls 2 % des personnes interrogées par la DREES en 2013 motivaient leur choix des urgences par la gratuité. (25)

- Le manque de médecins urgentistes par rapport à l'augmentation de l'activité :

Le dernier rapport de la cour des comptes souligne que si le nombre de médecins travaillant au sein de services d'urgence a augmenté de 13% depuis 2013 (9.500 médecins au 31 décembre 2016), cette hausse est "légèrement inférieure à [celle] de la progression de l'activité (15% sur la même période)".(31)

Cette augmentation est de surcroît un trompe-l'oeil, car dans le même temps la part de médecins à temps partiel est passée de 46% à 77%.

En s'appuyant sur les données transmises par le centre national de gestion (CNG) au 1er janvier 2017, le rapport met en lumière le taux de vacance statutaire des praticiens hospitaliers (PH) exerçant en médecine d'urgence: 25% pour les PH à temps plein et 45% pour les PH à temps partiel.

Ces évolutions ont engendré une "hausse exponentielle du recours à l'intérim dans les services d'urgence hospitaliers publics". (31)

La rémunération de ce praticiens intérimaires entraine donc un surcout pour la collectivité, que le ministère tente de plafonner en s'appuyant sur les

dispositions de la loi de modernisation de notre système de santé du 11 janvier 2016. (32)

Les salaires peuvent atteindre des coûts à la journée de 1.300 € net et de 2.000 € pour 24 h d'affilée , soit 83€/heure net. (31)

2. Les stratégies gouvernementales:

2.1. Le rapport de Thomas Mesnier:

Présenté en mai 2018 à la demande de Madame Agnès Buzin, Ministre de la Santé et des Solidarités, ce travail porte sur sur les soins non programmés, entendus comme ceux devant répondre à une urgence ressentie, mais ne relevant pas médicalement de l'urgence et ne nécessitant pas une prise en charge par les services hospitaliers d'accueil des urgences, et notamment hors permanence des soins ambulatoires (PDSA), c'est-à-dire aux soins dispensés entre 8h et 20h en semaine, et le samedi matin. Il se base sur plusieurs constats déjà évoqués précédemment (Cf Annexe 2) :

Ce rapport décrit les initiatives qui ont été créées depuis pour répondre à cette demande :

- Des centres hospitaliers, confrontés à la pénurie d'urgentistes, ont transformé leur service d'urgence en centres de soins non programmés ne fonctionnant que la journée, ce qui leur permet de ne pas être soumis aux normes applicables aux services d'accueil d'urgence;
- Les environ 1000 maisons de santé pluridisciplinaires (MSP), et notamment les 538 MSP adhérentes à l'accord cadre interprofessionnel (ACI) proposé par l'assurance maladie (qui prévoit la subordination d'une partie de la

rémunération forfaitaire de ces structures à la fixation de plages horaires dédiées aux soins non programmés), mutualisent leur capacité d'accueil de ce type de situations. De même, les environ 2 000 centres de santé, qui emploient des personnels salariés, doivent, de par leur accord-cadre, proposer des plages d'accueil des soins non programmés

- Les hôpitaux locaux, essentiellement en zone rurale, qui associent à leur fonctionnement des médecins généralistes libéraux, accueillent des soins non programmés

- Plusieurs établissements privés à but lucratif proposent un accueil des soins non programmés, qui a aussi l'avantage pour eux de pouvoir constituer une porte d'entrée en hospitalisation

- Une trentaine de structures libérales d'exercice groupé sont totalement dédiées à l'accueil de soins non programmés

- Enfin, des associations comme SOS Médecins, dont l'activité était jusqu'ici concentrée la nuit et le week-end, occupent aujourd'hui un rôle effectif dans la continuité des soins pendant la journée et développent, en sus des visites à domicile, des lieux fixes de consultations non programmées. 40% de l'activité est réalisée en journée, en dehors des horaires de la PDSA.

Acteur urbain et péri-urbain, SOS médecins couvre près de 90% des grandes agglomérations et près de 60% du territoire national métropolitain et ultra-marin.

Les 63 associations départementales emploient plus de 1500 médecins. Leurs centres d'appel reçoivent chaque année 6 millions d'appels et ouvrent 4 millions de dossiers médicaux qui donnent lieu à 2,5 millions de visites à domicile, 900 000 consultations dans les points fixes d'accueil de ces

associations et 700 000 conseils médicaux

Pour répondre aux problématiques rencontrées, le rapport propose 19 recommandations (Cf Annexes) dont sont ici présenté les grandes lignes

- Assurer une couverture territoriale en offre de soin, à travers un cadre national adapté par les ARS au niveau local, en inscrivant dans la loi le principe de responsabilité territoriale, en labellisant et incitant financièrement les initiatives des professionnels de santé et autres organisations et structure de soin, notamment en augmentant le poids de la rémunération des soins non programmés.
- Orienter les ARS, caisses d assurance maladie, les collectivités territoriales et inter communales, vers un appui financier, une aide logistique et organisationnelle, et une politique d appui et de simplification plutôt que sur des politiques de contrôle.
- Faciliter le recours direct aux actes techniques et examens complémentaires
- Rendre obligatoire une demi-journée de soins non programmés pour chaque praticien.
- Un remboursement sans pénalité liée au parcours de soins de la consultation d'un médecin appartenant au réseau de premiers soins autre que le médecin traitant.
- De dégager du temps médical utile, en encourageant beaucoup plus résolument qu'aujourd'hui le partage de tâches entre médecins et autres professions de santé (infirmiers, kinésithérapeutes, pharmaciens), avec une

impulsion toute particulière qui doit être, donnée aux attributions des infirmiers de pratique avancée (IPA).

- Une campagne massive d'information sur un numéro d'appel unique de régulation téléphonique 24h/24 et le bon recours doit être menée dans les grands médias audio-visuels, sur les réseaux sociaux et par insertion dans les bulletins municipaux, ainsi que dans les lieux de soins, avec le concours de professionnels de santé et des associations représentatives d'utilisateurs du système de santé. Le but étant d'en faire un maillon clé du parcours de soins.

- Des actions d'éducation à la santé, sur le modèle de celles mises en place par la Mutualité sociale agricole, et démultipliées par les acteurs du futur service sanitaire, doivent être menées auprès de la population pour lui rappeler les gestes simples de prise en charge par soi-même des problèmes de santé bénins, et les réflexes de recours à la médecine de proximité en cas de plus grande difficulté, ainsi qu'auprès des élus, parfois ignorants des problématiques actuelles, des données et des initiatives locales.

- Géolocalisation de l'offre de médecine ambulatoire à proximité de l'utilisateur via la plateforme sante.fr.

- Le développement rapide et le déploiement des dossiers médicaux partagés (DMP) et des messageries de santé sécurisée (MSS), notamment concernant la structuration des informations liées au DMP, afin d'être effectivement utilisées par les professionnels de santé,

- Le développement rapide de la télémedicine notamment pour les personnes à mobilité réduite demeurant à domicile et dans les EHPAD, ainsi qu'une évolution du rôle des médecins coordonnateurs qui doivent se voir reconnaître

une capacité de prescription pour pallier l'absence du médecin traitant du résident.

- Une nette revalorisation des visites à domicile pour tout les professionnels de santé

2.2. Le plan santé 2022

Un projet de réforme du système de santé a été rédigé par le gouvernement français, à l'initiative de Madame Agnès Buzyn, ministre de la santé, et de Monsieur Emmanuel Macron, Président de la République.

Parmi les mesures proposées, celles en lien avec le sujet de l'organisation des soins non programmés sont :

- Le déploiement de 1 000 Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et de 2 000 structures d'exercice coordonné conventionnées dans les 5 ans, Les CPTS sont des organisations très légères (souvent sous forme d'associations) dédiées à la coordination des professionnels de santé. Elles permettront d'avoir des financements supplémentaires pour les praticiens qui s'y engageront. Une stratégie nationale de déploiement sera arrêtée d'ici fin 2018 et une négociation conventionnelle sera engagée dès 2019 pour donner un cadre pérenne de financement aux CPTS. Leurs missions prioritaires seront :

- La réalisation d'actions de prévention,
- La garantie d'accès à un médecin traitant pour tous les habitants du territoire,
- La réponse aux soins non programmés, c'est-à-dire la possibilité d'obtenir un rendez-vous dans la journée, en cas de nécessité,
- L'organisation de l'accès à des consultations de médecins spécialistes dans des

délais appropriés,

- La sécurisation des passages entre les soins de ville et l'hôpital, notamment pour anticiper une hospitalisation ou préparer la sortie de l'hôpital après une hospitalisation,

- Le maintien à domicile des personnes fragiles, âgées ou poly-pathologiques.

- Soutien financier au développement des 4000 assistants médicaux d'ici 2022 auprès des médecins libéraux à condition que ces derniers exercent en groupe, s'inscrivent dans un exercice coordonné ou une CPTS et s'engagent sur un bénéfice mesurable pour la population en matière d'accès aux soins (augmentation patientèle, réduction des délais de rendez-vous...), dans le but de libérer du temps médical et de permettre aux médecins de se concentrer sur les soins. Leur missions sera l'accueil des patients, le recueil de certaines données et constantes, ainsi que de certaines informations relatives à l'état de santé, la vérification de l'état vaccinal et des dépistages, la mise à jour des dossiers et de la gestion de l'aval de la consultation (pré remplissage de documents administratifs, prise de rendez-vous avec les spécialistes de recours, programmation des admissions en établissements hospitaliers...

- Création de 400 postes de médecins généralistes à exercice partagé ville/hôpital, qui seront salariés des hôpitaux de proximité et qui seront envoyés dans des territoires prioritaires pour y dispenser des consultations.

- Mise à jour des nomenclatures et classification générales des actes médicaux d'ici 2022 (même s'il n'a pas été décrit)

- Délégation de certains actes initialement circonscrits aux médecins généralistes (vaccination chez le pharmacien...)

- Développement de la télémédecine vers des cibles prioritaires (structures d'exercice coordonné, EHPAD, hôpitaux de proximité...)

- Labellisation dès 2020 des premiers « Hôpitaux de proximité », avec l'objectif de re-connaissance de 500 à 600 établissements. Ces derniers assureront des missions hospitalières de proximité, en médecine polyvalente, soins aux personnes âgées, soins de suite et de réadaptation, consultations de spécialités, consultations non programmées, et devront disposer d'un plateau technique de biologie et d'imagerie, d'équipes mobiles et d'équipements en télémédecine

- Suppression du Numerus clausus et refonte des premiers cycles des études en santé autour de processus d'orientation progressifs encourageant les passerelles et la diversification des profils, afin de pouvoir augmenter le nombre de médecins sur le territoire.

2.3. Recommandations de la Cour des comptes :

Forte de ces précédents constats, la cour des comptes a émis des recommandations dans sa tribune du 6 février 2019 (26), saluant les initiatives du rapport Thomas Mesnier et du plan santé 2022, et citant notamment la création des CPTS, ou le forfait de réorientation vers les médecine de ville des patients se présentant aux urgences pour une consultation simple.

Les 6 recommandations sont :

- Formaliser dans chaque région un dispositif d'accès aux soins non programmés intégrant une offre ambulatoire en ville à l'occasion de la révision à mi-parcours des schémas régionaux de santé en 2020.

- Développer des alternatives aux passages aux urgences à l'hôpital en soutenant la

mise en place de centres de soins non programmés dotés d'un plateau technique léger.

-Développer des filières d'admission directe pour les personnes âgées, que ce soit en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR).

-Faire évoluer les services d'urgence à l'activité insuffisante en utilisant tous les leviers disponibles", en allant de la mise place "d'équipes médicales de territoire" à la fermeture de services d'urgence.

-Réformer la tarification des services d'urgence et développer un modèle économique et tarifaire pour financer des centres de soins non programmés alternatifs aux structures d'urgence.

-Établir une liste de délégations d'actes en faveur des infirmières diplômées d'Etat (IDE) dans les services d'urgence.

3) Le Projet du MAPI (Médecin d'accueil des pathologies intercurrentes) à la Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) d Amou-Pomarez

3.1) Présentation du système de garde

Le projet est né en 2013 dans une volonté de coordonner les 35 professionnels de santé du secteur de Amou Pomarez au sein d'un projet commun de coordination de soins au sein d'un territoire vaste, dans un contexte de population vieillissante de plus en plus demandeuse de soins non programmés, complexes, notamment de par la distance qui relie le secteur aux services d'urgences les plus proches (Orthez et Dax):en moyenne 25 km de route nationale, 20 minutes de route.

Dans un premier temps un nouveau numéro de téléphone a vu le jour à partir de septembre 2012, le 05 58 44 11 11, dans tout le département des Landes, afin de

mettre en contact le patient directement avec un médecin régulateur de la PDSA.

(numéro à 10 chiffres également présent en Corrèze)

Cette nouvelle plateforme de communication avec le corps médical a été réalisée avec le travail conjoint des professionnels de santé libéraux du département, de l'ARS et de la chef de service de la régulation, le Dr Ricard, afin de désengorger le 15, réservé aux urgences vitales, et également de soustraire les médecins libéraux de la PDSA de nuit profonde, jugée peu rentable, au vu des budgets attribués en regard du nombre d'intervention, et épuisante pour les médecins libéraux, qui ont vu leur nombre diminuer sans remplacement durant les dernières années.

Au bout de quelques années de recul, il s'est avéré que le PDSA du secteur Amou-Pomarez, qui ne se réalisait plus que de 20 heures à minuit en semaine, 12h minuit le samedi, et 8 heures minuit le dimanche, présentait les mêmes caractéristiques que celles précédemment décrite en nuit profonde : faible nombre d'intervention, qui, pour la plupart, auraient très bien pu être réalisées durant les heures ouvrables, faute de disponibilité du patient ou du cabinet de soins, et manque de motivation des praticiens à l'exercer dans ces conditions.

