

Rapport d'évaluation
de la consultation pédiatrique sans rendez-vous de
l'hôpital Robert Debré
de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris,
Et recommandations pour les réseaux d'urgence ville
hôpital à Paris et en Seine-Saint-Denis.

Rapport présenté par :

Mme Danièle JOURDAIN-MENNINGER et M. le docteur Pierre ABALLEA
Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Rapport n°2004-103
Juillet 2004

Résumé du rapport n°2004 103 présenté par Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Pierre ABALLEA, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

1. Le contexte de la mission

Les grands établissements de santé pédiatriques de l'AP/HP ayant reçu la qualification de POSU occupent une place prépondérante dans la prise en charge des enfants reçus en urgence à Paris: en 2001, ils recevaient plus de 80% des enfants reçus aux urgences, ces enfants étant domiciliés à Paris ou dans les départements de la petite couronne. Cette concentration des enfants sur un petit nombre de sites parisiens explique le phénomène de saturation en période épidémique, qui est à l'origine de la demande de mission de la Direction de l'AP/HP à l'Inspection générale des affaires sociales.

Une expérimentation de consultation sans rendez-vous a été installée en décembre 2003 au sein de l'hôpital de l'hôpital Robert Debré, auprès du service d'urgence pédiatrique. Destinée à alléger les délais d'attente et à améliorer les conditions d'accueil des usagers et les conditions de travail du personnel, cette consultation a été confiée à un Centre de santé parisien, le centre médical Europe. Cette période avait été choisie en fonction des afflux importants d'enfants atteints du virus respiratoire syncytial (VRS) à l'origine des épidémies de bronchiolite, à laquelle le plus souvent une épidémie de gastro-entérite se superpose ou lui succède.

Il a donc été demandé à l'IGAS de procéder à l'évaluation de la consultation sans rendez-vous de l'hôpital Robert Debré, et de faire des recommandations concernant les dispositifs susceptibles d'alléger la charge des services des urgences lorsque le recours à ces services ne se justifie pas. La mission a placé l'ensemble de ses investigations dans le cadre de la permanence des soins, à Paris et en Seine-Saint-Denis, afin de disposer d'une vision la plus complète possible des dispositifs répondant à l'urgence, tant à l'hôpital qu'en ville sur les territoires des établissements hospitaliers observés, l'hôpital Robert Debré bien sûr, mais aussi deux hôpitaux, l'hôpital Necker dans le 15^{ème} arrondissement de Paris, et l'hôpital Jean Verdier à Bondy (93), dont les différences dans l'organisation et les profils de clientèle permettent de disposer d'éléments de comparaison utiles. Compte tenu de son objet, la mission a élargi son analyse aux dispositifs apportant des réponses aux patients ayant une demande de soins non programmés par les hôpitaux, aux dispositifs de soins de ville et à leur régulation.

2. La consultation sans rendez-vous de l'hôpital Robert Debré représente une solution pragmatique permettant de réorienter une partie importante d'enfants se présentant au service des urgences de l'hôpital le week-end.

Conçue initialement pour accueillir les enfants atteints par les épidémies virales saisonnières de l'enfant, la consultation sans rendez-vous de l'hôpital Robert Debré a fonctionné de mi-décembre 2003 au 30 juin 2004, uniquement le week-end (samedi et dimanche toute la journée jusqu'à mi-février, puis le samedi après-midi et le dimanche jusqu'au 30 juin).

Installée dans les locaux mêmes de l'hôpital et à proximité du service des urgences, la consultation est assurée par des médecins généralistes salariés du centre de santé, après que l'infirmière d'accueil et d'orientation a procédé au tri des enfants se présentant aux urgences, en fonction du degré de gravité de leur pathologie.

Compte tenu de sa durée limitée, l'expérimentation n'a finalement porté que sur 3% (1638) du total des 60 000 passages annuels du service des urgences de l'hôpital et il convient d'être prudent sur des conclusions de portée trop générale. En revanche, l'observation montre qu'elle constitue une solution ponctuelle efficace pour alléger le nombre des consultations au service des urgences.

Résumé du rapport n°2004 103 présenté par Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Pierre ABALLEA, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

En effet, elle a permis d'atteindre les objectifs poursuivis par la Direction générale de l'AP/HP et de détourner une partie importante de consultations dont le degré de gravité ne nécessitait pas une prise en charge au service des urgences, de l'ordre de 30 à 40%. La responsable du service des urgences estime quant à elle que 60% des enfants reçus au service des urgences pourraient être soignés en médecine de ville.

Elle est adaptée aux caractéristiques socio-culturelles et économiques de la population consultant habituellement au service des urgences de cet hôpital, qui relèvent d'une origine sociale modeste, avec une pratique parfois difficile de la langue française, et dont plus de 80% résident dans les arrondissements du nord-est de Paris et dans le sud de la Seine-Saint-Denis.

Certaines faiblesses du dispositif sont patentes : elles tiennent à l'organisation initiale, puisque tous les enfants passent par le service des urgences, même si cette proximité contribue à l'acceptation, par les familles, de la réorientation. Le montage financier quant à lui est simple puisqu'il est assis sur le montant de la consultation dont une partie est rétrocédée au médecin généraliste salarié, mais elle fait dépendre l'activité du médecin généraliste de la capacité du services des urgences « à jouer le jeu » et à réorienter un nombre suffisant d'enfants pour que sa rémunération justifie sa présence pendant le week-end.

Néanmoins, les atouts sont réels : la pratique du tiers payant, l'adéquation du taux de gravité à la pathologie, qui permet de réserver les consultations par un pédiatre aux cas les plus graves, la réduction du délai d'attente aux urgences et donc le moindre encombrement de la salle d'attente, et de meilleures conditions de travail pour le personnel.

La mission estime que cette expérimentation pourrait, sous certaines conditions, être pérennisée.

Il faut en effet s'assurer de la sécurité des patients ainsi réorientés, ce qui implique de veiller à la stabilité de l'équipe infirmière, de prévoir un protocole définissant précisément les liens entre la consultation sans rendez-vous et le service des urgences et un mettre en place un processus de « monitoring ».

La sécurité juridique doit aussi être garantie. Pour dépasser le stade de l'expérimentation il est nécessaire d'élargir le partenariat en procédant à une large diffusion auprès des professionnels de santé, des conditions à remplir, pour répondre à une demande qui s'inscrit dans le cadre de la permanence des soins et non dans le cadre du code des marchés publics.

Les procédures doivent être respectées, qu'il s'agisse des instances internes (conseil d'administration, CME), ou des autorisations des tutelles.

Les services de protection maternelles et infantile doivent être associés au fonctionnement du dispositif tout au long du parcours de soin de l'enfant et avec sa famille.

Enfin, la Direction de l'hôpital doit travailler d'abord avec son environnement sur toutes les solutions qui conduisent à renforcer les liens en cours de constitution entre la ville et l'hôpital.

La pérennisation de cette solution est donc justifiée. Néanmoins, et compte tenu du petit nombre de médecins susceptibles d'assurer pour l'instant cette consultation, il serait prudent, dans un premier temps, de réserver la pérennisation de l'expérimentation à la période hivernale, pendant laquelle les afflux au service des urgences sont les plus importants.

Résumé du rapport n°2004 103 présenté par Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Pierre ABALLEA, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

3. L'organisation de la permanence des soins à Paris et dans le département de Seine-saint-Denis montre que les besoins et les attentes des différents acteurs sont mal connus.

Même si les différentes instances chargées d'élaborer les mécanismes de régulation du système s'attachent à préconiser une meilleure articulation entre la permanence des soins, les services des urgences et la régulation, l'activité répondant aux demandes de soins non programmées sur un territoire n'est pas appréhendée globalement. Le diagnostic territorial n'est pas complet et ne permet donc pas de mesurer la réalité des réponses apportées aux demandes de soins non programmés.

Les caractéristiques et les comportements des usagers sont très peu connus, et ne sont souvent identifiés qu'à partir de ce qu'en connaissent les professionnels. Les études, trop anciennes, ont plus tendance à mettre en évidence les caractéristiques socio-culturelles et professionnelles des familles consultant aux urgences pédiatriques que leur parcours de soins. Il devient alors difficile de faire la part des motivations des recours aux urgences pédiatriques, entre les comportements parfaitement rationnels des familles et ceux qui sont tributaires des conditions de vie ou des niveaux de revenus.

C'est dans un cadre très évolutif que l'offre sanitaire générale de l'Ile-de-France peut être appréhendée. L'offre sanitaire est particulièrement diversifiée, avec un taux d'équipement sanitaire important, le plus élevé de la région pour Paris, mais le moins élevé de la région pour la Seine-Saint-Denis. On constate un ralentissement dans l'installation des professionnels de santé dans les deux départements, et une partie notable d'entre eux se tourne désormais vers le salariat. Les centres de santé sont à ce titre un recours non négligeable, qui assure entre 10 à 12% des actes effectués en médecine ambulatoire. Ils méritent à ce titre, d'être associés aux travaux concernant la permanence des soins à laquelle ils sont tenus de participer depuis l'accord de 2003. La permanence des soins de ville est assurée dans les deux départements par les médecins libéraux urgentistes, qui connaissent un ralentissement certain de leur chiffre d'affaire. Cette offre est réelle, connue et lisible. Mais il existe aussi une activité importante de visites de soir, nuit et de week-end, qui repose sur un fonctionnement informel de permanence des soins des médecins installés.

La mission recommande de développer les études relatives à l'activité des soins non programmés, qu'il s'agisse de l'activité elle-même ou des trajectoires de soins des patients.

4. Des réponses ont été mises en œuvre pour tenter de mieux réguler les afflux aux urgences pédiatriques et un certain nombre de scénarii peuvent également être envisagés

Les actions de prévention font partie des leviers sur lesquels il devrait être possible de s'appuyer, notamment dans la mise en œuvre de mesures concrètes auprès des professionnels et des familles concernant notamment les épidémies saisonnières de l'enfant. C'est dans cet esprit qu'a été lancée pendant l'hiver 2003-2004 la campagne de l'INPES de sensibilisation à la bronchiolite du nourrisson, mais il est encore trop tôt pour en mesurer les effets réels, en particulier sur l'évolution des comportements qui permettrait de diminuer les afflux saisonniers aux urgences pédiatriques.