Il a donc été choisi, sous l'instigation du Docteur Guillaume Darmaillacq, pratiquant à la maison de santé de Amou, de réaliser une nouvelle expérience en terme d'organisation de la maison de santé et de la PDSA. Dorénavant les soins non programmés seraient accessibles directement au cabinet d'Amou et Pomarez de 8h à 20h du lundi au vendredi et le samedi de 8h à 12h, avec la présence d'un médecin sur place. Ensuite, la PDSA serait réalisée le samedi de 12h à 20h et le dimanche de 8h à 20h sous couvert d'une régulation médicale téléphonique par le numéro à 10 chiffres sus cités.

En contrepartie, le secteur médical s'engageait à être disponible durant ces horaires

ouvrables pour tout les soins non programmés, avec la présence d'un secrétariat physique, et en consacrant un nouveau rôle médical au sein de ses MSP : le MAPI, médecin d'accueil des pathologies intercurrentes, qui se dédiait aux soins non programmés.

En effet, dans une étude qualitative par entretiens avec 15 médecins généralistes réalisée en 2017 en Rhône-Alpes sur les solutions à envisager pour améliorer la prise en charge des soins non programmés, il avait plutôt évoqué comme piste une meilleur gestion des agendas des médecins, avec plage de consultation dédiées et présence d'un secrétariat physique formé à ce type de demande. (27)

Ce rôle était donc partagé par les 5 médecins du cabinet d Amou, et les 3 médecins du cabinet de Pomarez, à raison de créneaux de 2 heures alternant entre chaque médecins. Durant ces créneaux le médecin était présent sur place, s'engageait à recevoir les soins non programmés dans les meilleurs délais, avec la possibilité de prendre en charge de la petite traumatologie via un box dédié. En revanche il n'était pas réalisé de visites à domicile, et parfois en cas de faible affluence, les médecins pouvaient intercaler des rendez vous programmés.

Les médecins pouvaient également bénéficier de l'aide des internes de médecine générale en formation ambulatoire et des SASPAS.

3.2.Objectifs de l étude.

L' objectif premier de cette étude est donc de décrire l'activité du MAPI, en terme de pathologies rencontrées, de description de la population et d'actions réalisées lors de cette activité. L'objectif secondaire est d'évaluer l'impact de la prise en charge des soins non programmés sur la fréquentation des urgences d Orthez et Dax, en comparant le nombre de passage aux urgences de proximité entre avant et après la

mise en place de ce dispositif, ainsi que l'impact sur la régulation médicale SAMU 40 et sur les activités du CODIS (Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours) du département des Landes.

II) MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude :

Etude observationnelle transversale décrivant la nouvelle organisation de la prise en charge des soins non programmés dans le secteur d'Amou Pomarez.

2. Eléments mesurés:

2.1 : Caractéristiques des consultations :

Nous avons recueilli l'ensemble des caractéristiques des consultations réalisées par le MAPI entre le 1 janvier 2016 et le 30 Juin 2016 sur des questionnaire dédiés remplis par le MAPI (Cf Annexe 3).

Lors de chaque consultation, le médecin responsable remplissait un tableaux avec certaines informations concernant l'horaire de venue du patient, son age, ainsi que le motif de venue suivant des sous groupe décrits ci dessous :

Motif :

1 : Cardiovasculaire

2 : Dermatologie

3: Endocrino métabolique

4 : Hématologie

5 : Hépto-gastro-entérologie

6 : Infectiologie

- 7: Neurologie
- 8: Obstétrique
- 9 : ORL
- 10 : Ophtalmologie
- 11:Stomatologie
- 12:Urologie, appareil génital
- 13 : Pneumologie
- 14 : Psychiatrie, Toxicomanie
- 15:Rhumatologie
- 16:Traumatologie
- 17 : Toxicologie, allergie
- 18 : Pathologie sociale ou médico sociale.

A la question : «consultation relevant du MAPI ? », les patients consultants le MAPI doivent être des patients qui nécessitent une consultation avec avis médical dans les 24 heures (par sa gravité potentielle ou la nécessité d'un traitement, même symptomatique ou d'un geste) sans quoi ils auraient pu aller aux urgences s'ils n'avaient pas consulté ce jour.

Exemple: otite moyenne aiguë de l'enfant, bronchiolite, grippe, gastro entérite sévère, suture, douleur thoracique, malaise, syndrome douloureux abdominal aigu.

Ne relevant pas du MAPI: pathologies qui ne nécessite pas forcément un avis dans les 24 heures: rhinopharyngite, renouvellement d'ordonnance, certificat, douleur articulaire ancienne etc ...

Ceci restant à l'interprétation du clinicien.

A la question : « Le patient aurait-t'il consulté aux urgences en l'absence de consultation dans la journée ? »

- Si le patient relève bien d'une consultation MAPI (cf ci dessus)
- Dans ce cas, lui demander s'il serait allé consulté aux urgences s'il n'avait pas pu

nous voir dans la journée.

2.2 Retentissement sur les urgences de proximité :

Nous avons recueilli le nombre de passage dans les SAU des centres hospitaliers de Dax et Orthez, qui sont les 2 principaux centre susceptibles d'accueillir les patients du secteur médical d'Amou-Pomarez, où est appliqué ce nouveau système de permanence des soins, avant et après le changement de système de PDSA.

La période étudiée va du 1 janvier 2015 au 30 Juin 2015 et du 1 janvier 2016 au 30 Juin 2016. Nous avons différencié les passages jours (du lundi au vendredi de 8h à 20h, le samedi 8h-12h) et nuit (du lundi au vendredi de 00h à 8h et de 20h à 00h, le samedi de 00h à 8h et de 12h à 00h, et le dimanche de 00h à minuit.

Les données ont été extraites par les départements d'informatique médicale des deux centres hospitaliers.

3.Population étudiée :

L'étude concerne les patients consultants aux urgences de Dax et Orthez, quelque soit leur age ou leur sexe, relevant des secteurs de Amou et Pomarez, c'est à dire venant des villes suivantes :

Amou, Argelos, Arsague, Bassercles, Bastennes, Bergouey, Beyries Bonnegarde, Brassempouy, Castel Sarrazin, Castaignos Souslens, Castelner, Cazalis, Donzacq, Estibeaux, Gaujacq, Labastide Chalosse, Lacrabe, Marpaps, Momuy, Mouscardes, Nassiet, Pomarez, Poudenx, Saint Cricq Chalosse, Serrelous et Arribans, Tilh

Situation de la ville de Castelner : présence médicale du Dr Amélie Nativité à Poudenx et groupement médical de Samadet.





Tableau n°1 : évolution démographique du secteur médical Amou-Pomarez.

Ville	2010	2015	Evolution 2010-2015	2018	Evolution 2015-2018
Amou	1559	1543	-1,03%	1564	-1,36%
Arsague	347	364	4,90%	367	0,80%
Bonnegarde	287	285	-0,70%	290	1,75%
Brassempouy	302	272	-9,93%	285	-5,60%
Castel Sarrazin	531	536	0,94%	550	-2,60%
Gaujacq	448	440	-1,79%	450	-2,27%
Marpaps	146	136	-7,48%	144	5,88%
Nassiet	331	355	7,25%	362	1,97%
Bastennes	264	260	-1,52%	269	3,46%
Donzacq	445	489	9,89%	497	1,63%
Pomarez	1503	1522	1,26%	1564	2,76%
Tilh	815	799	-2,08%	813	1,75%
Argelos	185	166	-10,27%	168	1,20%
Bassercles	118	151	27,97%	151	0,00%
Bergouey	98	96	-2,04%	98	2,08%
Beyries	106	123	16,04%	125	1,62%
Castaignos Souslens	396	400	1,01%	404	1,00%
Castelner	116	112	-3,45%	115	2,68%
Cazalis	149	136	-8,72%	143	5,14%
Labastide Chalosse	135	150	11,11%	154	2,67%
Lacrabe	237	259	9,28%	266	2,70%
Momuy	453	465	2,65%	484	4,09%
Poudenx	229	228	-0,44%	235	3,07%
St Cricq Chalosse	659	636	-3,49%	651	2,36%
Serrelous et Arribans	208	195	-6,25%	205	5,13%
Estibeaux	654	685	4,74%	702	2,48%
Mouscardes	258	253	-1,94%	256	1,19%
Total	10979	11056	0,70%	11312	2,31%
Landes	384320	403234	4,92%	411757	1,02%

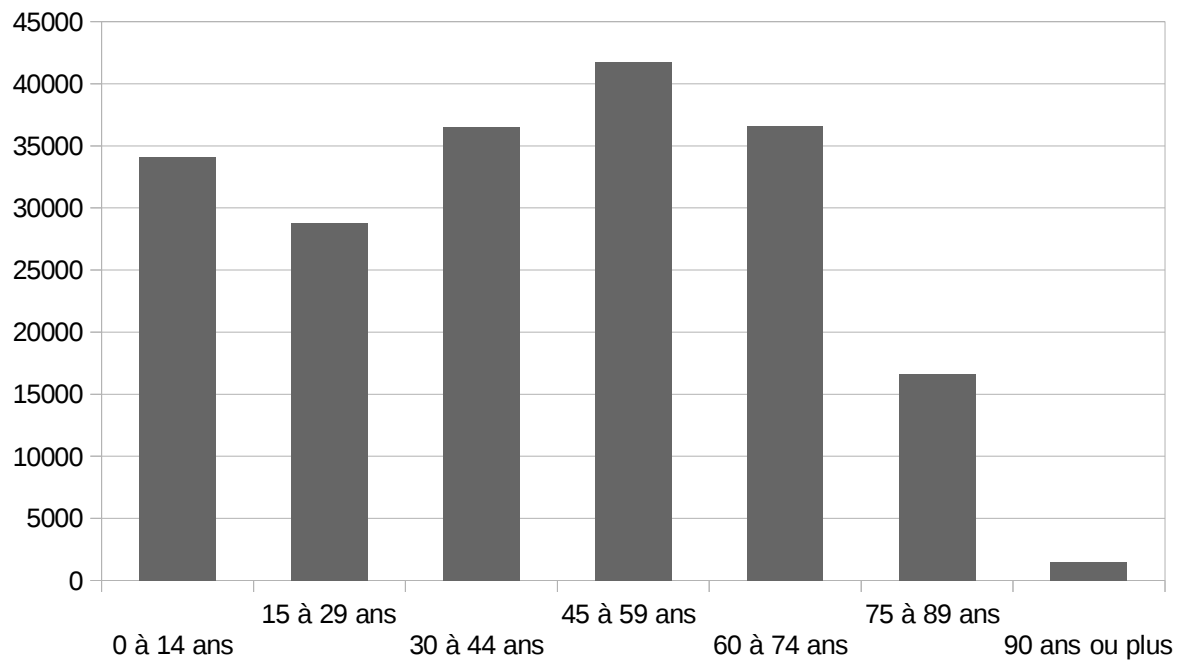
Nous constatons donc que le territoire d'Amou et Pomarez subit une augmentation de sa population comparativement aux Landes, qui s'est accrue dernièrement au point que l'évolution de sa population entre 2015 et 2018 dépasse l'évolution de population des Landes (2,32% contre 1,02%)

Tableau n°2 : Statistiques démographiques des Landes en 2015 :

	Hommes	%	Femmes	%
Ensemble	195731	17,4	207503	15,6
0 à 14 ans	34082	17,4	32395	15,6
15 à 29 ans	28755	14,7	26901	13
30 à 44 ans	36494	18,6	37239	17,9
45 à 59 ans	41714	21,3	42900	20,7
60 à 74 ans	36579	18,7	39995	19,3
75 à 89 ans	16650	8,5	23958	11,5
90 ans ou plus	1456	0,7	4115	2
0 à 19 ans	44923	23	42387	20,4
20 à 64 ans	110174	56,3	112162	54,1
65 ans ou plus	40634	20,8	52954	25,5

Nous observons donc une pyramide des ages en faveur des personnes âgées de 45 à 59 ans, puis entre 60 et 74 ans, qui sont les âges durant lesquels les populations ont les probabilités les plus élevées de présenter des pathologies chroniques (pathologies cardiovasculaires, néoplasies, pathologies neuro dégénératives ...)

Graphique n°1 : Répartition démographique des Landes en 2015



III) RESULTATS

1. Analyse des consultations du MAPI

Au total il a été réalisé 3958 consultations par le MAPI entre le 1 janvier 2016 et le 30 juin 2016, permettant de retrouver les caractéristiques suivantes :

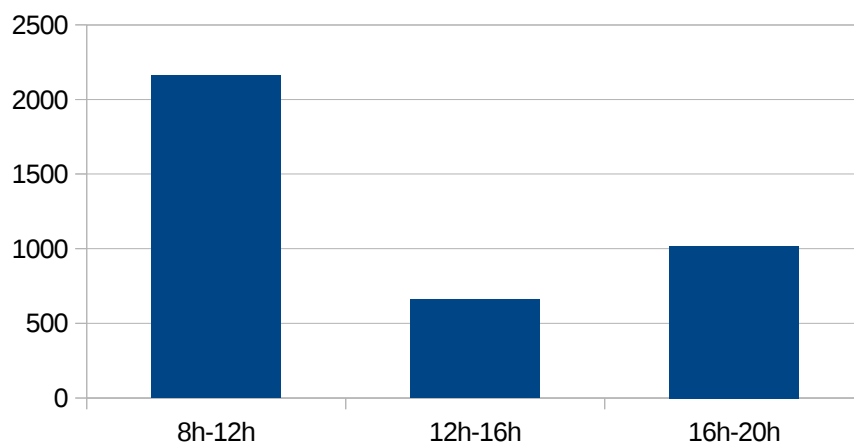
Tableau n°3 : descriptif des consultations réalisées par le MAPI

Horaire	8h-12h	2163
	12h-16h	662
	16h-20h	1019
Age	0-2a	139
	2-6a	331
	6-20a	545
	20-39a	654
	40-59a	916
	60-75a	783
	>75a	475
Motif	Cardiovasculaire	331
	Dermatologie	132
	Endocrino	77
	Hématologie	11
	HGE	249
	Infectiologie	1352
	Neurologie	117
	Obstétrique	37
	ORL	388
	Ophtalmologie	48
	Stomatologie	16
	Urologie	129
	Pneumologie	147
	Psychiatrie	123
	Rhumatologie	503
	Traumatologie	309
	Toxicologie	33
	Problème social	90
MAPI	oui	2853
	non	1062
Urgences	oui	772
	non	3075
Action	bio	472
	radio	447
	prescription	3289
	Cs Spé	144
	urg/hosp/	137
	cert/att	461
	tech	166
Consultations		3958

1.1 Horaires de passage :

Une majorité de consultations se réalisaient entre 8 heures et 12h.

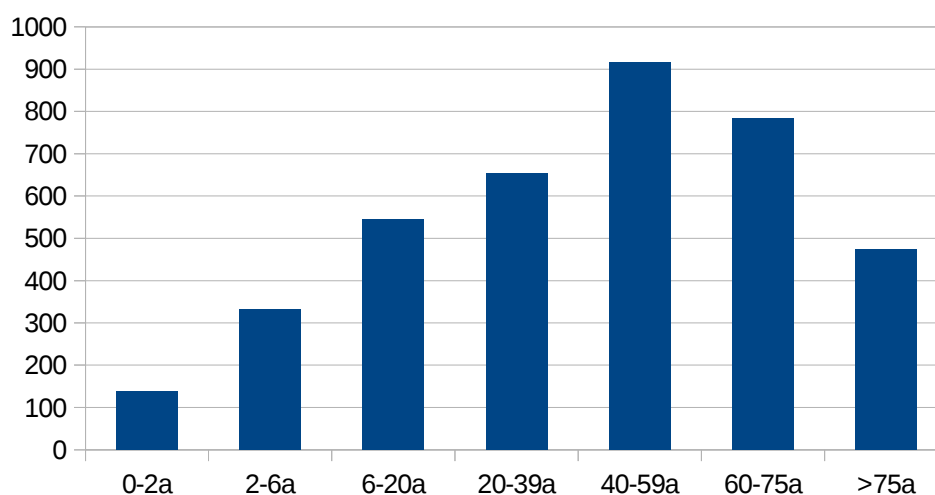
Graphique n°2 : horaires des consultations chez le MAPI



1.2 Age des patients :

Une majorité de patients avait entre 40 et 59 ans, ce qui correspond aux statistiques de répartition de la population landaise.

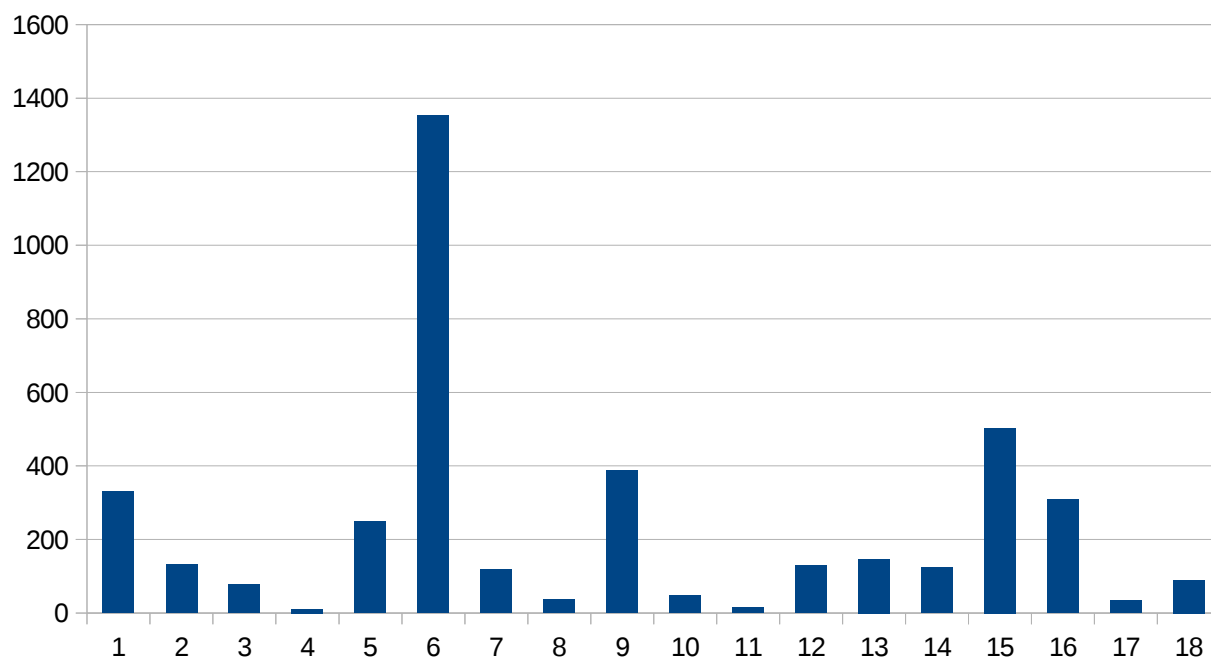
Graphique n°3: âge des patients venant consulter le MAPI



1.3 Motif de consultation :

La grande majorité des patients qui consultaient le MAPI le faisaient pour des pathologies infectieuses, en second les pathologies rhumatismales, puis les pathologies cardio-vasculaires, ORL ou traumatologiques.

Graphique n°4 : Motif de consultation du MAPI.



Rappel : Motif :

1 : Cardiovasculaire

2 : Dermatologie

3 : Endocrino métabolique

4 : Hématologie

5 : Hépatogastroentérologie

6 : Infectiologie

7 : Neurologie

8 : Obstétrique

9 : ORL

10 : Ophtalmologie

11 : Stomatologie

12:Urologie, appareil génital

13 : Pneumologie

14 : Psychiatrie, Toxicomanie

15:Rhumatologie

16:Traumatologie

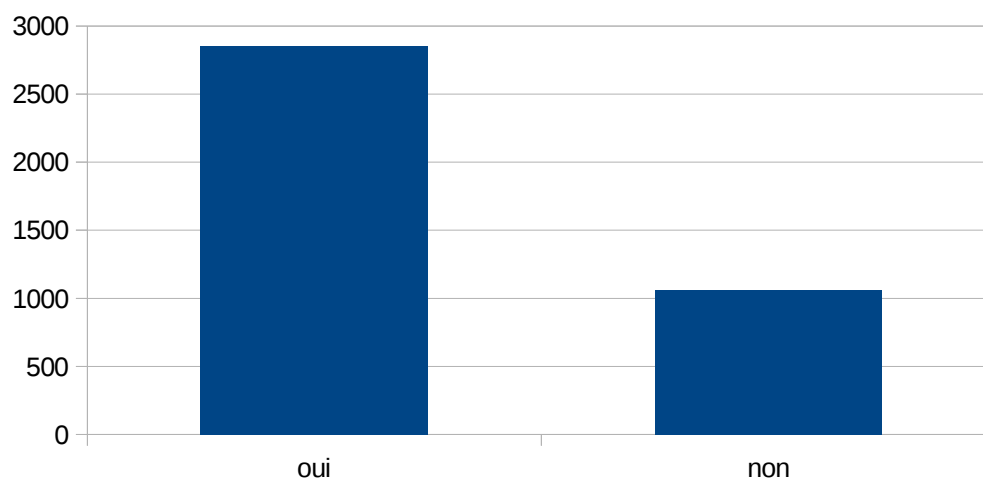
17 : Toxicologie, allergie

18 : Pathologie sociale ou médico sociale.

1.4 Consultations relevant du MAPI :

Près des 3/4 des consultations réalisées relevaient effectivement du MAPI, par leur caractère d'urgence relative, d'imprévisibilité, et de part la réponse effective réalisée par le médecin à la problématique donnée.

Graphique n°5: Consultation relevant du MAPI

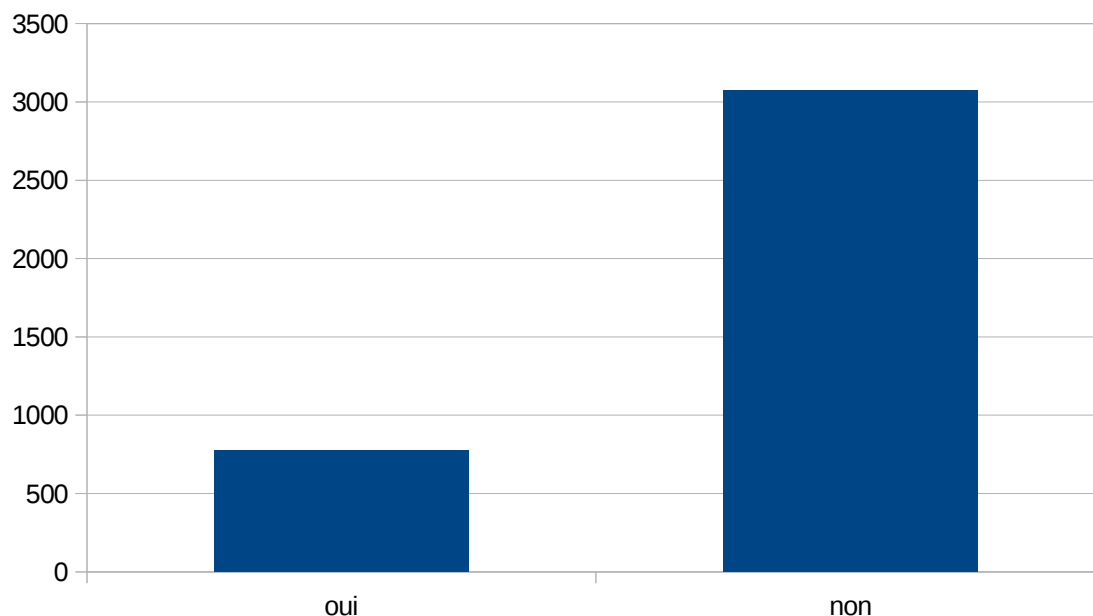


1.5 : Nécessité d'aller aux urgences :

Seuls 20% des patients qui se sont adressés au MAPI seraient allés aux urgences si jamais ce dispositif n'existait pas, ce qui révèle le caractère relatif de

l'urgence.

Graphique n°6 : Nécessité d'aller aux urgences si absence de MAPI



1.6: Pathologies pour lesquelles les patients seraient allées aux urgences si absence de MAPI.

En reprenant l'ensemble des consultations réalisées chez le MAPI, nous pouvons également retrouver pour quelle famille de pathologies les patients seraient spontanément allés dans un service d'urgences hospitalières.

Nous retrouvons donc une majorité de problème liés à l'infectiologie et la traumatologie.

Tableau n°4 : description des motifs de consultation aux urgences en l'absence de MAPI.

Graphique n°7: description des motifs de consultation aux urgences en l'absence de MAPI.

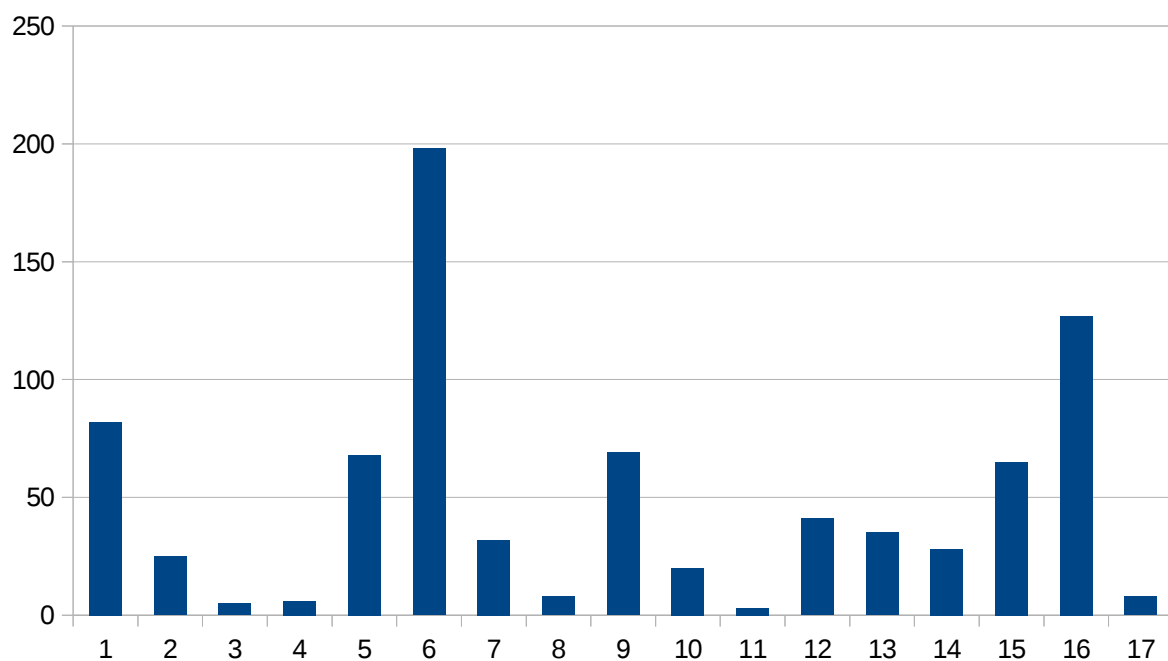
A noter qu'en additionnant les différents motifs pour lesquels les patients se seraient présentés aux urgences, on retrouve 834 consultations. Hors, sur le tableau initial, le nombre de patient qui seraient allés aux urgences est de 772. Cette différence provient du fait que sur les fiches analysées, certains patients qui seraient allés aux urgences en absence de MAPI venaient pour 2 motifs (par

exemple pneumologie et fièvre, ou ORL et traumatisme). Ces deux motifs ont été notés à chaque fois.