Dans le cadre de la permanence des soins, de nouvelles voies sont en cours de réflexion et d'expérimentation.

Résumé du rapport n°2004 103 présenté par Danièle JOURDAIN-MENNINGER et Pierre ABALLEA, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

Dans un environnement dans lequel la prise en charge des patients à leur domicile est sans doute appelée à se contracter encore, et dans la perspective du développement de maisons médicales de garde, la régulation des urgences en amont, destinée à mieux adapter le niveau de gravité estimé des demandes de soins à la nature de l'offre de soin possible, est indispensable. Ces orientations, si elles étaient retenues, impliqueraient qu'une régulation libérale commune puisse mobiliser les différentes associations d'urgentistes à Paris, et puisse être installée, comme en Seine-Saint-Denis, au plus près du SAMU.

La régulation préalable des demandes de soins urgentes par le SAMU est un objectif porté par plusieurs des acteurs de la région. La mission recommande de préférer un système incitatif plutôt que coercitif en la matière, et notamment tant que la régulation commune ne sera pas réalisée, rendant l'accès au système de soins plus lisible pour les usagers.

La responsabilisation financière des usagers et leur pénalisation en cas de recours inadéquat ou excessif s'inscrit dans les débats actuels de réforme de l'assurance maladie. La mission considère comme "de bonne logique" l'introduction de ces mesures mais attire l'attention sur le risque de pénaliser la partie la plus fragilisée et la plus précaire des utilisateurs des services des urgences.

La permanence des soins fait partie des expérimentations de maisons médicales, qui viennent seulement d'être agréées en Ile-de-France par le Fonds d'amélioration à la qualité des soins de ville. Il est encore trop tôt pour en faire l'évaluation, mais la mission recommande de prendre en compte leur présence dans tout projet visant à créer des consultations non programmées à l'hôpital, et de veiller, pour qu'elles répondent à l'objectif fixé, à ce que la liste des professionnels de santé soit suffisamment large et que la localisation soit à la fois connue à l'avance et la moins éloignée possible du service des urgences d'un établissement de santé.

A terme, les scénarii d'évolution de la permanence des soins dépendront de la capacité à mobiliser ou pas les acteurs libéraux et mieux coordonner des effecteurs.

Dans le premier cas, l'évolution naturelle du système, qui est constatée à Paris, conduira à privilégier le recours à l'installation de consultations non programmées à l'intérieur de l'hôpital, sur le modèle de l'expérimentation menée en 2003-2004 à l'hôpital Robert Debré.

Dans le second cas, si la permanence des soins peut se développer à partir d'associations de médecins libéraux organisés en associations, ou au sein de structures de type centres de santé, elle s'appuiera sur un tableau de permanence complet permettant une charge de travail acceptable pour les praticiens, et qui ne peut être inférieur à une trentaine de médecins par tableaux de garde. Elle rendra indispensable également une régulation commune SAMU-libéraux renforcée.

SOMMAIRE

1	EVALUATION DE LA CONSULTATION INTRA-HOSPITALIÈRE DE ROBERT DEBRE MENÉE AVEC LE CENTRE MÉDICAL EUROPE.....	6
1.1	LES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-CULTURELLES DE LA POPULATION REÇUE AUX URGENCES DE L'HÔPITAL ROBERT DEBRÉ SONT UN ÉLÉMENT D'EXPLICATION IMPORTANT DES DIFFICULTÉS DU SERVICE DES URGENCES .	6
1.1.1	<i>L'analyse des origines géographiques de la patientèle en fait un hôpital de proximité</i>	6
1.1.2	<i>Le parcours de soin, assez mal connu, montre que ce sont souvent les mêmes enfants qui fréquentent les services de la PMI et les services des urgences de l'hôpital Robert Debré</i>	7
1.1.2.1	Des études généralement trop anciennes	7
1.1.2.2	Des parcours de soins orientés surtout vers la PMI et les services des urgences hospitalières plus que vers la médecine libérale	7
1.1.2.3	Les motifs de recours au service des urgences pédiatriques sont variables	8
1.1.3	<i>Les utilisateurs des services des urgences relèvent d' une origine sociale modeste, avec une pratique parfois difficile de la langue française</i>	11
1.2	L' ACTIVITÉ DES URGENCES PÉDIATRIQUES EST STABLE MAIS SUPÉRIEURE AUX CAPACITÉS D' ACCUEIL ..	12
1.2.1	<i>Les conditions matérielles de l'accueil au service des urgences sont difficiles.....</i>	12
1.2.2	<i>Le recours à l'hospitalisation est souvent motivé par des considérations plus sociales que sanitaires.....</i>	12
1.2.3	<i>L'activité du service des urgences s'accroît fortement pendant la période hivernale</i>	12
1.2.4	<i>Le plan d'accueil des épidémies hivernales de l'AP-HP prévoit d'adapter la capacité d'accueil de la pédiatrie, notamment pendant les mois de décembre, janvier et février.</i>	12
1.3	CONDUISANT À DES DÉLAIS D' ATTENTE IMPORTANTS.....	13
1.4	DES SOLUTIONS PALLIATIVES ONT ÉTÉ ENGAGÉES DEPUIS PLUSIEURS ANNÉES	14
1.4.1	<i>Vers des centres de santé</i>	14
1.4.1.1	Le centre de santé Atlas	14
1.4.1.2	Le centre de santé « Enfance et famille »	14
1.4.1.3	Les centres de santé de Paris	14
1.4.2	<i>La solution de la médecine libérale</i>	15
1.4.2.1	Les médecins généralistes du 19ème arrondissement.....	15
1.4.2.2	Les maisons médicales.....	15
1.4.2.3	Le réseau bronchiolite.....	16
1.5	LE RECOURS AU CENTRE MÉDICAL EUROPE : LE CHOIX ORGANISATIONNEL D'UN CENTRE DE SANTÉ INSTALLÉ DANS L'HÔPITAL	17
1.5.1	<i>Un centre de santé disposant d'une offre de soin importante</i>	17
1.5.1.1	Une offre de soins en secteur 1.....	17
1.5.1.2	Une activité importante	18
1.5.1.3	Les ressources financières du CME	18
1.5.1.4	L'insertion dans l'environnement médical hospitalier.....	19
1.5.2	<i>La participation aux urgences de l'hôpital Robert Debré.....</i>	19
1.5.2.1	L'historique de l'expérimentation.....	19
1.5.2.2	Un montage juridique rapide	19
1.5.2.3	L'organisation de la consultation sans rendez-vous assurée par le CME.....	21
1.5.2.4	Une activité importante qui a généré environ 40% de réorientation	22
1.5.3	<i>Les modalités de financement retenues et bilan financier de l'expérimentation</i>	23
1.5.4	<i>Conséquences pour le budget de l'hôpital.....</i>	24
1.5.5	<i>Organisation de l'activité du service des urgences de l'hôpital Robert Debré</i>	25
1.5.5.1	Répartition des effectifs médicaux.....	25
1.5.5.2	Renforts pendant l'épidémie de bronchiolite	25
1.5.6	<i>Le bilan de l'expérimentation</i>	26
1.5.6.1	Par les acteurs eux-mêmes dans le bilan qui a été effectué en février 2004	26
1.5.6.2	Pour les autres partenaires concernés par l'expérimentation.....	26
1.6	UNE SOLUTION QUI POURRAIT ÊTRE DÉVELOPPÉE SOUS CERTAINES CONDITIONS.....	27
1.6.1	<i>Les objectifs poursuivis par la Direction générale de l'AP/HP, et portés par la direction de l'hôpital Robert Debré, sont atteints.....</i>	27
1.6.2	<i>Le dispositif comporte un certain nombre de faiblesses</i>	28
1.6.2.1	Le dispositif reste au sein de l'hôpital.....	28
1.6.2.2	La rémunération du médecin est directement liée au rythme de l'activité	29
1.6.2.3	Un centre de santé volontaire dont seul le mode d'organisation permet de répondre à la demande.....	29
1.6.2.4	Un passage en force.....	29
1.6.3	<i>Mais un bilan positif, qui permet, sous certaines conditions, d'envisager une pérennisation au moins partielle</i>	30
1.6.3.1	Les atouts sont importants	30