1.7 : Actions réalisées par le MAPI :

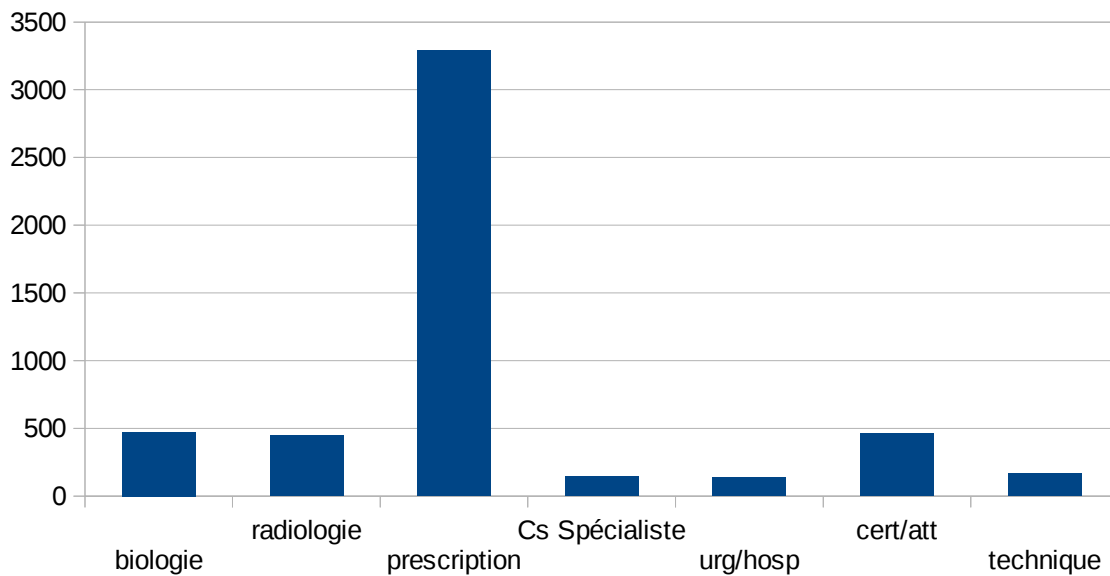
Pathologie	nombre de consultation
1: Cardiovasculaire	82
2: Dermatologie	25
3 : Endoc-métabolisme	5
4 :Hématologie	6
5: Hépto-Gastro	68
6:Infectiologie	198
7 : Neurologie	32
8 : Obstétrique	8
9 : ORL	69
10 : Ophtalmologie	20
11 : Stomatologie	3
12 : Uro-génital	41
13 : Pneumologie	35
14 :Psychiatrie-Toxico	28
15 : Rhumatologie	65
16 : Traumatologie	127
17 : Toxico-Allergo	8
18 : Social-Med. Légale.	14

Sur les 3958 consultations réalisées : 83% ont bénéficié d'une prescription médicale ou de kinésithérapie/ orthophonie, 12% ont bénéficié de la prescription d'un bilan biologique, 11% d'un examen radiologique, 4% d'une consultation auprès d'un spécialiste, 3% de la nécessité d'être adressé aux urgences ou de bénéficier d'une hospitalisation, 12% d'un certificat quelconque (



sport, arrêt de travail ...), et 4% d'un acte technique (suture, changement de sonde urinaire, changement de pansement)

Graphique n°8: actions réalisées par le MAPI

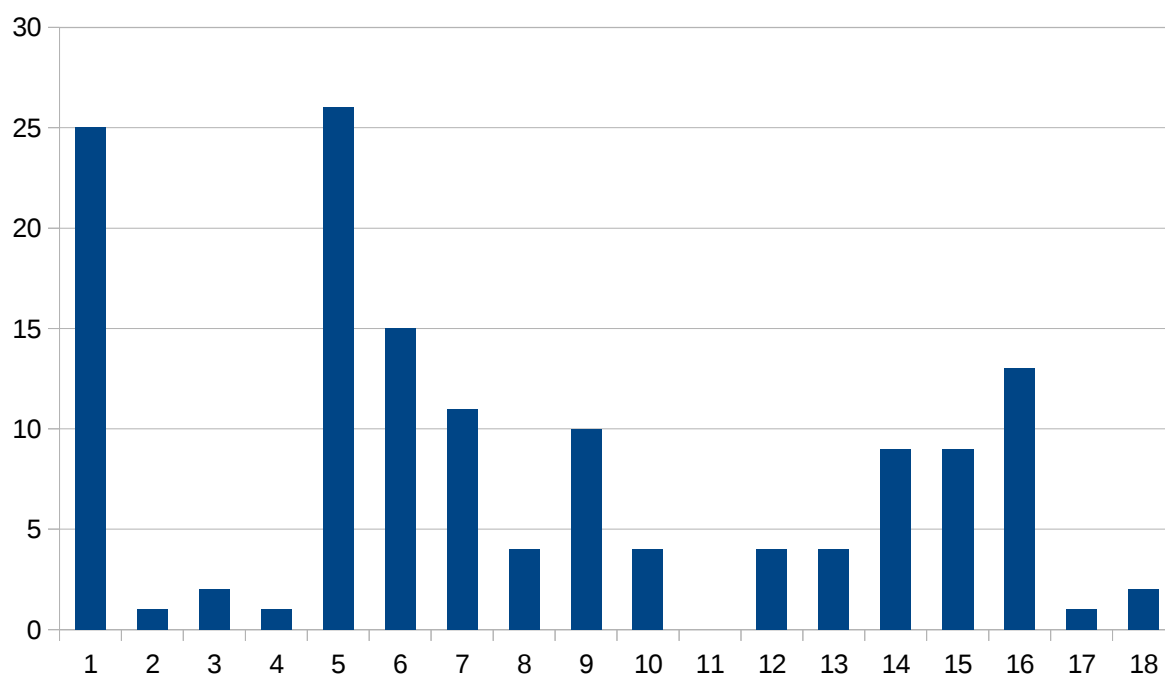


1.8 Pathologies pour lesquelles les patients ont été envoyés aux urgences :

Tableau n :°5 : pathologies pour lesquelles les patients ont été envoyé dans le service des urgences par le MAPI.

Pathologie	nombre de consultations
1 : Cardiovasculaire	25
2 : Dermatologie	1
3 : Endoc-métabolisme	2
4 : Hématologie	1
5 : Hépatogastro	26
6 : Infectiologie	15
7 : Neurologie	11
8 : Obstétrique	4
9 : ORL	10
10 : Ophtalmologie	4
11 : Stomatologie	0
12 : Uro-Génital	4
13 : Pneumologie	4
14 : Psychiatrie – Toxico	9
15 : Rhumatologie	9
16 : Traumatologie	13
17 : Toxico-Allergo	1
18 : Social-Méd.Légale.	2

Graphique n°:9 : pathologies pour lesquelles les patients ont été envoyés dans le service des urgences par le MAPI.



Nous remarquons que la plupart des patients qui ont été adressés dans un service d'urgence de proximité l'étaient pour des pathologies cardiovasculaires et hépatogastro-

gastro-entérologique, et dans un deuxième temps par des pathologies infectieuses, neurologiques et traumatologiques.

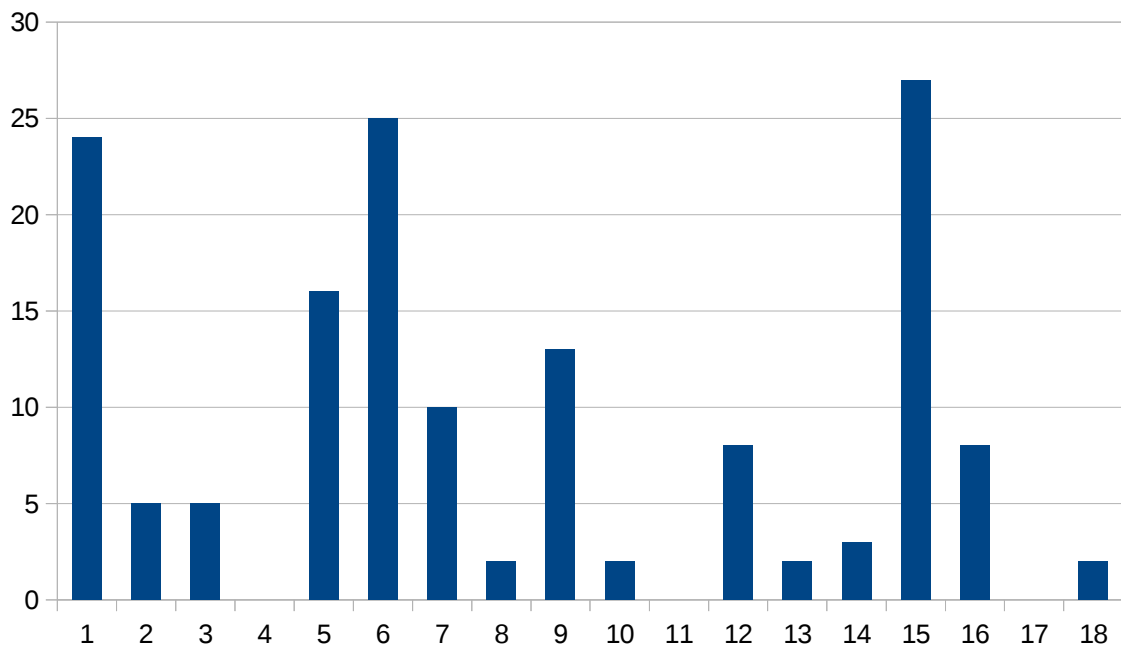
1.9 : Pathologies nécessitant un avis auprès d'un spécialiste.

Tableau n°6 : Pathologies nécessitant un avis auprès d'un spécialiste.

Pathologie	nombre de consultations
1 : Cardiovasculaire	24
2 : Dermatologie	5
3 : Endoc-métabolisme	5
4 : Hématologie	0
5 : Hépatogastro	16
6 : Infectiologie	25
7 : Neurologie	10
8 : Obstétrique	2
9 : ORL	13
10 : Ophtalmologie	2
11 : Stomatologie	0
12 : Uro-Génital	8
13 : Pneumologie	2
14 : Psychiatrie – Toxicologie	3
15 : Rhumatologie	27
16 : Traumatologie	8
17 : Toxicologie-Allergologie	0
18 : Social-Méd.Légale.	2

,

Graphique n°10 : Pathologies nécessitant un avis auprès d'un spécialiste.



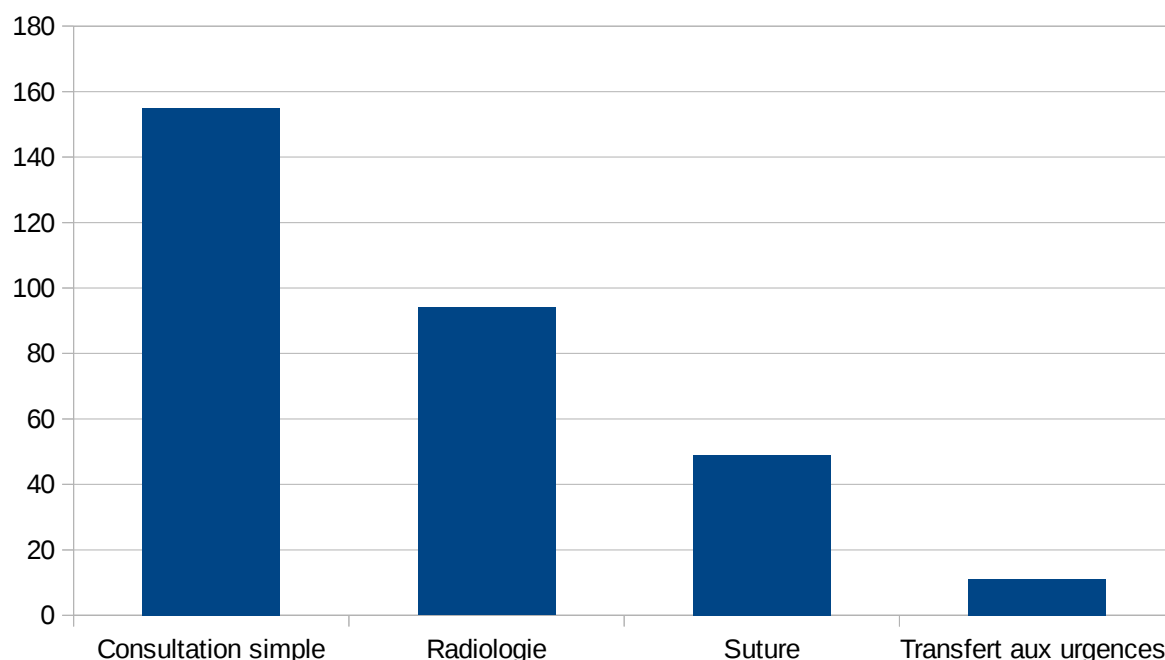
Nous relevons que la plupart des patients qui relevaient d'un avis spécialiste sans urgence l'étaient pour des pathologies cardiovasculaire, infectiologique, rhumatologique, et dans une moindre mesure, hépato-gastro-entérologie ou ORL.

1.10 Prise en charge des pathologies orthopédiques :

Tableau n°7 : Actes réalisés lors des pathologies traumatologiques.

Acte réalisé	nombre de consultations
Consultation simple	155
Radiologie	94
Suture	49
Transfert aux urgences	11
Total	309

Graphique n°11: Actes réalisés lors des pathologies traumatologiques.



Nous nous apercevons que sur 309 consultations pour problème traumatologique, 30,4% des patients nécessitaient la prescription d'une imagerie, 14,9% ont bénéficié de la pose de points de suture au cabinet, et seulement 3,2% des patients ont nécessité d'être adressé dans un service des urgences.

2. Retentissement sur les urgences de Dax

Tableau n°7 : nombre de passages aux urgences de Dax

Dax 2015	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche	total
sous total jour	16	15	18	24	17	50	78	218
sous total nuit	60	60	48	60	55	15	0	298
total	76	75	66	84	72	65	78	516
Dax 2016	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche	total
sous total jour	17	21	26	20	26	67	66	243
sous total nuit	60	59	49	48	47	19	0	282
total	77	80	75	68	73	86	66	525

Après le changement de système de permanence des soins, nous avons enregistré une diminution de 5,37% du nombre de passage de nuit, une augmentation de 11,46% du nombre de passage jour, une augmentation de 1,74 % du nombre de passage tout confondu.

Comparativement, le nombre de passage global aux urgences de Dax est passé de 19314 lors du premier semestre 2015 à 20082 lors du premier semestre 2016

De ce fait , il y a eu une augmentation globale de 3,98 %, tout passage et origine confondus.

3. Retentissement sur les urgences d'Orthez

Tableau n°8 : nombre de passage aux urgences d'Orthez

Orthez 2015	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche	total
sous total jour	42	31	39	38	27	35	59	271
sous total nuit	11	16	17	13	10	15	14	96
total	53	47	56	51	37	50	73	367

Orthez 2016	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche	total
sous total jour	58	44	48	44	47	56	51	348
sous total nuit	11	16	10	11	21	15	13	97
total	69	60	58	55	68	71	64	445

Après le changement de système de permanence des soins, nous avons enregistré une diminution de 1,04% du nombre de passage de nuit, une augmentation de 28,41% du nombre de passage jour, soit une augmentation de 21,25% du nombre de passage tout confondu.

A titre informatif, pour l'année 2015, le nombre de passage global aux urgences d'Orthez a été de 3939 le jour , et 1253 la nuit.

Pour l'année 2016, il a été de 3825 le jour contre 1342 la nuit, soit une diminution 2,89 % de jour et une augmentation de : 7,1% la nuit.

Tout confondu, le nombre de passage global aux urgences de d'Orthez est passé de 5192 du 1/1/2015 au 30/6/2015 à 5167 du 1/1/2016 au 30/6/2016.

De ce fait , il y a eu une diminution de 0,48%.

4.Retentissement sur la régulation SAMU 40 :

Tableau n°9: Statistiques d'appel du SAMU 40, premier semestre 2015

Régulation 2015	Semaine 8h-20h	Semaine hors PDSA	Samedi 0-12h	Samedi hors PDSA	Dimanche et fêtes	TOTAL
Amou	40	36	10	39	69	194
Argelos	3	1			4	8
Arsague	1	14	5	8	2	40
Bassercles	4			2	4	10
Bastennes	3	5		7	9	24
Bergouey	4				4	8
Beyries	5	4		3	5	17
Bonnegarde	1			5	4	10
Brassempouy	4	7	1	5	12	29
Castaignos Souslens	11	9	4	2	8	34
Castelner	3	1			4	8
Cazalis	2	4		2	1	9
Donzacq	8	9	1	5	8	31
Estibeaux	15	17	1	10	25	68
Gaujacq	8	11	1	6	12	38
Labastide Chalosse	3	2	1	4	3	13
Lacrabe	4	3	2	4	5	18
Marpaps	1	3		1	1	6
Momuy	10	8	1	8	9	36
Mouscardes	2	7		6	12	27
Nassiet	3	5	1	12	9	30
Pomarez	36	34	8	47	75	200
Poudenx	12	9	3	5	10	39
Saint Cricq Chalosse	17	10	4	7	21	59
Serreslous et Arribans	7		3	3	4	17
Tilh	9	12	1	9	21	52
Total	216	211	47	200	341	1025

Tableau n°10: Statistiques d'appel du SAMU 40, premier semestre 2016

Régulation 2016	Semaine 8h-20h	Semaine hors PDSA	Samedi 8-12h	Samedi hors PDSA	Dimanche et féri	TOTAL
Amou	45	68	12	44	62	231
Argelos	2	2	3	1	4	12
Arsague	2	8	3	1	8	22
Bassercles	2	2		1	4	9
Bastennes	3	5	1	1	3	13
Bergouey					2	2
Beyries	1	4	1	4	3	13
Bonnegarde	6	6	1	3	6	22
Brassempouy	3	4	1	4	7	19
Castaignos Souslens	8	2	2	2	8	22
Castelner	1	1		1	4	7
Cazalis	2	5	1	1	3	12
Donzacq	7	17	2	9	23	58
Estibeaux	17	8	3	9	12	49
Gaujacq	6	18	1	11	16	52
Labastide Chalosse		4	1	2	2	9
Lacrabe	13	4		2	4	23
Marpaps	1		1	1	3	6
Momuy	8	8	2	6	14	38
Mousscardes	6	13	2	6	3	30
Nassiet	6	7	2	6	13	34
Pomarez	37	43	3	38	71	192
Poudenx	8	7	2	5	9	31
Saint Cricq Chalosse	15	15	6	11	20	67
Serreslous et Arribans	2	1	3	3	3	12
Tilh	10	11	2	7	22	52
Total	211	263	55	179	329	1037

Entre les premiers semestre de 2015 et 2016 durant les horaires de PDSA, nous sommes passés de 263 à 266 appels, soit une augmentation de 1,1%.

L'évolution du nombre total d'appel provenant du même secteur, toutes horaires confondues a été de 1025 appels à 1037 appels, ce qui représente une augmentation 1,17%.

En comparaison, le nombre d'appel total au SAMU 40 en horaire ouverte de PDSA est passé de 14777 à 15556, soit une augmentation de 5,2%, et l'évolution du nombre d'appel toutes horaires confondus a été de 43860 à 43942 appels, soit une augmentation de 0,2 %.

Tableau n°11 : Statistiques départementales d'appel du SAMU 40 entre le premier semestre de 2015 et 2016 :

Régulation	Semaine 8h-20h	Semaine hors PDSA	Samedi 8h-12h	Samedi hors PDSA	Dimanche et fériés	Total
2015	11779	9456	2998	7028	12599	43860
2016	12386	9567	3170	6901	11918	43942

5. Retentissement sur les Intervention des VSAV

Tableau n°12 : Intervention secours à personne par les VSAV Amou-Pomarez durant la période jour.

Raison de sortie		2015		2016	
		Amou	Pomarez	Amou	Pomarez
AVP	Accident avec désincarcération		1	2	1
	Accident de circulation avec feu		1	1	2
	Accident voie publique	17	25	21	20
	Vehicule tombé à l'eau		1		1
	TOTAL	17	28	24	24
SAP	Accident à domicile	3	4	7	15
	Accident de sport	5	7	3	8
	Accident de travail	8	7	3	4
	Blessé voie publique	8	6	9	10
	Detresse vitale au domicile			1	
	Intervention pour tele alarme	48	27	36	47
	Malaise voie publique	12	9	27	13
	Malaise à domicile (carence)	7	1	16	2
	Malaise lié à une activité sportive		1	1	
	Malaise sur le lieu de travail	4	2	3	1
	Noyade en eaux inférieures	1			
	Personne bloquée dans une cabine d'ascenseur		1		
	Personne ne répondant pas aux appels	6	5	3	2
	Prompt secours à domicile	18	29	67	27
	Relevage à domicile	7	7	4	5
	Tentative de suicide	5	4	7	6
	Transport par carence			1	
	Urgences simples à Domicile	87	35	51	36
	TOTAUX	219	145	239	176

Entre 2015 et 2016, durant la période de PDSA nous notons une augmentation 177 à 199 du nombre d'intervention pour secours médicaux au domicile, soit une augmentation de 12,5% des intervention du VSAV dans le secteur Amou Pomarez , avec un doublement des carences pour malaise au domicile.

Tableau n°13 : Interventions pour secours à personne par les VSAV Amou-Pomarez durant la période nuit.

Raison de sortie		2015		2016	
		Amou	Pomarez	Amou	Pomarez
AVP	Accident voie publique	2	4	3	3
	TOTAL	2	4	3	3
SAP	Accident à domicile		1		2
	Accident de sport	2		1	2
	Blessé voie publique	1	1		3
	Intervention pour tele alarme	4	4	3	13
	Malaise voie publique		1	2	3
	Malaise à domicile (carence)			2	
	Personne ne répondant pas aux appels			1	
	Prompt secours à domicile	5	4	12	3
	Relevage à domicile		3	1	
	Tentative de suicide		1	2	2
	Urgences simples à Domicile	15	9	12	6
	TOTAL	27	24	36	34

Entre 2015 et 2016, durant la période de nuit, soit hors PDSA nous notons une augmentation de 33 à 35 du nombre d'intervention pour secours médicaux au domicile, soit une augmentation de 6% des intervention du VSAV dans le secteur Amou Pomarez.

Pour rappel, le nombre d'intervention dans le département des landes est passé de 9687 au premier semestre 2015 à 10019 au premier semestre 2016, soit une augmentation de 3,4%

Tableau n°14 : Intervention secours à personne CODIS 40 secteur Landes.

	Nombre d'interventions						
	janvier	février	mars	avril	mai	juin	TOTAL
2015	1 573	1 479	1 525	1 577	1 658	1 875	9 687
2016	1 672	1 550	1 647	1 613	1 734	1 803	10 019

6.Secteur témoin : Peyrehorade :

Tableau n°15 : nombre de passage aux urgences de Dax (secteur Peyrehorade)

Dax	Jour	Nuit	Total
2015	1011	820	1831
2016	1114	862	1976

Le nombre passage aux urgences de Dax de patients relevant du secteur de Peyrehorade est passé de 1011 à 1114 lors de la période « jour », c'est à dire durant la PDSA, soit une augmentation de 10,1%, et de 820 à 862 en période « nuit », soit une augmentation de 5,1%

Concernant le nombre global de passage, il est passé de 1831 à 1976 entre les premiers semestre de 2015 et 2016, soit une augmentation de 7,9 %

Tableau n°16 : nombre de passage aux urgences d'Orthez (Peyrehorade) :

Orthez	Jour	Nuit	Total
2015	75	82	168
2016	80	70	150

Le nombre de passa aux urgences d'Orthez de patients relevant du secteur de Peyrehorade est passé de 75 à 80 lors de la période jour, c'est à dire durant la PDSA,soit une augmentation de 6,66%

Durant la période nuit, il est passé de 82 à 70, soit une diminution de 14,63%.

Concernant le nombre global de passage, il est passé de 168 à 150 entre les premiers semestre de 2015 et 2016, soit une diminution globale de 10,71%

IV.DISCUSSION

1. Critique de l'étude

Initialement, cette étude se voulait être une analyse de l'efficacité de ce nouveau système de PDSA, en prenant comme objectif principal l'évolution de fréquentation dans les services d'urgence de proximité.

Malheureusement cette étude ne pouvait se faire en l'état, de part l'absence de groupe témoin pertinent (même des secteurs voisins comme Peyrehorade ou Hagetmau ne sont pas comparables avec le secteur d'Amou-Pomarez), les nombreux biais potentiels tels que l'apparition d'épidémies de certaines maladies, ou de taux de contagiosité (grippe ou de gastro entérites virales notamment) très variables également d'une année sur l'autre...), la variation de la densité médicale durant certaines périodes, liées à un départ à la retraite, des congés maternités ou maladie prolongés...

Même s'il est important de souligner que beaucoup de ces consultations engorgent les urgences, perturbent l'organisation des soins et peuvent générer des situations à risque avec une perte de chance pour les patients les plus graves (33), la diminution du nombre de passage aux urgences ne peut être un objectif en soi, notamment sur le plan éthique.

Prenons exemple de patients reçu par le MAPI, mais qui d'eux même ne seraient pas allés aux urgences spontanément s'il n'y avait pas eu ce système en place, et chez qui le MAPI identifie des critères d'urgence et envoie donc ces patients en milieu hospitalier.

Certes le MAPI dans ce cas n'aurait pas évité un passage aux urgences, au contraire, mais cependant il aurait permis une prise en charge plus précoce permettant une amélioration de la morbidité ou du pronostic fonctionnel.

Par ailleurs peut être que les patients envoyés aux urgences par le MAPI sont des

vraies urgences et qu'à défaut d'une baisse quantitative on a une augmentation qualitative.

On ne peut donc sacrifier la bonne prise en charge d'un patient sur l'autel de la volonté de diminuer le passage aux urgences.

Il est à noter que certaines informations auraient également été intéressantes à obtenir, notamment les critères et motifs d'admission aux urgences de Dax ou d'Orthez, afin de comparer si ces motifs nécessitaient effectivement un passage aux urgences. Malheureusement le changement de logiciel pour Orthez au profit de « Terminal Urgence », déjà présent à Dax, ne permettait pas de mettre en évidence ces informations.