1.6.3.2	Certaines conditions doivent néanmoins être réunies	31
2	ENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN ILE-DE-FRANCE À PARTIR DE L'ANALYSE DES DÉPARTEMENTS DE PARIS ET DE SEINE-SAINT-DENIS.....	34
2.1	LA CONNAISSANCE DES FACTEURS CLEFS INFLUANT SUR LES SOINS NON PROGRAMMÉS, DONT CEUX EFFECTUÉS PENDANT LA PERMANENCE DES SOINS, DOIT ÊTRE ENRICHIE	34
2.1.1	L'activité répondant aux demande de soins non programmés sur un territoire n'est pas appréhendée globalement.....	34
2.1.2	Les caractéristiques et les comportements des usagers sont insuffisamment connus.....	37
2.2	USAGERS, MÉDECINS ET ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ S'INSCRIVENT DANS LEURS LOGIQUES PROPRES	38
2.2.1	Usagers : des comportements rationnels et prévisibles.....	38
2.2.1.1.	Les comportements des usagers des urgences reflètent des motivations diversifiées	38
2.2.1.2.	L'hétérogénéité des comportements est confirmée par les chiffres des recours aux urgences pédiatriques hospitalières.....	40
2.2.1.3.	Sans que les associations d'usagers ne s'impliquent dans les problématiques de permanence des soins ..	42
2.2.2	L'offre sanitaire générale de l'Ile-de-France, notamment dans les deux départements étudiés par la mission est importante	42
2.2.2.1.	Une grande diversité de l'offre hospitalière.....	42
2.2.2.2.	Une tendance récente à un ralentissement voire à un retournement dans le rythme d'installation des professionnels de santé dans les deux départements.....	43
2.2.3	Le réseau de prévention offert par les services de PMI est très important	44
2.2.4	... et les centres de santé permettent de compléter l'offre	44
2.2.5	La permanence des soins de ville repose dans les deux départements étudiés sur un dispositif mal appréhendé et insuffisamment coordonné	44
2.2.5.1	L'essentiel de l'activité pendant la permanence des soins des médecins installés repose sur un fonctionnement informel.....	45
2.2.5.2	La permanence des soins repose aussi sur l'activité des associations médicales	45
2.2.5.3	Les centres de santé font partie de la permanence des soins	46
2.2.6	L'activité des généralistes libéraux en matière de soins non programmés est considérable.....	46
2.2.7	La régulation des acteurs de l'urgence et de la permanence des soins s'inscrit dans des dispositifs spécifiques à chaque département.....	48
2.2.7.1	Un dispositif bien intégré et original dans le département de Seine-Saint-Denis	48
2.2.7.2	Un dispositif historiquement peu coordonné à Paris	48
2.3	LES LEVIERS POUR AGIR SUR LES FLUX D' ACTIVITÉ NON PROGRAMMÉE.....	49
2.3.1	Les actions de prévention peuvent peser à moyen et long terme si elles sont développées et inscrites dans la durée	49
2.3.2	Une régulation préalable au recours à l'hôpital ou dans les maisons médicales doit être proposée mais pas imposée.	50
2.3.3	A terme, des mesure de pénalisation financières sont discutées, pour les patients qui se présenteraient « hors régulation »	50
2.3.4	Plusieurs modes d'organisation de prise en charge des patients en consultation non programmée sur un site fixe peuvent être proposés	51
2.3.4.1	La prise en charge des consultations non programmées peut être renforcée par l'ouverture de consultations intra-hospitalières sans rendez-vous, ouvertes pour des publics ciblés	51
2.3.4.2	La permanence des soins peut s'appuyer sur des maisons médicales dans une optique d'accueil d'un public "large"	53
2.3.4.3	Les scénarios d'évolution de la permanence des soins vont dépendre de la capacité à mobiliser les acteurs libéraux et à coordonner l'ensemble des acteurs	54
3	CONCLUSIONS.....	56
4	ANNEXES	58
4.1	ANNEXE I L'OFFRE ET L' ACTIVITÉ SANITAIRE EN MATIÈRE D'URGENCES, DE PERMANENCE DES SOINS ET DE SOINS NON PROGRAMMÉS À PARIS EN 2004.....	58
4.2	ANNEXE II L'OFFRE ET L' ACTIVITÉ SANITAIRE EN MATIÈRE D'URGENCES, DE PERMANENCE DES SOINS ET DE SOINS NON PROGRAMMÉS EN SEINE-SAINT-DENIS EN 2004	58
4.3	ANNEXE III ANALYSE DES FLUX HORAIRES DU SERVICE D'URGENCE DE L' HÔPITAL R.DEBRE.....	58
4.4	ANNEXE IV PERSONNES RENCONTREES	58

Introduction

Les services d'accueil des urgences des hôpitaux de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris (AP-HP) ont à faire face à un afflux important de patients qui conduit, particulièrement en certaines périodes de la journée, de la semaine ou de l'année, à des délais d'attente de plusieurs heures et à des conditions d'accueil et de travail inacceptables pour le personnel.

Ce phénomène est particulièrement marqué en période d'épidémie hivernale pour les urgences pédiatriques. La Direction générale de l'AP-HP a mis en place au début de l'hiver 2003, une consultation intra hospitalière sans rendez-vous de médecine générale auprès du service des urgences pédiatriques du centre hospitalier Robert Debré à Paris.

La directrice générale de l'AP-HP, a demandé mi-avril 2004 une mission de l'IGAS, afin de d'évaluer et de faire des propositions concernant l'ensemble des dispositifs susceptibles d'alléger la charge indûment adressée aux hôpitaux d'une part et réinstaller la médecine de ville dans l'offre de soins de première intention d'autre part.

La mission d'évaluation composée de Danièle JOURDAIN-MENNINGER et du Dr Pierre ABALLEA a procédé à ses investigations entre mai et juin 2004. Le mois de juillet a été consacré essentiellement à la rédaction du présent rapport.

La mission a tout d'abord procédé à l'évaluation de l'expérimentation réalisée sur l'hôpital Robert Debré en rencontrant l'ensemble des interlocuteurs partie prenante. L'expérimentation, a été prolongée jusqu'au 30 juin 2004. Cette évaluation fait l'objet de la première partie de ce rapport.

Une même grille d'analyse a été appliquée à deux établissements hospitaliers recevant des urgences pédiatriques, afin de disposer de points de comparaison avec Robert Debré tant en matière d'organisation que de profils de clientèles différents : l'hôpital Necker à Paris et l'hôpital Jean Verdier à Bondy (93).

Une partie des afflux hivernaux pédiatriques relève du virus respiratoire syncytial (VRS) à l'origine des épidémies de bronchiolite. Une épidémie de gastro-entérite lui succède ou s'y superpose le souvent. Ce phénomène est aujourd'hui mieux connu et a conduit un certain nombre d'acteurs à proposer des stratégies de prise en charge et des organisations spécifiques. La mission a souhaité utiliser cette pathologie comme traceur de la cohérence des réponses qui lui sont collectivement apportées en Ile-de-France, en sachant que dans le cadre des épidémies virales saisonnières de l'enfant, l'épidémie de bronchiolite est suivie dans le temps par l'épidémie de gastro-entérite.

La mission a souhaité aussi disposer d'une vision la plus complète possible des dispositifs répondant à l'urgence tant à l'hôpital qu'en ville sur les territoires des établissements hospitaliers observés. Les acteurs régionaux de la planification hospitalière ainsi que ceux de la permanence des soins des départements de Paris et de Seine-Saint-Denis ont été auditionnés pour ce faire. Compte tenu de son objet, la mission a centré son observation sur les réponses apportées aux patients ayant une demande de soins non programmée par les hôpitaux et les dispositifs de soins de ville et leurs régulations. Ont été exclus du champ de travail les secours aux personnes et les transports sanitaires via les dispositifs de la brigade des sapeurs pompiers de Paris et les SMUR. La description des départements observés constitue les annexes I et II.

Parallèlement à l'expérience menée sur l'hôpital Robert Debré, un certain nombre d'expériences innovantes visant à réinstaller la médecine de ville dans la permanence des soins, ont débuté en Ile-de-France depuis la fin 2003. La mission a rencontré un certain nombre de porteurs de ces projets qu'ils soient financés ou pas par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, (FAQSV), notamment ceux portant des projets dans les territoires des hôpitaux observés. Il est évidemment trop tôt pour tirer les enseignements de ces expériences, leur évaluation ne devant débuter qu'à compter de la fin de l'année 2004.

Il existe cependant d'autres expériences menées depuis le début des années 2000 en France, et la mission s'est appuyée sur une revue de la littérature les concernant afin de tirer parti autant que possible des premiers enseignements qu'elles apportent. La mission a rencontré les responsables nationaux chargés du suivi du plan urgence annoncé en septembre 2003 et de la permanence des soins afin de compléter cette approche nationale.

Il faut rappeler ici le contexte éminemment évolutif du thème des urgences et de la permanence des soins tout au long de la présente mission : mission confiée au Sénateur DESCOURS sur la permanence des soins, discussions conventionnelles, projet de loi portant réforme de l'assurance maladie, réforme des modalités de financement des hôpitaux.

- La permanence des soins relève des décrets de septembre et décembre 2003 et sa mise en œuvre est donc encore en cours dans un bon nombre de départements. Par ailleurs, ses modalités de financement sont en négociation entre les partenaires conventionnels et un récent protocole d'accord sur ce sujet vient d'être signé début juillet 2004, mais doit maintenant être approuvé par le ministre.
- La question du bon recours au bon niveau réseau de soins renvoie à la discussion plus générale portée par les parlementaires dans le projet de loi portant réforme de l'assurance maladie. Un certain nombre de mesures de responsabilisation des usagers proposées, concernent directement notre sujet ou y font puissamment écho.
- Enfin, si les dispositifs d'urgence hospitaliers sont relativement stabilisés depuis les décrets de 1995 et 1997, les modalités de financement des hôpitaux et de l'activité urgence sont en cours d'établissement dans le nouveau cadre de la tarification à l'activité (T2A).

La seconde et dernière partie de ce rapport traite des enseignements généraux que l'on peut tirer en matière de permanence des soins en Ile-de-France et notamment sur les « marges de manœuvre » ouvertes aux acteurs hospitaliers. Elle s'appuie sur les études départementales, la bibliographie et la problématique relative à la bronchiolite.

Le contexte conventionnel non stabilisé limite les possibilités de formuler des recommandations. Une partie des « jeux d'acteurs » est appelée à se re-déterminer dans les prochains mois. Si le contexte financier est majeur, la mission considère qu'une part tout aussi importante des comportements des acteurs relève d'autres déterminants. Des facteurs sociologiques et culturels sont notamment à l'œuvre et influent fortement sur l'évolution du recours aux soins non programmés, notamment lorsqu'il s'agit de la pédiatrie.

La mission s'est efforcée, en tenant compte des comportements des différentes parties prenantes du sujet et des perspectives supposées d'évolution de ces comportements, de former des scénarios d'évolution possibles au sein desquels les responsables hospitaliers pourront inscrire la reconduction ou l'infléchissement des actions déjà engagées ou enfin, participer à des projets permettant de renforcer les réseaux Ville hôpital.

1 Evaluation de la consultation intra-hospitalière de Robert DEBRE menée avec le centre médical Europe

1.1 Les caractéristiques socio-culturelles de la population reçue aux urgences de l'hôpital Robert Debré sont un élément d'explication important des difficultés du service des urgences

1.1.1 L'analyse des origines géographiques de la patientèle en fait un hôpital de proximité

La population qui consulte aux urgences de l'hôpital Robert Debré provient essentiellement du Nord et de l'Est de Paris et de la banlieue.