Sur la réalisation des fiches de consultation, nous pourrions noter certains résultats variables, par manque de certaines informations réalisées par les médecins responsables (oubli, doute, absence d'information au moment du recueil de données). Enfin, certaines spécificités de prise en charge étaient médecin dépendant (notamment le critère de consultation adaptée ou nécessitant un MAPI).

Concernant les réponses il n'était pas précisé si le patient qui était adressé aux urgences allait directement aux urgences ou allait directement dans un service d'hospitalisation. En effet il aurait été judicieux de connaître les capacités d'hospitalisation du MAPI, notamment la possibilité d'organiser des hospitalisations directes, qui permettent de shunter le passage par les urgences dont les capacités techniques (déchoc, stabilité hémodynamique) sont bien souvent peu nécessaires.

2. Analyse des résultats

Sur le plan de l'analyse des consultations réalisées par le MAPI, nous pouvons mettre

en évidence qu'une majorité de patients venaient consulter en premier recours le matin. Il serait intéressant de se demander pourquoi à cette période de la journée. En effet les études montrent qu'à l'inverse c'est plutôt en soirée que les patients consultent pour des soins non programmés. (23), et il serait plutôt logique que les pathologies intercurrentes, notamment traumatologiques, ont plus leur place l'après midi qu'en matinée. Les patients seraient ils plus sûrs de trouver un médecin libre le matin que l'après midi ? Auraient t'ils plus de temps libre le matin pour se consacrer à leur santé ? Une autre étude commence alors.

Concernant l'âge des patients, nous retrouvons des données comparables à la pyramide des âges du département. Nous pourrions imaginer initialement que la catégorie des plus de 60 ans serait représentée, du fait du contexte poly-pathologique et plus fragile lié à l'âge, mais cette population, quand elle se précarise sur le plan de l'autonomie et de la santé, à d'autant plus tendance à aller directement aux urgences, d'autant plus quand les patients sont institutionnalisés.

Concernant le travail du MAPI, nous retrouvons en grande majorité la prise en charge des pathologies intercurrentes type maladie infectieuses, ORL rhumatologiques et cardiovasculaires, et enfin traumatologiques.

Pour rappel, les cabinets médicaux ayant réalisé cette étude sont bien équipés sur le plan traumatologique par rapport à la majorité des cabinets de médecine générale, et la population sait qu'il y est aisé de réaliser des sutures notamment.

Par ailleurs, le centre d'Amou est équipé d'un ECG et a le plateau technique pour la prise en charge primaire d'un infarctus du myocarde, du fait de l'éloignement des centres hospitaliers de proximité, et en cas de carence de SMUR, la régulation saura adresser certains patients au centre médical plutôt que d'organiser un transport médicalisé vers des structures hospitalières.

Ces données se retrouvent dans une étude de 2017 sur la prise en charge des soins

non programmés par des médecins généralistes au sein du CH Périgueux, retrouvant une majorité de pathologies traumatologiques (62%) ORL (10%), et rhumatologiques (10%). 95% de ces patients ont pu rentrer chez eux sans réalisation d'examens complémentaires (34)

Concernant la pertinence du travail du MAPI, nous relevons qu'environ $\frac{3}{4}$ des consultations étaient justifiées, certes d'après les critères propres à l'organisation de la MSP. Cependant, seuls 20% des patients seraient allés aux urgences si absence du MAPI.

Ce nombre fait poser deux questions : soit les motifs de consultation du MAPI sont désuets, ou en tout cas peu graves, et auraient pu être gérés simplement sur une consultation sur rendez-vous classique parfois avec un léger délai, soit au contraire le rôle du MAPI est de prendre en charge précocement des pathologies qui ne paraissaient pas graves aux yeux du patient, mais qui auraient pu s'aggraver si elles avaient été vues plus tôt, et qui auraient pu nécessiter une hospitalisation. Là encore l'étude actuelle ne permet pas de répondre à ces questions.

Concernant les patients qui sont allés voir le MAPI, et qui en l'absence de celui-ci seraient directement allés aux urgences, les motifs de consultations retrouvent principalement l'infectiologie et la traumatologie, puis l'hépto-gastro-entérologie, la cardiologie, l'ORL et la rhumatologie. Ces données nous permettent donc de comprendre quel est le ressenti de l'urgence par le patient en fonction de chaque spécialité.

Concernant les patients adressés aux urgences dans les suites de la consultation MAPI nous retrouvons une majorité de pathologies cardiovasculaires et hépto-gastro-entérologiques, et dans un deuxième temps des pathologies infectieuses, neurologiques et traumatologiques.

Ces résultats sont également à pondérer du fait de la présence d'un

électrocardiogramme et d'un laboratoire performant à proximité permettant un prélèvement sur place et un résultat dans les 4 heures via le laboratoire d'Orthez. Par ailleurs, lors de l'expérimentation, le cabinet n'était pas équipé d'un appareil d'échographie, ce qui est le cas maintenant. Il semblerait donc que la nécessité d'obtenir rapidement une imagerie abdominale ou de réaliser une exploration complète d'une douleur thoracique suspecte explique ces deux pics pour la cardiologie et l' HGE.

Nous remarquons que le travail du MAPI est efficient sur la prise en charge des pathologies infectieuses, car elles représentent une source de consultation importante aux urgences, et sont moins envoyées aux urgences qu'elles ne le seraient en l'absence de MAPI.

Ces données sont intéressantes car elles permettent d'orienter l'organisation de futures maisons médicales en fonction des motifs principaux de consultation pour les soins non programmés, avec notamment une amélioration de la gestion externe des examens de radiologie pour la petite traumatologie.

Concernant les motifs infectieux, nous savons que l'immense majorité des fièvres vues en cabinet de ville nécessite uniquement un traitement symptomatique, sans recours à des soins techniques. Ce constat se retrouve aussi aux urgences, où malgré tout toute fièvre est explorée à minima par une biologie, de par l'obligation de moyen qui leurs incombe.

Nous savons que l'utilisation des appareils d'analyse de micro CRP utilisés en soins primaires peut permettre d'améliorer la prise en charge du médecin en ambulatoire, en rassurant le patient, confortant le médecin dans sa prise en charge diagnostique, et permettant une diminution de la prescription d antibiotiques ou d'examen complémentaires (35), bien souvent réalisés aux urgences. Il trouve également son utilité dans les soins à domicile (36). Cependant en pédiatrie son utilisation n'a pas

permis de diminution significative du nombre d'hospitalisation (37). Son utilisation pourrait trouver sa place dans ces maisons de santé avec MAPI.

Concernant les pathologies traumatologiques, la prise en charge par le MAPI est ici bien organisée avec un très faible nombre de patients adressés aux urgences (3,2%), comparativement à une étude réalisée sur la prise en charge de la traumatologie en médecine de ville (38) où il était question de 14% , une vraie capacité de prise en charge des sutures et une demande raisonnée d'examen radiologique (23% contre 28,8%), témoignant d'une certaine habitude à gérer la traumatologie et d'un accès simplifié à l'imagerie médicale en ville.

En effet, d'après une étude de 2006, 10% des consultations de médecine générale concernait la traumatologie (39) , ce qui est exactement retrouvé ici (10,1%).

Concernant les actes techniques réalisés durant ces consultations, nous nous rendons comptes que l'immense majorité sont des consultations simples, et que le recours à une hospitalisation n'est nécessaire que dans 3% des cas, ce qui est loin des 20% de patients qui seraient allés aux urgences si absence de MAPI.

Cette statistique est déjà une marque d'efficacité de ce système dans sa capacité à filtrer le caractère urgent et grave de la pathologie intercurrente.

Toutes ces données sont des pistes précises pour améliorer la prise en charge des patients relevant des soins non programmés. En effet d'après l'étude nationale de 2013 de la DREES (29), on estimait que 43% des patient ne nécessitaient pas de recourir aux urgences mais auraient pu être vus par un médecin libérale. Dans la limite de la possibilité de voir le médecin le jour même ou le lendemain , ainsi que de pouvoir faire réaliser des examens radiologiques ou biologiques le jour même. L'expérience d'Amou-Pomarez répond clairement à cette problématique.

Concernant l'évolution du nombre de passage aux urgences, nous pouvons

remarquer, sans faire de réelle statistique en raison des biais que nous développerons plus loin, qu'il n'y a pas eu de nette augmentation du nombre de passage au SAU de Dax après passage au nouveau système de prise en charge du soin ambulatoire. En revanche, dans le secteur d'Orthez, il y a eu une augmentation nette du nombre de passage durant la période « jour ».

Cette augmentation du nombre de patients aux urgences de l'hôpital d'Orthez nous a assez surpris, car elle n'est pas corrélée à une augmentation du nombre de passage à Dax. Nous avons donc analysé patient par patient l'origine de ces passages au SAU d'Orthez, et après analyse comparative aux bases de données des cabinets d'Amou et Pomarez, nous retrouvons que 62 des 445 passages au SAU d'Orthez en 2016 proviennent de patients qui ne sont pas connus de ces 2 cabinets, soit 13,9 % de patients. Le paysage médical n'étant pas très diversifié dans la région, on peut vraisemblablement penser que ces patients n'ont pas de médecin traitant officiels, et sont donc amenés à consulter régulièrement directement aux urgences quelque soit la gravité du problème de santé rencontré.

Malheureusement nous n'avons pas de liste comparative pour 2015, du fait d'un changement de logiciels réalisé au SAU d'Orthez (SIDSU pour Terminal Urgences). Il nous est donc impossible d'envisager qu'il y ait eu une augmentation du nombre de patients sans médecin traitant du secteur. Par ailleurs les données démographiques décrites précédemment ne témoignent pas d'une augmentation majeure de la population locale.

Par ailleurs par curiosité nous avons recueilli les données correspondant à un secteur limitrophe, à savoir Peyrehorade, donc les patients dépendent des urgences de proximité d'Orthez et de Dax majoritairement, et pour une certaine partie plus occidentale, du CH Bayonne. Les données ne concordent pas du tout avec ce que l'on

peut observer dans le territoire d'Amou Pomarez, avec cette fois une augmentation du nombre de passage à Dax et une diminution du nombre de passage à Orthez.

Bien entendu nous ne pouvons conclure ou même tenter de réaliser une étude sur ces simples données. En effet, l'évolution du nombre de passage dans un service d'urgence tient compte de nombreux autres critères, notamment l'évolution de la démographie médicale d'une année sur l'autre, avec notamment des départs à la retraite non remplacés, des évolutions d'épidémie saisonnière, notamment de grippe, gastro entérite, bronchiolites, voire plus récemment rougeole.

L'évaluation d'un retentissement de ces systèmes de garde sur des urgences de proximité nécessiterai une étude beaucoup plus importante avec la prise en compte de nombreux biais potentiels et sur plusieurs territoires en même temps.

Concernant le retentissement sur la régulation téléphonique, l'analyse statistique de son retentissement semble également bien compliquée. Cependant les données récoltées ne dénotent pas d'une grande augmentation (1,17%) .

Parmi toutes les données, celle qui est probablement la plus intéressante concerne les missions du CODIS avec notamment une augmentation de 37% du nombre de missions pour secours à personne. En effet, ce créneau était initialement réservée au passage au domicile du médecin de garde. Hors, bien qu'il y ait également plein de biais possible au même titre que le retentissement sur les urgences, nous savons qu'en cas d indisponibilité du médecin de garde, c'est bien souvent , et surtout pour les carences d ambulance, les pompiers qui vont sur place pour réaliser un bilan SAMU puis si besoin transporter les patients vers les unités d hospitalisation les plus proche. Il est à noter le rôle primordial de la régulation médicale, qui bien souvent déclenche directement un secours à personne au domicile type ambulance ou VSAV, car sachant pertinemment qu'aucun médecin de secteur ne se déplacera au domicile, d'autant plus

dans des secteurs du département particulièrement touchés par la désertification médicale.

Enfin, pourrait être étudiée l'impact de cette expérience sur la qualité de vie des médecins qui l'exercent, ainsi que sur les patients qui en bénéficient.

V.CONCLUSION

Notre étude permet donc d'analyser précisément le travail d'un Médecin d'accueil des pathologies intercurrentes.

Ces données nous permettent de caractériser la population, qui est semblable à celle du département, les heures de passage plutôt matinales, le type de consultation réalisées, majoritairement infectiologie et traumatologie, puis dans un deuxième temps cardio-vasculaire, hépto-gastro-entérologie, ORL et rhumatologie, ainsi que les conséquences de chacune de ces consultations en terme de prise de décision.

Par ailleurs nous retrouvons que les motifs pour lesquels les patients étaient majoritairement envoyés aux urgences par le MAPI, relevaient de la cardiologie, l'hépto-gastro entérologie et l'infectiologie.

Ces données permettront de mieux organiser les expérimentations futures pour répondre au mieux aux demandes de la population locale, avec notamment une amélioration de l'accès aux service de radiologie externe et aux laboratoires d'analyse de ville, la réalisation d'ECG au cabinet avec une facilitation des avis cardiologiques, une amélioration du plateau technique en traumatologie, qui dans cet exemple ici présent était particulièrement efficace, et une amélioration des relations ville-hopital pour les avis de médecine de spécialité.

Concernant le retentissement de cette expérimentation sur les services des urgences de proximité, le modèle de cette étude ne nous permet pas de conclure. La tendance semble à une non augmentation pour le secteur de Dax, mais à une augmentation pour le secteur d'Orthez ainsi que pour les missions d'aide à la personne réalisés par le CODIS, cependant de nombreux biais ne permettent pas de conclure.