- *pour les séjours hospitaliers* : l'attractivité hospitalière PMSI en 2002 par secteur sanitaire montre que sur 25 952 séjours hospitaliers, 50% sont le fait de patients qui viennent du secteur Nord, 15% du secteur Est, 5% du secteur Aulnay-Bondy-Montfermeil, et les 30% restants se répartissent sur les autres secteurs.

- *pour les consultations au service des urgences* : le taux de recrutement des utilisateurs du service des urgences, mesuré à partir des passages confirme cette répartition: 81 %des passages aux urgences de l'hôpital Robert Debré proviennent du Département de la Seine saint Denis et des trois arrondissements du Nord Est de Paris.

Tableau 1 : origine géographique des utilisateurs du service des urgences de l'hôpital Robert Debré

Code Postal	% des passages en 2003
93	35%
75019	19%
75018	12%
75020	11%
75010	4%
TOTAL	81%

Source : passage aux urgences hors Necker -GILDA, année 2002-2003

Le recrutement des utilisateurs de l'hôpital Robert Debré est principalement un recrutement de proximité. Il est important de noter que si la patientèle des urgences considère cet hôpital comme un hôpital de proximité, elle aura tendance à venir encore plus spontanément y consulter, notamment si l'enfant est né à la maternité de cet hôpital.

1.1.2 Le parcours de soin, assez mal connu, montre que ce sont souvent les mêmes enfants qui fréquentent les services de la PMI et les services des urgences de l'hôpital Robert Debré

Les parcours de soin comme les motivations de consultation des urgences pédiatriques relèvent à la fois de comportements rationnels et de déterminants socioculturels (voir deuxième partie du rapport). Les profils des familles qui viennent au service des urgences de l'hôpital Robert Debré jouent à ce titre un rôle non négligeable.

Les caractéristiques de cette population ont été décrites dans plusieurs études qui sont intéressantes pour déterminer les chances de réussite de solutions visant à désinciter ces personnes de consulter le service des urgences.

1.1.2.1 Des études généralement trop anciennes

Quatre études permettent de décrire le profil et les comportements des utilisateurs du service des urgences :

- Une enquête effectuée au service des urgences de l'hôpital Robert Debré¹ en 1995. Cette enquête est constituée par un échantillon d'enfants âgés de 2 mois à 3 ans révolus, présentés aux urgences entre le 26 février et le 20 mai 1992, soit 320 enfants pendant les 40 jours d'enquête.
- Une enquête effectuée sur les 6 premiers mois de l'année 2003 dans le même service des urgences². Cette dernière enquête a porté sur 31 603 passages aux urgences, concernant 23 598 enfants colligés dans le service.
- Une étude menée en 1997-1998 sur la filière de soins des enfants asthmatiques consultant aux urgences de l'hôpital Robert Debré
- Enfin, une enquête transversale³, réalisée un jour donné, sur l'ensemble des enfants consultant dans l'ensemble des centres de PMI (non hospitaliers) en février 1995, permet de dresser un tableau comparatif entre les clientèles des urgences de l'hôpital Robert Debré et de la PMI.

1.1.2.2. Des parcours de soins orientés surtout vers la PMI et les services des urgences hospitalières plus que vers la médecine libérale

L'étude de 1995 réalisée dans le service des urgences de Robert Debré, décrit la fréquence du recours au soin par rapport aux différentes sources de soins⁴ et montre que dans les 6 mois précédant l'enquête, plus des ¾ des enfants consultant en PMI avaient eu un recours médical en PMI, moins de 1/3 avait consulté en médecine libérale, et 1/10 avait consulté aux urgences hospitalières.

¹ P LOMBRAIL, « deux composantes essentielles de l'évaluation des soins à l'hôpital, continuité et accessibilité, le cas des urgences pédiatriques de l'hôpital Robert Debré, thèse de doctorat de l'université Paris XI, octobre 1995

² C ROUSTIT, C VITOUX-BROT, profil des utilisateurs itératifs des urgences pédiatriques, Masson, Paris 2004.

³ C. ALFARO, N BENHAMOU, C VINCELET, P EMPEREUR- BISSONNET, M DELOUR, M BRODIN, « les consultations de PMI à Paris, population fréquentant les centres et services rendus par la PMI », service de la PMI Ville de Paris, service de Santé publique, hôpital Robert Debré, Faculté Bichat, février 1995.

⁴ Il ne s'agit pas de la reconstitution de trajectoires empruntées dans le temps entre ces différentes ressources

Les 2/3 des familles dont l'enfant avait consulté au moins une fois en PMI considéraient cette structure comme le médecin traitant : la PMI était envisagée par ces familles comme un lieu de consultation pour 9 familles sur 10.

En cas de maladie, les familles déclaraient s'adresser dans 42% des cas aux urgences de l'hôpital, 12% à la PMI, Pour dix enfants venant aux urgences médicales de l'hôpital Robert Debré, moins de cinq étaient habituellement suivis par un médecin libéral, quatre par la PMI et un se déclarait suivi à l'hôpital Robert Debré.

D'après l'étude PMI, **en cas de maladie**, sur 10 enfants, 1 serait adressé directement à la PMI, 1 exclusivement à l'hôpital, 3 exclusivement à la médecine libérale, pour les autres un recours mixte est envisagé.

L'étude de 2003, utilisant à la fois les données issues du système URQAL⁵, les entretiens avec les familles pour les données socio-démographiques et la revue des dossiers médicaux pour les données médicales confirme que les filières de soins utilisées restent majoritairement les centres de PMI.

On peut retenir principalement les données suivantes : **sur l'échantillon étudié dans l'enquête de 1995**, plus de la moitié des enfants (54%) ne sont jamais venus aux urgences, les 46% restants totalisent 333 visites, et la moitié d'entre eux ne sont venus qu'une fois, et le tiers trois fois ou plus : **ainsi, un petit groupe d'enfants, 15% de l'ensemble, venu trois fois au moins dans les six mois précédant l'enquête, est à l'origine de la majorité des recours (60%).**

Ces enquêtes montrent bien le rôle important de la PMI dans le parcours de soin. Du fait de ses missions, circonscrites à la prévention, elle peut difficilement jouer un rôle efficace pour le suivi d'affections déclarées. En revanche, son rôle pourrait être accru pour les orientations dans le parcours de soin. Comme le souligne l'étude de 2003, ces résultats témoignent de la nécessité de renforcer les liens de l'hôpital avec les centres de PMI

1.1.2.3. Les motifs de recours au service des urgences pédiatriques sont variables

Les motifs de recours aux urgences peuvent être tributaires des comportements des utilisateurs, dans la mesure où l'hôpital est considéré par eux comme un établissement de proximité, qui fréquentent d'autant plus les urgences qu'une proportion non négligeable d'enfants est née à l'hôpital Robert Debré et que les familles y ont donc leurs "habitudes", c'est-à-dire qu'il ne s'agit pas de lieux inconnus qui pourraient les impressionner et les dissuader de venir.

Les familles consultent aussi aux urgences car, sur le plan thérapeutique, la morbidité et la maladie chronique, mais aussi les affections spécifiques (asthme ou drépanocytose) de leurs enfants ont conduit leur médecin de ville à souhaiter un avis médical urgent⁶.

⁵ Logiciel utilisé en France et notamment en Ile-de-France à l'AP-HP pour le recueil et le traitement des données relatives aux urgences hospitalières

⁶ P. LOMBRAIL, *op.cit.*

Dans l'enquête de 2003, 2,4% des enfants étaient venus au service des urgences à quatre reprises ou plus pendant la période étudiée, soit 8,6 % de l'ensemble des visites.

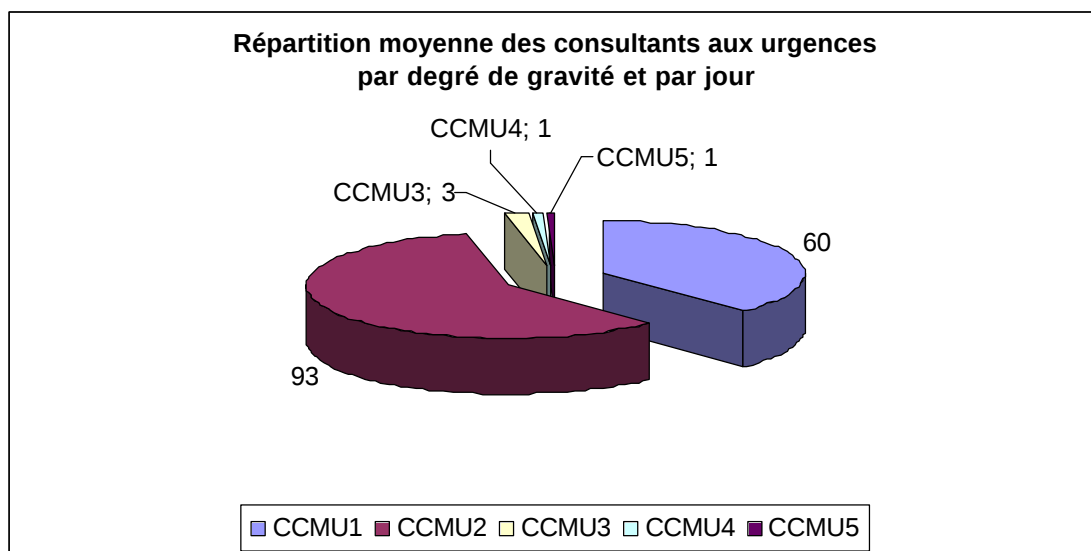
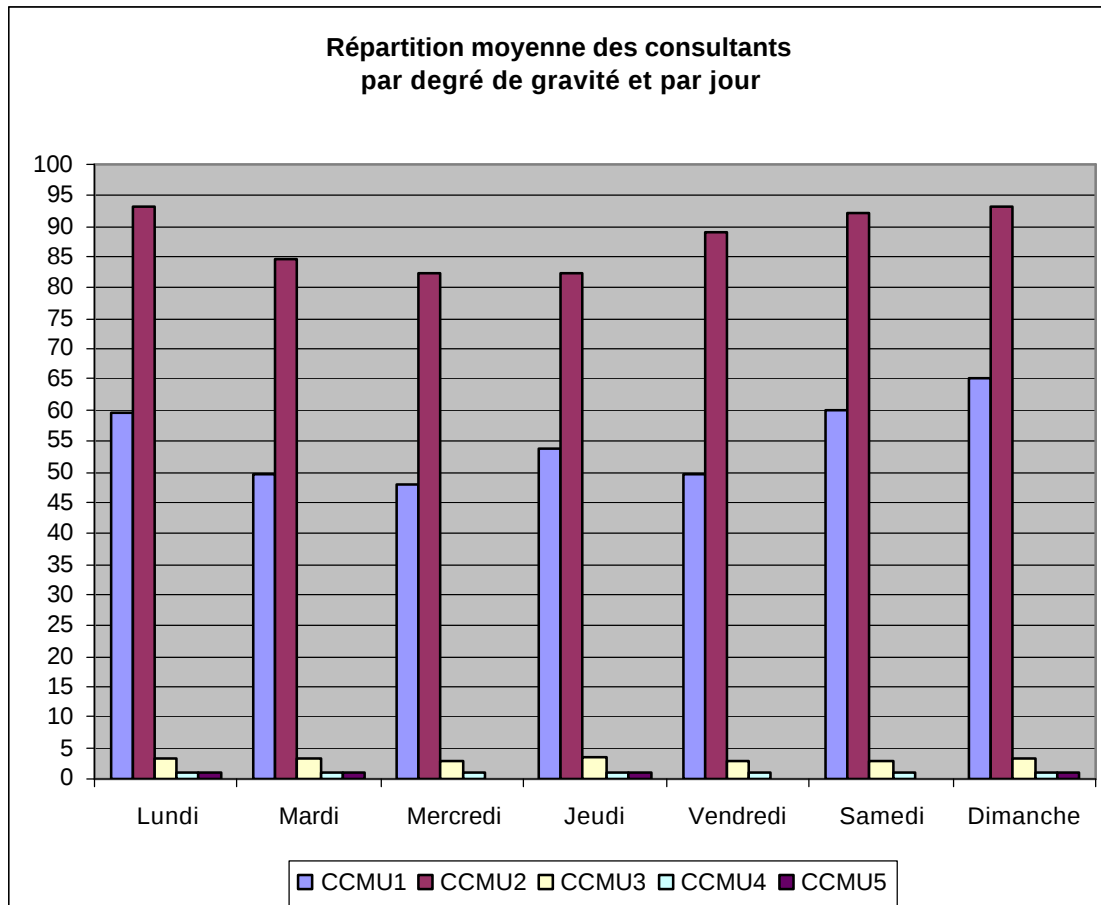
Deux profils d'utilisation du service ont été individualisés parmi le groupe d'enfants faisant partie de l'échantillon étudié:

- *Profil lié à une typologie médicale* : 39,6% des enfants étaient suivis sur l'hôpital, 29,9% étaient suivis pour des pathologies chroniques (pneumologie, hématologie, neurologie). L'utilisation des ressources hospitalières a été corrélée aux critères de gravité clinique, et est significativement plus élevée dans ce groupe.
- *Profil lié à une typologie socio-démographique* : enfants de 3 à 6 ans, prédominance masculine, dont le père n'est pas né en Europe de l'Ouest, et dont la filière de soins est la PMI.

Les deux tableaux ci-joints, fournis par l'hôpital Robert Debré, montre que la répartition moyenne des consultants aux urgences est majoritairement répartie entre les facteurs de gravité 1 et 2 ⁷(CCMU 1 et 2).

15% des flux relèvent, d'après la responsable du service des urgences de l'hôpital, d'une prise en charge prioritaire. Ce pourcentage, non négligeable, contribue également à allonger les délais d'attente pour les enfants considérés comme moins prioritaires.

⁷ CCMU 1 Etat clinique jugé stable. Pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique au service d'urgence ; CCMU 2 Etat clinique jugé stable. Décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service d'urgence ; CCMU 3 Etat clinique jugé susceptible de s'aggraver au service d'urgence sans mise en jeu du pronostic vital ; CCMU 4 Pronostic vital jugé engagé et prise en charge ne comportant pas de gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat ; CCMU 5 Pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat.



La responsable du service des urgences de l'hôpital Robert Debré de 2003 estime que 60% de ses urgences pourraient être gérées en ville, la question du recours « inadéquat » au service des urgences est ainsi largement posée.

1.1.3 Les utilisateurs des services des urgences relèvent d' une origine sociale modeste, avec une pratique parfois difficile de la langue française

Les études citées supra montrent que parmi les utilisateurs des services des urgences de l'hôpital Robert Debré, comme ceux qui fréquentent la PMI parisienne, la part de la population d'origine étrangère est prépondérante. Sur l'ensemble des mères qui fréquentent la PMI et qui ont été interrogées dans le cadre de cette enquête, 1/3 est de nationalité française, la moitié originaire d'Afrique, (29% d'Afrique du Nord, 20% d'Afrique noire), 11% d'origine asiatique, et 6% d'une autre origine (Amérique, Moyen-orient, Europe de l'Est). 1/3 des mères ont des difficultés pour s'exprimer oralement, plus ¼ parlent difficilement le français et 6% pas du tout. Dans la compréhension de la langue française parmi les femmes de nationalité étrangère, 47% des femmes ont des difficultés pour s'exprimer en français, et 55% ont des difficultés de compréhension de l'écrit. Les difficultés d'expression en langue française sont particulièrement fréquente chez les femmes d'origine asiatique (80%). Un tiers des pères est de nationalité française.

La description des catégories socioprofessionnelles montre une forte proportion de familles aux revenus modestes, ce qui est déterminant pour le recours à une solution pratiquant le tiers payant.

Parmi les 47% de femmes qui ont une activité professionnelle ou qui sont au chômage, 56% sont employées, 19% cadres intermédiaires, 7% cadres supérieurs, 17% ouvrières. En ce qui concerne les pères, 79% sont actifs ou retraités ou en congé d'invalidité, 8% sans activité, 13% sont au chômage. Plus de la moitié des pères sont ouvriers.

L'analyse menée en 1997-1998 sur la filière de soins des enfants asthmatiques consultant aux urgences de l'hôpital Robert Debré indique qu'1/3 de ces enfants vivaient dans des conditions de promiscuité importantes. La nature des soins à prodiguer et la forme de prise en charge sanitaire sont largement tributaires de ces situations.

Le pourcentage d'utilisateurs bénéficiant de la CMU n'est pas connu du service des urgences, mais ce service a indiqué à la mission que près de la moitié d'entre eux ne disposait pas d'une couverture sociale complémentaire en 2003⁸.

Les caractéristiques principales des utilisateurs du service des urgences de l'hôpital Robert Debré ont plusieurs conséquences sur le fonctionnement du service des urgences : une sensibilité au paiement en tiers payant, une propension des familles à se déplacer avec la fratrie, et une pratique du service des urgences utilisé comme un dispensaire.

⁸ Entretien de l'équipe de direction et des responsables du service des urgences de l'hôpital Robert Debré avec la mission

1.2 L'activité des urgences pédiatriques est stable mais supérieure aux capacités d'accueil

Les épidémies saisonnières de l'enfant aggravent les difficultés soulignées supra, puisque cet établissement fait partie des trois POSU qui accueillent le plus d'enfants aux urgences..

1.2.1 Les conditions matérielles de l'accueil au service des urgences sont difficiles

L'organisation des urgences à l'hôpital Robert Debré n'a pas été conçue pour un afflux d'enfants si important. Les surfaces d'accueil ont été prévues pour recevoir 30 000 passages, soit la moitié des flux actuels.

Les locaux, et en particulier la salle d'attente, sont particulièrement exigus. Cet encombrement est encore plus patent pendant les épidémies saisonnières de l'enfant, ce qui a conduit la Direction de l'hôpital à envisager la reconstruction du service des urgences.

1.2.2 Le recours à l'hospitalisation est souvent motivé par des considérations plus sociales que sanitaires

Les conditions de vie parfois précaires, les habitudes culturelles, les difficultés de compréhension des soins à donner expliquent un taux élevé d'hospitalisation, dont certains critères sont plus d'ordre social que sanitaire, les familles éprouvant des difficultés à appliquer seuls à domicile les recommandations de soins données par l'équipe hospitalière.

1.2.3 L'activité du service des urgences s'accroît fortement pendant la période hivernale

Le nombre de consultations pour les épidémies hivernales a représenté 18% des consultations aux urgences de l'hôpital Robert Debré pendant l'hiver 2002-2003. Le taux d'activité a augmenté de 30% pendant cette période. L'épidémie de bronchiolite et l'épidémie de gastro-entérite ont représenté respectivement 28 % et 19% des 15 000 consultations médicales.

Tableau 2 : l'activité épidémique en période hivernale

	Total 2001-2002	Total 2002-2003
Consultations pour bronchiolites	1536	1530
Admissions pour bronchiolites	546	591
Consultations pour GEA	1603	1546
Admissions pour GEA	405	401

Source : bilan de l'activité des urgences pédiatriques médicales de l'hôpital Robert Debré au cours des épidémies hivernales 2002-2003, juin 2004

1.2.4 Le plan d'accueil des épidémies hivernales de l'AP-HP prévoit d'adapter la capacité d'accueil de la pédiatrie, notamment pendant les mois de décembre, janvier et février.

En ce qui concerne la bronchiolite, un renfort en personnel et en ouverture de lits est prévu en liaison avec le siège de l'AP-HP à partir du suivi des passages/jour dans le plan bronchiolite.

D'après le bilan effectué sur l'activité des urgences pédiatriques médicales au cours de l'hiver 2002-2003⁹, il semble que le nombre de lits supplémentaires ouvert ait été en diminution (6 au lieu de 18 les années précédentes), contribuant à perturber le service des urgences, puisque 95% des patients hospitalisés proviennent du service des urgences.

Un kinésithérapeute vient renforcer l'équipe médicale jusqu'à 23 heures pendant l'épidémie de bronchiolite.