L'expérimentation se doit d'être reproduite sur plusieurs secteurs géographiquement proches avec population comparables, et sur plusieurs années afin de rendre compte d'un vrai impact sur les services d'urgence adjacent.

VI.BIBLIOGRAPHIE

1. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet 21, 2009.
2. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2017.
3. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. 2016-41 janv 26, 2016.
4. Rapport d'information du Sénat N°685 de la session extraordinaire de 2016-2017, page 52.
5. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale au 31 décembre 2018.
6. Hartmann.L, Ulmann.P, Rochaix.L. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe : comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. Régulation de la demande de soins non programmés en Europe : comparaison des modes d'organisation de la permanence des soins en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. 2006; pages 91 à 119.

7. Pericaud, P. Evaluation des solutions à l'engorgement des urgences en France et à l'étranger (Royaume Uni, Canada, Etats-Unis). Revue internationale de la littérature. 91Ff. These universitaire faculté Paris Descartes (ParisV): Paris: 2008-2009.
8. Organisation et management du système de santé au Danemark : décroisonner, gate-keeper, flow-master et stratégie numérique, Dr Guillaume Darmaillacq, 2018.
9. Trabut, F. Impact de la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS) sur la fréquentation des services d'urgences des hôpitaux de Blois, Amboise et Tours. Thèse de Doctorat en Médecine Générale: Tours : 2012.
10. Drean, L. Analyse des perceptions évolutives des médecins généralistes sur la gestion des demandes de soins non programmés de médecine générale au sein du pays Thouarsais : Thèse de Doctorat en Médecine Générale: Tours : 2017 ; 210.
11. La permanence des soins : quelle implication des médecins libéraux dans la prise en charge des soins non programmés. 2012;67 ;pages13-17.
12. Gallay A-L, Genty T. Les Français et les déserts médicaux. : oct 2015.
13. Afilalo, and al, Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. Acad Emerg Med, 2004.
14. Gentile S, Durand A-C, Bongiovanni I, Rofritsch S. Les consultants des services d'urgence relevant de la médecine générale: analyse de nouveaux comportements de santé. Journal Européen des Urgences. mai 2007;20(1):138.

15. INSEE, INSEE Résultats, «Le scénario central de projections de population 2013-2017 pour la France», 3 novembre 2016.
16. CNAMTS, Cartographie médicalisée des dépenses de santé, 31 mai 2017.
17. Démographie des professionnels de santé : Qui sont les médecins en 2018 ?
Quelle accessibilité aux médecins généralistes ? Combien d'infirmiers en 2040 ? : Un
outil de projections d'effectifs de médecins: DRESS: 2018.
18. Yvon, B., Lehr-Drylewicz, A.M., Bertrand P .-Féminisation de la médecine
générale faits et implications : Une enquête qualitative en Indre-et-Loire.-Medecine,
Volume3, Numero2, 83-8, Février 2007, Vie professionnelle.
19. DREES, Portrait des professionnels de santé, édition 2016 : page 130.
20. DREES, Les emplois du temps des médecins généralistes, Études et résultats n°
797, mars 2012.
21. Soins non programmés cinq fois par jour : comment les médecins libéraux
relèvent le défi. Le Quotidien du Médecin. 19/11/2014. Disponible sur :
<https://www.lequotidiendumedecin.fr/archives/soins-non-programmes-cinq-fois-par-jour-comment-les-medecins-liberaux-relevant-le-defi>.
22. Capelle, S. Prise en charge des soins non programmés en médecine générale :
thèse de Doctorat en Médecine Générale : Strasbourg : 2018 ; 3236.
23. Rendez-vous médicaux non honorés , demande de soins non programmés, état des
lieux et solutions. URPS Ile de France, Juin 2015: <https://www.urps-med-idf.org/wp-content/uploads/2017/05/16197.pdf>

24. Cemka Eval: Enquête auprès des médecins libéraux de Franche-Comté sur les rendez-vous non honorés par les patients: URPS-ML-Franche-Comté: Avril 2013: <http://www.urps-ml-fc.fr/documents/dossier-presse-enquete-rdv-non-honores.pdf>
25. Boisguérin.B, Valdelièvre.H : Urgences : la moitié des patients restent moins de deux heures, hormis ceux maintenus en observation , Études et Résultats, n°889, Drees, Juillet 2014.
26. Livre blanc, «Organisation de la médecine d'urgence en France, un défi pour l'avenir. Les propositions de SAMU urgences de France», 2015.
27. Grall DJ-Y. Rapport sur la territorialisation des activités d'urgences.
28. Berchet, C. et C. Nader (2016), « The organisation of out-of-hours primary care in OECD countries », *Documents de travail de l'OCDE sur la santé*, n° 89, Éditions OCDE, Paris.
29. DREES : Enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières, juin 2013 Ministère des Solidarités et de la Santé.
30. Rapport d'information de Mmes Laurence COHEN, Catherine GÉNISSON et M. René-Paul SAVARY, fait au nom de la commission des affaires sociales n° 685 (2016-2017) - 26 juillet 2017.
31. Rapport public annuel de la cour des comptes 2019. Tome2, chapitre 6, page 8, Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités– février 2019.
32. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé :

JORF n°0022 du 27 janvier 2016 : article 136.

33. Valle, F. Gestion des consultations non programmées en cabinet de médecine générale : quels avantages et inconvénients selon le mode d'exercice ? : Thèse de doctorat en médecine générale : Lyon : 2017 ; 385.

34. Gellibert, G. Évaluation du dispositif des Consultations Non Programmées assurées par les médecins généralistes au Service d'Accueil des Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux (24) : Thèse de Doctorat : Médecine générale : Bordeaux : 2017 ; dumas-01676405.

35. Ragimbeau, R. Intérêt du dosage de la protéine C réactive par des méthodes de biologie délocalisée en soins primaires : Thèse de doctorat en médecine générale : Lille : 2018 : UM047.

36. Caillon, A. L'intérêt de l'utilisation des bandelettes de micro-CRP au lit du malade, lors de la visite à domicile, par SOS Médecins Lyon / Thèse de doctorat en médecine générale : Lyon : 1M415.

37. Boulze, E. Gallix, S. Utilisation du dosage rapide de la protéine C réactive dans la prise en charge des fièvres aiguës de l'enfant en soins primaires : revue de la littérature : . Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01393546.

38. Le Goff, A. Prise en charge de la traumatologie en soins primaires. Parcours de soins et impact sur l'hospitalisation. Thèse de doctorat en Médecine : Nantes : 2017 : 188M.

39. Guyon M. Les urgences en médecine générale. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Avr 2006;(94):51.

ANNEXES.

ANNEXES 1 :

Présentation de quelques modèles internationaux de permanence de soins présents dans des pays économiquement et culturellement similaires à la France :

-Le modèle allemand est relativement similaire au système français, hormis des périodes de gardes plus longues en compensation d'un temps de travail régulier hebdomadaire plus court qu'en France.

Il n'y a pas de systèmes uniques mais plutôt des organisations différentes gérées par les Länders pour correspondre au mieux à la demande et aux spécificités locales, la ligne politique, ainsi que l'organisation avant réunification Allemande. Les différents systèmes mis en œuvre sont : le système conventionnel de garde obligatoire, avec un roulement en fonction des zones géographiques, Les maisons médicales de gardes, plutôt observables en milieu urbain, les services étant rendus aussi bien par des médecins libéraux dans le cadre de leur tour de garde obligatoire que par des médecins hospitaliers en contrepartie d'un forfait avantageux, soit par des médecins salariés par ces structures.

-Au Canada, avec le soutien général de la profession, des projets expérimentaux ont été mis en œuvre dans plusieurs provinces pour mettre à l'essai des réseaux de soins de premières lignes (RSPL) comme les Family Health Networks en Ontario et les Groupes de médecins de famille (GMF) au Québec. Ces groupes de praticiens de la médecine de famille sont conçus pour dispenser des soins de première ligne 24 heures sur 24 à des patients inscrits.

-en Espagne, une réforme a explicitement posé, en 1985, le cadre des soins primaires, qui repose sur deux éléments principaux d'organisation : des aires basiques de santé délimitant une aire géo-démographique donnée et des équipes de soins primaires pluridisciplinaires prenant en charge la population couverte. Chaque aire basique de santé a la responsabilité de 5 000 à 25 000 habitants, exceptionnellement 40 000 habitants pour les grandes villes. Dans chaque aire, il y a au moins un centre de soins de santé primaires accessible en moins de 30 minutes. Ces centres fonctionnent 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année. Dans les services de soins primaires de permanence sont accessibles l'offre médicale de soins en médecine familiale, pédiatrie, gynécologie et psychiatrie, ainsi que des services infirmiers. Les gardes sont obligatoires pour les médecins de soins primaires, mais, dans certains cas, elles peuvent être optionnelles. Tout médecin fonctionnaire (soit la quasi-totalité des médecins) doit en principe assurer un minimum de garde de 50 heures par mois, dont 12 durant le week-end. Ils touchent alors une rémunération horaire de permanence de soins.

-Au Danemark, le système de santé a subi une profonde réorganisation en 2007 avec pour point de départ une réforme territoriale avec diminution drastique du nombre de régions et fusion des villes et redistribution des rôles et responsabilité de tous les acteurs administratifs et professionnels de santé. Le système a été totalement décloisonné et le développement numérique a permis de fluidifier le parcours de soins des patients. Les médecins généralistes sont les gate keeper du système. Aucun passage aux Urgences avant d'être passé soit chez son médecin traitant aux heures ouvrables (8h-16h) soit par la maison médicale de garde du secteur (16h-8h). Les gardes sont obligatoires (en moyenne 4/mois) rémunérée 1000 euros par tranche de 16h-2h et 23h-8h ce qui est particulièrement attractif. Ce forfait se cumule avec un paiement à l'acte et tiers payant généralisé.

-En Suède, la permanence des soins relève de la responsabilité du Conseil de comté exclusivement et les représentants des professionnels de santé ne jouent pas de rôle dans la garantie de la permanence des soins. Les procédures sont fixées librement par chaque Conseil de comté en ce qui concerne la gestion des appels de patients et de l'utilisation des Nouvelles Technologies de l'information et de la communication. L'organisation de la permanence des soins est toutefois contrainte par les règles professionnelles régissant l'activité des médecins, qui assurent officiellement une activité hebdomadaire de 40 heures par semaine. Toute activité assurée au-delà de 17 heures les jours de semaine est évaluée en heures supplémentaires et rémunérée selon un forfait horaire, mais on doit noter que les heures de garde assurées au centre de soins primaires sont strictement limitées. De plus, les visites à domicile sont rares et représentent environ 8 % du total des visites aux soins primaires en 2004. Ce nombre a diminué au cours des dernières années dans tous les comtés de Suède, probablement en raison de l'institution des centres d'appels d'information sur la santé. La population doit habituellement attendre l'ouverture du centre de soins primaires, s'adresser à un service d'urgence hospitalier ou s'adresser à un médecin du secteur privé (moyennant une dépense à sa charge). Tous les médecins employés par le secteur public dans les soins primaires (ainsi que les spécialistes) participent à la fourniture de services de permanence des soins, de manière obligatoire (pour les médecins du secteur privé – qui sont une minorité – tout dépend du contrat avec le Conseil de comté). Depuis quelques années, un maillage des soins a permis d'en assurer une meilleure coordination, notamment par l'introduction d'une hiérarchie dans le recours aux soins : centres de soins primaires, centres de soins primaires d'urgence (soins généralement offerts par des médecins

généralistes, à raison d'une à deux gardes par mois), unités d'urgence hospitalières (soins de spécialistes). Chaque unité de soins primaires d'urgence dessert habituellement 10 à 15 centres de soins primaires.

-En Italie, l'autorité locale de santé doit garantir un accès permanent à des soins de médecin généraliste, la disponibilité des médicaments et du matériel nécessaire ; elle fournit également des cabinets, des équipements sanitaires et des voitures de service.

L'organisation de la permanence des soins est définie dans chaque région par des lois et accords où les représentants des professions ont un rôle actif à jouer : services et tours de garde, norme en termes de force de travail et règles de substitution. Lors des heures régulières, les soins sont fournis par des médecins généralistes ; puis un relais est assuré par les médecins de permanence des soins (*medici di continuità assistenziale*) les nuits, week-ends et jours fériés, un service d'urgence permanent 24/24 (118), un service d'ambulances et les services hospitaliers d'urgence.

S'ils le souhaitent, les médecins généralistes peuvent également être impliqués dans la permanence des soins : ils disposent alors de deux contrats distincts (dont un de 24 heures minimum hebdomadaires). Le médecin de permanence des soins est généralement payé sous la forme d'un forfait horaire selon une nomenclature régionale : le revenu brut annuel moyen est de l'ordre de 30 000 à 50 000 euros, soit un niveau relativement bas comparé aux médecins généralistes. Loin de la figure d'un médecin urgentiste, le médecin de permanence des soins italien ne bénéficie pas d'une grande reconnaissance et les postes ont un fort *turn over* : le médecin n'a pas suivi de formation spécifique, a un diplôme de médecin généraliste (voire de spécialiste) et exerce cette fonction durant cinq à huit ans après la fin des études avant de pouvoir s'installer. Lorsqu'il reçoit un appel en situation de permanence, le médecin suit des protocoles ; s'il rend visite au patient (ou l'inverse), il lui remet un

feuillet qui devra être transmis au médecin traitant. Ses prescriptions sont valables pour une courte durée et nécessitent une confirmation auprès du médecin généraliste traitant. Dès réception de l'appel, le médecin de permanence des soins décide d'orienter le patient au point de première urgence, de lui rendre visite ou de lui délivrer des conseils par téléphone. Chaque cabinet de permanence des soins dispose d'un numéro de téléphone particulier et il n'existe pas de centre d'appels unique pour les cabinets du districts ou de l'autorité locale de santé, d'où la différence avec le système de première urgence qui dispose d'un centre d'appel (118).