Deux « Faisant fonction d'interne » FFI, ainsi que deux attachés, sont affectés au service pour 4 mois en semaine¹⁰.

L'afflux aux urgences pendant cette période, et le nombre de postes d'infirmières (IDE) vacants (de l'ordre de 6%, soit 8 sur 35), et 7% (67 postes) pour l'ensemble des services de l'hôpital, a eu des conséquences importantes sur le fonctionnement du service, et sur la réalité de l'encombrement et des délais d'attente. L'unité d'observation n'a ainsi pas pu fonctionner faute d'infirmière une partie de l'hiver et a contribué à encombrer les lits porte. Le plan bronchiolite de l'AP-HP ne semble pas avoir été très opérationnel pour résoudre ces difficultés.

1.3 Conduisant à des délais d'attente importants

C'est ainsi que pendant l'hiver 2002-2003, les chiffres montrent un réel engorgement du service lié au cumul de tous les délais d'attente :

- Attente de place potentielle sur le site
- Recherche de place à l'extérieur : 1 à 8 heures
- Attente d'ambulances pour le transfert
- Conflits avec les familles justifiant discussions et changement de destination
- Allongement du temps de séjour en unité de courte durée (UHCD) : 8 heures en moyenne en 2000 et 2001, 20 heures pendant l'hiver 2002

Les conditions de fonctionnement du service des urgences ont ainsi conduit à rechercher des solutions complémentaires pour atténuer notamment les conséquences de la concentration des flux dus aux épidémies saisonnières, d'autant plus que pendant l'épidémie de bronchiolite, plus de 20 patients par heure arrivaient à partir de 9 heures du matin.

Ces afflux sont notamment concentrés sur les trois jours de fin de semaine et du lundi.

Il existe donc une difficulté certaine dans la prise en charge des urgences pédiatriques en général, et de manière plus ciblée pendant les épidémies saisonnières de l'enfant. Les afflux de fin de semaine sont particulièrement délicats. En fonction du degré de gravité, la recherche de solutions de recours à la médecine de ville s'avère justifiée.

⁹ C. VITOUX-BROT, bilan de l'activité des urgences pédiatriques médicales de l'hôpital Robert Debré au cours des épidémies hivernales 2002-2003, juin 2004

¹⁰ A l'hôpital Jean Verdier, faute d'infirmière d'accueil et d'orientation, une infirmière spécialisée vient en renfort faire l'accueil de 16 heures à minuit. A l'hôpital Necker, la fréquence du turn-over des infirmières rend la fonction plus délicate à assumer.

1.4 Des solutions palliatives ont été engagées depuis plusieurs années

Le service des urgences pédiatriques de l'hôpital Robert Debré, bien inséré dans son environnement proche, a pris plusieurs initiatives pour créer des liens avec la ville et l'arrondissement.

1.4.1 Vers des centres de santé

1.4.1.1 Le centre de santé Atlas

Ce centre de santé de l'arrondissement dans lequel est situé l'hôpital aurait pu constituer une solution de recours intéressante, avec un pédiatre et des médecins généralistes. Lorsqu'il est proposé aux familles qui attendent aux urgences de s'y rendre, peu acceptent, la raison principale étant qu'elles ne veulent pas ressortir de l'hôpital pour aller dans un autre lieu, qui est situé à plus de 500 mètres de l'hôpital, distance considérée comme dissuasive dans toutes les évaluations qui ont été faites de ces parcours de soin. L'offre d'un travail en commun avec les médecins de ce centre a également été proposée, sans grand résultat, avec l'appui du directeur du centre de santé. Il était proposé par le service des urgences la possibilité d'une consultation au service des urgences deux demi-journées pour une formation continue. Une possibilité de staff commun a également été proposée dans les locaux de l'hôpital.

1.4.1.2 Le centre de santé « Enfance et famille »

Dans le milieu des années 1990, une expérience a été menée dans ce centre de santé, très implanté dans l'arrondissement, d'une consultation de pédiatrie de 19 heures à 23 heures, qui s'est révélé être un échec car les familles ne sont pas venues consulter. Cette expérience a été arrêtée au bout d'un an. Il semble qu'un nouveau partenariat s'esquisse avec l'hôpital Robert Debré, mais l'équilibre financier de ce centre est fragile de manière récurrente, et les leçons de l'échec cité supra ne doivent pas être occultées.

1.4.1.3 Les centres de santé de Paris

Les centres de santé sont nombreux à Paris, avec 105 centres sur les 305 centres de santé de l'Ile-de-France, soit plus de 35% de l'ensemble des centres de santé de la région. 54 proposent des services de médecine générale. Les centres de santé ne sont pas ouverts le soir après 20 heures, ni le dimanche et les jours fériés, mais dans les 18, 19 et 20^{ème} arrondissements de Paris, 5 centres sont ouverts le samedi matin et 2 le samedi après midi. Seul le centre de santé d'Aéroport de Paris est ouvert le dimanche et les jours fériés¹¹.

A titre exceptionnel, trois centres de santé parisiens, gérés par le centre communal d'action sociale (CCAS), sont restés ouverts au plus fort de l'épidémie de bronchiolite de l'hiver 2003-2004 pendant le week-end : les patients, qui n'étaient ou pas au courant ou pas habitués à fréquenter ce type de structures, ne s'y sont pas rendus.

¹¹ Voir les deux annexes I et II relatives à Paris et au département de Seine-Saint-Denis

1.4.2 La solution de la médecine libérale

1.4.2.1 Les médecins généralistes du 19^{ème} arrondissement

Ces médecins, qui sont tous en secteur 1, ont décidé en 2003 d'ouvrir leur cabinet le samedi après midi, depuis novembre 2002. L'information a été faite auprès de la mairie¹², médecins par mailing et des pharmaciens. Le bilan est contrasté : pendant la première moitié de 2003, les médecins ont reçu en moyenne 5 patients pour 6 heures de permanence, tous envoyés par les pharmaciens. Ce chiffre est passé à 12 patients en moyenne dans la deuxième partie de l'année, et surtout lorsque ces médecins ont pu bénéficier de la régulation du SAMU lorsque la Garde médicale de Paris (GMP) a lancé l'ouverture des cabinets samedi et dimanche en journée avec communication de la liste des cabinets au SAMU. Ces médecins ont également reçu des patients réorientés par le service des urgences de l'hôpital Robert Debré, y compris après la création de la consultation du centre médical Europe. L'expérience a montré que la question de l'information était essentielle, et qu'une partie de la patientèle susceptible de consulter a été déconcertée par la complexité liée au changement de lieu. Les médecins volontaires ont également évoqué le problème d'accessibilité à leur cabinet pour des raisons de sécurité en dehors des heures habituelles (digicodes).

1.4.2.2 Les maisons médicales

- **Un projet de maison médicale de pédiatrie** a été élaboré avec un accord de la CPAM pour la pratique du tiers payant. Il s'est arrêté devant l'impossibilité de réunir un nombre suffisant de pédiatres volontaires pour établir un tableau de garde complet.
- **Le projet de la maison médicale de la porte de Pantin** : une maison médicale devrait être créée à proximité de l'hôpital Robert Debré, avec des médecins généralistes libéraux de l'arrondissement. Située dans les locaux d'une clinique PSPH, qui loue ses locaux pour un euro symbolique, fonctionnant après la fermeture des cabinets libéraux (le soir de 20 heures à 23 heures 30, le samedi après midi 14 h-20h et le dimanche de 9h à 20h), ce projet, qui devrait être opérationnel pendant l'été 2004, vient se substituer à une expérience menée par certains de ces cabinets depuis novembre 2002 et citée supra. Le dossier de demande de subvention présenté par cette association au FASQV prévoit qu'avec les horaires couverts par la maison médicale, et à raison de 20 minutes par consultation, la capacité théorique par médecin devrait être de 5 600 patient par an¹³. La mission émet quelques doutes quant à la pertinence de cette prévision, qui lui semble peu réaliste et surdimensionnée.

Les patients ne pourront théoriquement accéder à la maison médicale qu'après une régulation par le 15. Ce principe pose la question de l'accueil des familles qui viendront directement consulter sans passer par la régulation, et notamment quel sera à terme le prix de la consultation qui leur sera imposé, en l'absence de recours à la régulation.

¹² qui a publié un encart dans sa feuille d'information locale

¹³ Dossier de demande de subvention au FASQV pour la création d'une maison médicale de garde dans le 19^{ème} arrondissement

Le projet a été agréé par le FASQV lors de la réunion du 8 juin 2004 et devrait à terme, s'insérer dans un projet de la Mairie de l'arrondissement plus global avec un CAMPS. La rémunération des médecins, en plus du produit de la consultation, se fera sur la base de 3C par heure (60€), soit 210€ par soirée, 240€ le samedi et 660€ le dimanche. Cette rémunération sera dégressive.

Ce projet, qui sera évoqué à nouveau ci-dessous, soulève deux questions par rapport au nombre de consultations à prévoir : un risque de doublon avec la consultation sans rendez-vous du week-end l'hôpital Robert et d'autre part l'impact potentiel du nombre de passages à l'heure à partir de 21 heures au service des urgences.

1.4.2.3 Le réseau bronchiolite

Le réseau bronchiolite Ile-de-France fonctionne en période hivernale. D'octobre 2003 à mars 2004¹⁴, ce réseau a fait appel à 193 médecins généralistes et 529 kinésithérapeutes du réseau. Son standard téléphonique, (numéro indigo) ouvert 7 jours sur 7, de 9 heures à 23 heures, transmet leurs coordonnées. Il a traité 13 867 appels, 49% provenaient de particuliers et 39% concernaient Paris, soit 5400 appels sur 6 mois. Financé par le FASQV, il est désormais financé sur la dotation nationale de financement des réseaux. Ses liens avec le 15 sont réels, et le renvoi sur ce réseau par la régulation fonctionne bien.

¹⁴ préambule du cahier des charges du CODAMUPS Paris, juin 2004

1.5 Le recours au Centre médical Europe : le choix organisationnel d'un centre de santé installé dans l'hôpital

1.5.1 Un centre de santé disposant d'une offre de soin importante

1.5.1.1 Une offre de soins en secteur 1

Le centre médical Europe¹⁵, (CME), créé en 1961, et composé à l'origine essentiellement de médecins militaires, est un centre de santé, sous statut associatif. Actuellement présidé par le Dr JUMELLE-DUPUIS, fils du fondateur du centre médical, il offre des consultations médicales et des soins dentaires, et dispose d'un laboratoire de biologie médicale et d'un centre radiologie et échographie.

Le CME présente l'intérêt d'offrir, au centre de Paris, près de la gare Saint Lazare, une large offre de consultations et d'actes médicaux (58 spécialités médicales et dentaires), permettant d'assurer, tous les jours, y compris le samedi, des consultations avec et sans rendez-vous, (10% de la clientèle) en secteur 1. Il pratique le tiers payant et a signé les conventions nécessaires avec les organismes de protection sociale complémentaire pour l'avance des frais.

Sur un effectif de 471 salariés, le CME compte, actuellement, 232 médecins et paramédicaux, les 239 autres salariés étant techniciens, personnels administratifs et auxiliaires médicaux. Les effectifs en équivalent temps plein sont, pour le personnel médical, 96,99 ETP, et pour le personnel administratif 227,89 ETP.

Les médecins sont salariés du CME. La rémunération des médecins est fondée sur le paiement à l'acte, soit 35% des 20€ pour la consultation des médecins généralistes, à laquelle s'ajoute 10% pour les congés payés. Il n'est pas pratiqué de majoration de rémunération pour le samedi après-midi.

Le CME prend en charge les cotisations sociales patronales (sous réserve du remboursement de la subvention dite « TEULADE », accordée en 1992 aux centres de santé par analogie avec les pratiques de remboursement au profit des médecins libéraux de secteur 1, et les primes d'assurance de responsabilité civile). La seule exception à ce dispositif de salariat est constituée par les 15 médecins et pharmaciens travaillant au laboratoire d'analyse médicale ne sont pas payés à l'acte et qui sont salariés.

Le CME n'a pas de problèmes de recrutement, et doit même gérer une liste d'attente des embauches, ce qui lui permet de disposer de moyens de pression pour affecter les médecins aux consultations du samedi ou d'imposer une grande amplitude d'horaires (8heures à 20 heures).

¹⁵ 44, rue d'Amsterdam, 75 009 Paris

1.5.1.2 Une activité importante

En 2002, le CME a reçu 623 949 patients, avec une moyenne de 2000 à 2700 patients par jour.

Tableau 3 : Activité 2002 du Centre médical Europe

Activités médicales	486 141 patients
Dont pédiatrie	4089 patients
Service dentaire	63 477 patients
Laboratoire :	74 331 patients
Radiologie/échographie	50 183 patients
Nombre de C	140 724
Nombre de CS	220 293

Source : rapport d'activité du CME pour 2002

Le CME ne comptabilise pas spécifiquement les bénéficiaires de la CMU ou de l'aide médicale d'Etat, mais une enquête spécifique en 2002 indiquait que cette population constituait 30% de la clientèle, à laquelle il faut ajouter 0,5% de personnes acceptées sans couverture sociale et prises en charge sur le budget du centre.

La situation géographique du centre, la possibilité offerte de consultations sans rendez-vous, le tiers payant, le secteur 1 et l'acceptation en urgence d'une clientèle sans couverture sociale expliquent cette part non négligeable de clientèle aux revenus modestes.

L'origine territoriale de la clientèle se situe dans l'ensemble de la région parisienne, avec une zone d'attraction particulière constituée par le Nord de Paris et les communes desservies par la gare Saint-Lazare, à proximité du centre.

1.5.1.3 Les ressources financières du CME

Les ressources du CME sont constituées, hors produits financiers, par le remboursement des prestations médicales, ainsi que par la subvention de remboursement de charges dite «subvention TEULADE» versée par l'URSSAF en remboursement des charges liées au salaire des praticiens, soit 724 000€ en 2002.

Les finances du CME sont saines. Avec un budget de 22,4 millions d'euros en 2002, et un produit de consultations de 22,3 millions d'euros, le CME dispose d'une trésorerie confortable et dégage un excédent de 836 700€.

Etablissement conventionné par l'assurance maladie et la quasi-totalité des mutuelles, le CME a adhéré à la convention des centres de santé de juillet 2003.

Les comptes du CME sont équilibrés, et son activité importante. L'orientation affichée par ses dirigeants d'assumer une certaine vocation sociale du centre, la pratique du tiers payant et du secteur 1, des consultations avec et sans rendez-vous et une bonne insertion dans l'environnement médical et plus particulièrement hospitalier placent le Centre médical Europe dans une offre de service attractive pour l'utilisateur.

1.5.1.4 L'insertion dans l'environnement médical hospitalier

Le Centre de santé Europe entretient de bonnes relations avec son environnement hospitalier et l'équipe médicale dispose de ses propres relais au sein des équipes médicales des hôpitaux environnants.

1.5.2 *La participation aux urgences de l'hôpital Robert Debré*

1.5.2.1 *L'historique de l'expérimentation*

L'expérience mise en œuvre avait pour objectif d'alléger la charge du service des urgences de l'hôpital Robert Debré lors des épidémies virales, et notamment celle de bronchiolite des mois de novembre et décembre 2003, en fin de semaine. La consultation, lancée sur l'initiative de la Direction de l'AP-HP, a été conduite en quelques jours et à marche forcée. La mission estime que dans la mesure où il s'agissait d'une expérimentation, dans un contexte d'encombrement des urgences dont il était difficile de prévoir l'évolution, on peut comprendre que la Direction de l'AP-HP ait choisi l'efficacité en ayant recours à un partenaire susceptible de répondre rapidement à la demande.

D'ailleurs, cette expérimentation n'a fonctionné que le week-end car aucun partenaire n'a été trouvé pour les soirées de semaine.

L'expérimentation était prévue du samedi matin au dimanche soir, de 7 heures à 17 heures, puis de 9 heures à 19 heures, pour une durée de trois mois, du 13 décembre 2003 au 15 février 2004 inclus.

La convention signée entre le CME et l'hôpital Robert Debré a été prolongée par avenant jusqu'au 30 juin 2003, pour une permanence effectuée le samedi de 12 heures à 20 heures, le dimanche de 10 heures à 20 heures, les jours fériés comme le dimanche, et comme le samedi si le jour férié est un samedi.

1.5.2.2 *Un montage juridique rapide*

- Cette expérimentation avec le CME s'inscrit dans le cadre de la permanence des soins, et non dans une procédure de Code des marchés publics avec mise en concurrence formelle (article 30).

L'article L 6112-4 du code de santé publique pose le principe de la participation des médecins libéraux au service public hospitalier et à la permanence des soins.

Les modalités d'organisation sont fixées par les décrets du 15 septembre 2003 (articles R 730 à 735) Ces articles prévoient notamment que la permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et ces centres.

Une note de la Direction juridique de l'AP-HP¹⁶ indique que ce point devrait être corrigé et que l'AP-HP doit se mettre à l'abri d'une accusation de favoritisme.

➤ Les partenaires intéressés ont été mis devant le fait accompli.

Le Conseil de l'ordre de Paris a été informé de la mise en œuvre de l'expérimentation par un courrier de 9 décembre 2003.

En tant que centre de santé, le CME a déjà signé une convention de tiers payant avec la CPAM de Paris. Mise devant le fait accompli, la CPAM, après un refus initial, a donné son accord pour la pratique du tiers payant le 19 décembre 2003 et la DRASS Ile-de-France a accepté l'extension de l'activité du CME par un accord du 5 janvier 2004 pour les samedis et dimanches.

La DDASS de Paris n'a pas été informée de la mise en place de cette expérimentation, et n'a pas fait la visite de conformité qui s'impose.

Aucune convention n'a été signée entre le CME et le centre 15, dans la mesure où les patients sont réorientés, une fois arrivés aux urgences. Aucune convention n'a été signée avec les pharmaciens de garde.

Il n'y a pas eu de mise en concurrence auprès d'autres partenaires de cette offre de prestation.

L'élargissement du partenariat est toujours souhaitable, et doit se faire par une large information des partenaires éventuels. Si une nouvelle convention devait être signée, elle devrait tenir compte¹⁷, même si le choix fait par l'AP-HP de se placer dans le cadre de la permanence des soins a paru juridiquement étayé à la mission.

➤ Les instances internes à l'AP-HP n'ont pas eu à se prononcer

Ni le Conseil d'administration de l'AP-HP, ni la Commission médicale d'établissement (qui doit, au sens de la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences, constituer une sous commission des admissions et des consultations non programmées), n'ont été saisis de ce projet. Il sera important de leur présenter l'évaluation qui en sera faite.

L'élargissement du partenariat est souhaitable, même s'il ne préjuge pas de la capacité des partenaires à répondre. Le besoin existe pour les fins de semaine, et aussi le soir. La création de la maison médicale de la porte de Pantin peut permettre de constituer une solution pour cette tranche horaire 19- 23 heures, à condition que soit analysé le fonctionnement de la régulation, et que les patients acceptent de ressortir de l'hôpital. Les expériences de maisons médicales en cours permettent d'en douter. En outre, cette maison médicale interviendra aussi le week-end, comme la consultation sans rendez-vous, ce qui risque de poser un problème de rentabilité financière.

¹⁶ Note de la direction juridique de l'AP-HP du 9 février 2004 relative au projet de convention entre l'hôpital Robert Debré et le CME

¹⁷ Courrier de la Direction médicale de l'AP-HP du 9 avril 2004 au Dr ZEIGER, Président du conseil de l'ordre des médecins de Paris

1.5.2.3 L'organisation de la consultation sans rendez-vous assurée par le CME

- Un médecin généraliste, voire deux

Le CME détache un médecin généraliste volontaire auprès du service des urgences de l'hôpital (et exceptionnellement à deux reprises et sur une journée, au plus fort de l'épidémie de bronchiolite, un deuxième médecin pour deux journées) afin de prendre en charge les « urgences » qui se présentent à l'hôpital et de traiter, en médecine de ville, tous les patients qui n'en relèvent pas. Il détache aussi un personnel administratif pour faire l'accueil et enregistrer le paiement.