Au royaume Uni : Depuis le début de l'année 2005, les Autorités de santé ont la responsabilité de la conception, du recrutement et du fonctionnement des services de permanence des soins dont le cadre est donné par le récent contrat General Medical Services (GMS). Ce contrat donne aux médecins généralistes, pour la première fois, la possibilité de se désengager de la responsabilité de permanence des soins pour les patients inscrits sur leur liste. Dans les zones où les médecins choisissent cette option, les Autorités régionales de santé achètent les services de médecins généralistes saisonniers ou salariés à court/moyen terme afin d'assurer la permanence des soins à dépense donnée. Par conséquent, bien plus que d'être contraints de fournir un service, les médecins généralistes sont incités à rester dans le dispositif de permanence des soins, en qualité de contractants de l'Autorité de santé. En Angleterre, certains médecins généralistes choisissent de rester dans le dispositif de la permanence des soins. En Écosse, en revanche, presque tous les médecins généralistes – excepté ceux des zones les plus reculées – ont choisi de se désengager de cette responsabilité. Les associations de permanence des soins de médecins généralistes cessent d'exister et les Autorités de santé développent des modèles alternatifs de soins. Actuellement, les schémas en Écosse consistent à proposer aux médecins généralistes entre 72 et 115 euros par heure pour assurer ces

remplacements.

Remarquons toutefois que les médecins généralistes bénéficient de niveaux de rémunération assez élevés pour assurer des services de permanence des soins dans les zones urbaines : entre 50 et 80 livres sterling par heure (soit entre 74 et 118 euros de l'heure). Les médecins généralistes salariés de permanence des soins, travaillant habituellement dans une coopérative, sont payés entre 80 000 et 100 000 livres sterling par an (soit entre 118 000 et 147 000 euros, contre 100 000 euros en moyenne pour les autres médecins généralistes). Ces remplacements sont appréhendés comme une « délégation de services » et elle a jusqu'à présent fonctionné dans les zones urbaines du Royaume-Uni.

Si ces différents formes traditionnelles d'organisation ont permis jusqu'à présent d'assurer la permanence des soins, il semble que ce ne soit plus toujours le cas, comme en France. En outre, ils n'assurent pas toujours la satisfaction des usagers et peuvent générer des surcoûts conséquents.

ANNEXE 2 :

Recommandation rapport Thomas Mesnier :

Recommandation n°1: Assurer, dans tous les territoires, une réponse aux demandes de premiers soins. Assurer, d'ici deux ans, une couverture du territoire en offre de soins non programmés: - en donnant un cadre national à déclinaison locale, adapté par les ARS dans leur échange avec les acteurs de terrain; - et en inscrivant dans la loi le principe de responsabilité territoriale des professionnels de santé en matière de prise en charge des premiers soins.

Recommandation n°2: Labelliser des organisations de réponse aux premiers soins. Labelliser, après incitation des initiatives des professionnels de santé et appels d'offre, des organisations de soins non programmés / premiers soins: - par bassin de vie (2000 sur le territoire dans la définition INSEE); - répondant à un cahier des charges minimal le plus simple et lisible possible; - en privilégiant les CPTS; - dans le cadre de contrats territoriaux de santé entre les professionnels et les ARS; - incluant les hôpitaux et les EHPAD du territoire. Adopter la même démarche de contractualisation/ labellisation pour les centres de soins non programmés / accueils de premiers soins issus de la transformation des services d'urgence hospitaliers, dont les effectifs d'urgentistes ou le niveau d'activité ne permet pas le maintien à l'identique.

Recommandation n°3: Des demi-journées dédiées aux soins non programmés, élément d'un contrat des médecins avec la population et le territoire Faire de l'obligation de proposer des demi-journées de soins non programmés une clause obligatoire du cahier des charges des organisations de soins non programmés passant contrat avec les ARS avec transmission d'un planning de continuité du soin non programmé à la régulation téléphonique, mis en ligne (www.sante.fr) et mis à jour.

Recommandation n°4: Renforcer les financements actuels vers les équipes de professionnels de santé qui s'engagent pour leur territoire Augmenter le poids de la rémunération des soins non programmés dans les financements individuels et collectifs existants, accordés en contrepartie d'objectifs de performance dans le cadre du contrat conclu entre l'ARS et l'organisation de soins de premier recours (recommandation n°2): ROSP (individuelle (416M€ en 2016) et ACI (collective)). Financer selon un forfait modulé en contrepartie d'indicateurs de performance les fonctions administratives de l'organisation territoriale de soins non programmés passant contrat avec l'ARS. Cette rémunération est indexée aux engagements, aux performances, au territoire et à la population couvertes.

Recommandation n°5: Modifier la loi pour permettre aux médecins d'une organisation de soins non programmés labellisée par l'ARS d'être considérés comme le médecin traitant du patient le consultant, au regard des majorations de ticket modérateur appliqués pour le respect du parcours de soins Loi.

Recommandation n°6: Faciliter le recours direct aux examens les plus simples d'imagerie et de biologie Dans un cadre protocolisé, permettre aux maisons de santé engagées dans l'organisation territoriale de réponse aux soins non programmés de recourir sur place à l'imagerie et à la biologie, non seulement

pour les prélèvements mais aussi pour l'analyse des prélèvements les plus courants, en fonction de leur situation appréciée par l'ARS (distance au laboratoire d'analyses partenaire, horaires de fonctionnement, volume d'activité).

Recommandation n°7: Orienter les agences régionales de santé et les caisses d'assurance maladie davantage vers l'appui, l'accompagnement, la simplification plutôt que le contrôle favoriser l'accompagnement plutôt que le contrôle des organisations prenant en charge des soins non programmés.

Simplifier et réduire le cahier des charges de l'ACI et les remontées d'information demandées

Rendre gratuit l'enregistrement au registre des sociétés et du commerce lors d'ajouts et de changements de membres d'une société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA). Ces propositions s'inscrivent dans le cadre du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires.

Recommandation n°8: Impliquer, mobiliser et associer les collectivités territoriales, intercommunalités et départements en particulier S'appuyer sur les élus et les collectivités, avec une communication et des formations en direction des élus, le renforcement des liens entre les CPTS et les EPCI, et, en particulier dans les départements plus ruraux, un rôle accru du conseil départemental comme chef de file. Cette proposition s'inscrit dans le cadre du plan pour l'égal accès aux soins dans les territoires.

Recommandation n°9: Un numéro unique de santé, pour une régulation téléphonique 24 heures sur 24 Déployer progressivement sur les territoires, quand les organisations territoriales de soins non programmés se seront mises en place, une régulation médicale téléphonique 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, sur un numéro unique de santé.

Recommandation n°10:De la régulation téléphonique au conseil médical et à la télé médecine Proposer progressivement, à ce même numéro, non seulement une régulation et une orientation médicales, mais également un conseil médical, une organisation du parcours de soins, des consultations de télémedecine.

Recommandation n°11:Faire de la régulation téléphonique un maillon clé du parcours de soinsDans le cadre du parcours de soins, inciter les usagers à systématiquement appeler leur médecin traitant ou la régulation médicale avant tout recours en vue d'un soin non programmé, que ce soit auprès d'un service d'urgence ou d'une organisation territoriale de soins non programmés

Recommandation n°12:Développer l'éducation, l'information, la communication autour de la pédagogie de ce nouveau parcours de soinsDévelopper une éducation permettant aux usagers de mieux se diriger dans le parcours de soins par une communication grand public, adaptée et relayée par les acteurs locaux, pour inviter à appeler la régulation avant de se déplacer, faire connaître les ressources disponibles, faire la pédagogie du réflexe à avoir en cas de problème inopiné de santé, et du parcours de soins dans son ensemble.

Recommandation n°13:Compléter, enrichir, faire connaître le portail Santé.frAccélérer l'alimentation et enrichir le contenu du portail Santé.fr, pour qu'il permette à tous les citoyens, d'ici à 2019, de connaître l'offre de soins et en particulier l'offre de soins non programmés de leur territoire (horaires, géolocalisation, jour –nuit –week-end).

Recommandation n°14:Une fois l'organisation territoriale des premiers soins mise en place, et la régulation téléphonique effective, mener des actions d'information ciblées sur les publics les plus concernésUne fois que la

régulation médicale de journée est en place et effective, et connaît l'offre de soins non programmés de son territoire, faire une grande campagne de communication sur le numéro d'appel santé et le site sante.fr, sur internet, dans les médias, sur le terrain et auprès des acteurs.

Recommandation n°15: Libérer du temps médical en renforçant la coopération entre les professionnels Pour libérer du temps médical et renforcer la coopération et les parcours, développer les soins coordonnés entre les médecins et les autres professionnels de santé via le partage de compétences dans le cadre de protocoles nationaux à mise en œuvre locale permettant l'accès direct à des soins infirmiers de premier recours, à des visites infirmières à domicile, à des consultations et actes réalisés par les pharmaciens et les kinésithérapeutes .Boîte à outils de protocoles-types mise à la disposition des acteurs de terrain : 2018.Evaluation : 2020.

Recommandation n°16: Encourager les visites à domicile et les partager entre les professionnels de santé Revaloriser les tarifs de la visite à domicile et faciliter sa délégation à d'autres professionnels de santé dans le cadre de protocoles nationaux (boîte à outils nationale tenue par les ARS et sur Sante.fr à la disposition des professionnels de santé).

Recommandation n°17: Renforcer l'accès aux soins pour les personnes âgées en EHPAD Pour améliorer l'accès aux soins des personnes âgées en EHPAD, et libérer du temps médical, permettre aux médecins coordonnateurs d'EHPAD de prescrire et d'être médecin traitant, si les résidents le souhaitent.

Recommandation n°18: Le partage de l'information, le travail d'équipe, la formation d'étudiants. Prévoir que les organisations de soins non programmés labellisées s'engagent à pratiquer les tarifs opposables de la sécurité sociale, le

tiers payant (conformément aux propositions du rapport IGAS d'octobre 2017 sur l'évaluation de la généralisation du tiers payant), à utiliser une messagerie sécurisée de santé. Encourager l'utilisation d'un système d'information partagé et l'accueil d'étudiants.

Recommandation n°19: Décloisonner l'organisation des transports sanitaires grâce à la régulation téléphonique. Elargir le remboursement de transports sanitaires à partir du domicile au-delà d'un acheminement vers les urgences lorsque le transport est déclenché par la régulation médicale vers les organisations territoriales de soins non programmés labellisées par les ARS.

ANNEXE 3

date	Plage horaire	Age patient	Motif (mettre le/les numéros) correspondant cf tableau *)	Consultation relevant réellement du MAPI ?	Le patient aurait-il consulté aux urgences en l'absence de consultation dans la journée ?	actions
	☐ 8-12h ☐ 12-16h ☐ 16h-20h	☐ 0-2 ans ☐ 6 à 20 ans ☐ 40 à 59 ans ☐ >75ans ☐ 2-6ans ☐ 20 à 39ans ☐ 60 à 75 ans		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Biologie ☐ imagerie ☐ prescription médicamenteuse ☐ envoi aux urgences/hospitalisation ☐ certificat/arrêt de travail ☐ geste technique
	☐ 8-12h ☐ 12-16h ☐ 16h-20h	☐ 0-2 ans ☐ 6 à 20 ans ☐ 40 à 59 ans ☐ >75ans ☐ 2-6ans ☐ 20 à 39ans ☐ 60 à 75 ans		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Biologie ☐ imagerie ☐ prescription médicamenteuse ☐ envoi aux urgences/hospitalisation ☐ certificat/arrêt de travail ☐ geste technique
	☐ 8-12h ☐ 12-16h ☐ 16h-20h	☐ 0-2 ans ☐ 6 à 20 ans ☐ 40 à 59 ans ☐ >75ans ☐ 2-6ans ☐ 20 à 39ans ☐ 60 à 75 ans		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Biologie ☐ imagerie ☐ prescription médicamenteuse ☐ envoi aux urgences/hospitalisation ☐ certificat/arrêt de travail ☐ geste technique
	☐ 8-12h ☐ 12-16h ☐ 16h-20h	☐ 0-2 ans ☐ 6 à 20 ans ☐ 40 à 59 ans ☐ >75ans ☐ 2-6ans ☐ 20 à 39ans ☐ 60 à 75 ans		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Biologie ☐ imagerie ☐ prescription médicamenteuse ☐ envoi aux urgences/hospitalisation ☐ certificat/arrêt de travail ☐ geste technique
	☐ 8-12h ☐ 12-16h ☐ 16h-20h	☐ 0-2 ans ☐ 6 à 20 ans ☐ 40 à 59 ans ☐ >75ans ☐ 2-6ans ☐ 20 à 39ans ☐ 60 à 75 ans		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Biologie ☐ imagerie ☐ prescription médicamenteuse ☐ envoi aux urgences/hospitalisation ☐ certificat/arrêt de travail ☐ geste technique
	☐ 8-12h ☐ 12-16h ☐ 16h-20h	☐ 0-2 ans ☐ 6 à 20 ans ☐ 40 à 59 ans ☐ >75ans ☐ 2-6ans ☐ 20 à 39ans ☐ 60 à 75 ans		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Biologie ☐ imagerie ☐ prescription médicamenteuse ☐ envoi aux urgences/hospitalisation ☐ certificat/arrêt de travail ☐ geste technique

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.