- Dans les locaux de l'hôpital

La consultation se fait au premier étage, au dessus du service des urgences, dans des locaux utilisés pour les consultations externes les jours ouvrables. L'accueil du service des urgences enregistre tous les enfants à l'arrivée. (Le médecin responsable du service voit tous les dossiers le lendemain, avant de procéder à leur clôture) mais pas en temps réel, ce qui explique la difficulté de compter les reconsultations au service des urgences qui peuvent se produire les jours suivants).

- Tous les enfants passent par l'accueil au service des urgences

L'enfant est enregistré au service des urgences, le degré d'urgence évalué par l'infirmière d'accueil et d'orientation (premier interrogatoire et observation clinique), une pesée de l'enfant et une prise de température sont effectuées.

Les critères médicaux du tri par l'infirmière d'accueil et d'orientation ont été formalisés et sont les suivants : prioritaire, semi-prioritaire, consultation simple, (l'enfant aurait pu être pris en charge hors du système hospitalier).

Il est proposé à la famille une consultation par ce médecin généraliste, avec possibilité de tiers payant et un délai d'attente inférieur à celui du service des urgences.

La famille est informée qu'il s'agit d'un médecin généraliste, non hospitalier, avec paiement à l'acte sur place.

Cette consultation n'est pas proposée aux enfants de moins de trois mois, ni aux enfants sans couverture sociale et qui ne parlent pas français.

L'enfant monte à la consultation sans rendez-vous avec la fiche IAO, la fiche de circulation et la photocopie des papiers de prise en charge de Sécurité sociale.

Une saisie informatique est effectuée au CME le lundi suivant le week-end.

- La prise en charge sociale n'est pas prévue dans le dispositif

La proportion de patients bénéficiaires de la CMU et de l'AME parmi les patients reçus à la consultation sans rendez-vous s'est élevée à plus de 45%, dont 33% pour les seuls bénéficiaires de la CMU. De fait, il s'agit des caractéristiques de la population qui fréquente les urgences de l'hôpital Robert Debré. Le nombre de consultations impayées s'élève à 4 % environ.

Contrairement à ce qui est prévu dans le cadre de la consultation sans rendez-vous le l'hôpital de Marseille¹⁸, (l'hôpital met à disposition deux assistantes sociales) il n'est pas prévu d'accompagnement social des familles.

➤ Le plateau technique de l'hôpital est accessible

Le plateau technique de l'hôpital a été peu utilisé par les médecins de la consultation sans rendez-vous, puisque seules 4 à 5 radiographies et une analyse médicale ont été prescrits. Quatre patients ont été renvoyés au service des urgences pour hospitalisation.

1.5.2.4 Une activité importante qui a généré environ 40% de réorientation

L'activité a été réelle, même si elle représente moins de 3% des passages globaux de l'hôpital Robert Debré sur l'ensemble de l'année.

Le nombre de consultations s'est élevé, de décembre 2003 à juin 2004, à 1678. Pendant la période arrêtée initialement, du 13 décembre 2003 au 15 février 2004, la consultation sans rendez-vous a permis de recevoir 596 enfants¹⁹.

Le taux de réorientation est à lui seul un élément de la réussite de cette expérimentation : en effet, dans le bilan effectué par l'hôpital Robert Debré sur 1275 passages aux urgences le week-end²⁰, reçus du 14 décembre au 8 février, 550 enfants, soit plus de 43% avaient été réorientés vers la consultation sans rendez-vous. Sur l'ensemble de la période, ce taux de réorientation est estimé entre 30 à 40%.

Le tableau 4 ci-dessous permet de faire deux comparaisons : entre l'activité de la consultation sans rendez-vous un dimanche de décembre, au plus fort de l'épidémie de bronchiolite, avec celle du service des urgences de l'hôpital Robert Debré ; et la même comparaison un dimanche du mois de mars, dont on peut penser que l'activité est plus calme. Dans les deux cas, on voit que la part d'enfants réorientés vers la consultation sans rendez-vous s'élève à plus de 50% de l'ensemble des passages.

Tableau 4 : comparaison d'activité les dimanches 28 décembre 2003 et 28 mars 2004

<i>Dimanche 28 décembre 2003</i>	
<u>Consultation sans rendez-vous</u>	<u>service des urgences</u>
Nombre de C : 38	nombre de C : 53
Nombre de médecin : 1	nombre de médecins de garde : 4
<i>Dimanche 28 mars 2004</i>	
<u>Consultation sans rendez-vous</u>	<u>service des urgences</u>
Nombre de C : 32	nombre de C : 47
Nombre de médecin : 1	nombre de médecins de garde : 3

Sources: Centre médical Europe et Hôpital Robert Debré

¹⁸ Evaluation et comparaison de 6 expérimentations de prise en charge des urgences, rapport du CNEH pour la DHOS, décembre 2002

¹⁹ courriers du CME du 17 mai et du 18 juin 2004

²⁰ avec une légère marge d'erreur car la période comptabilisée va de 7h à 17 h.

Le bilan de l'opération est intéressant, puisqu'on constate que sur la durée de consultation le dimanche, le médecin du Centre médical Europe (9h-19h) a vu en moyenne, entre 3,2 et 3,8 enfants à l'heure.

Un second effet bénéfique de cette solution tient à la diminution du nombre d'enfants qui repartent sans avoir vu un médecin de l'hôpital, qui était de 24 % entre le 8 octobre et le 7 novembre 2003, et qui ne représentait plus que de 4% des passages à partir de la mise en place de la consultation sans rendez-vous.

1.5.3 Les modalités de financement retenues et bilan financier de l'expérimentation

Deux analyses ont été conduites afin d'apprécier le coût, toutes choses égales par ailleurs, pour l'assurance maladie, de ces consultations, l'une portant sur la période des épidémies saisonnières, (9 week-ends, du 13 décembre 2003 au 15 février 2004), l'autre portant sur une période plus normale de 6 week-ends du 21 février au 31 mars 2004.

L'intérêt financier pour le CME, et la rémunération du médecin, ont été également pris en compte.

Le bénéfice est appelé théorique dans l'attente de la régularisation de consultations impayées.

Tableau 5 : Bilan financier pendant les épidémies saisonnières, soit 9 week-ends du 13 décembre au 15 février 2004

Nombre de consultations à tarif normal ²¹	52
Nombre de consultations à tarif majorées	544
Produit des consultations	2 288€
Dépenses	19 518€
Bénéfice théorique	2770€
Nombre moyen de consultations par week-end	66,22

Source : données CME

Tableau 6 : Bilan financier pour la période du 15 février 2004 au 30 mars 2004, soit 6 week-ends, hors période des épidémies saisonnières.

Nombre de consultations à tarif normal	0
Nombre de consultations à tarif majorées :	250
Produit des consultations :	11 795€
Dépenses	12 227€
Déficit	432,52€
Nombre moyen de consultations par week-end	41

Source : données CME

²¹ Consultations à 20€ du samedi matin.

Une extrapolation sur l'année, à partir du coût total de l'expérimentation, serait le suivant :

Coût des dix mois sur une base samedi midi, dimanche soir, si on présume que les mois de juillet et août ne rendent pas nécessaire cette consultation supplémentaire, mais en conservant le samedi matin pendant l'épidémie saisonnière sur 9 week-ends, soit 46 week-ends.

Tableau 7 : Extrapolation sur dix mois

Produit des consultations	96 043€
Dépenses	91 267euros
Bénéfice théorique	4 775€

Source : mission

L'intérêt financier du médecin est réel, puisque pour une consultation en période d'épidémie hivernale, le **dimanche 28 décembre, sur la base de 38 consultations, sa rémunération (brut) s'est élevée à 710€²²**. Hors période d'épidémie saisonnière, le **dimanche 28 mars 2004, sur la base de 32 consultations, sa rémunération (brut) s'est élevée à 598€**.

Il faut noter que le coût de la rémunération du personnel administratif du centre médical Europe, chargé des formalités de paiement, s'est élevé à 6 700€ bruts pour 16 week-ends.

1.5.4 Conséquences pour le budget de l'hôpital

Dans le cadre de la nouvelle tarification applicable aux services d'urgence des établissements mise en place en janvier 2004, un financement spécifique a été attribué aux hôpitaux publics. Il vise à couvrir l'ensemble des coûts relatifs au service des urgences, avec une dotation fixe établie en fonction de l'importance de l'activité, un tarif au passage, non suivi d'une hospitalisation, et égal à 25€, la rémunération des actes et consultations externes.

La dotation fixe étant versée sous forme de forfait annuel, dont le montant est calibré en fonction du nombre de passages recensés en 2002, la réorientation des patients vers la consultation sans rendez-vous de 2003-2004 n'a eu aucune conséquence sur la comptabilisation de l'activité de l'hôpital pour l'année en cours.

Les consultations sans rendez-vous effectuées au sein de l'hôpital par les médecins du CME sont néanmoins enregistrées comme passages aux urgences dans l'activité de l'hôpital, et doivent théoriquement permettre à ce dernier de bénéficier d'un financement de 25€ par passages. Ce n'est pas totalement illégitime de prévoir une compensation de la prestation effectuée par l'infirmière d'accueil et d'orientation, mais l'estimer de fait à 25€ a paru un tarif élevé à la mission.

Ce dispositif sera à préciser lorsque la mise en œuvre de nouvelle tarification à l'activité conduira à revoir le système d'information de l'hôpital. Il faudra également prendre en compte la facturation, à partir de 2006, du forfait de 25€ appliqué à l'usager des urgences.

²² • consultation : 20€, le médecin reçoit 35%, soit 7euros,

• Majoration samedi après-midi et dimanche : 19,06€ : le médecin reçoit forfaitairement 10€

• 10% de congés payés

Les répercussions du dispositif sur le budget du service des urgences sont dans l'ensemble plutôt positives : il n'a pas allégé son service d'urgence le week-end, il a bénéficié de crédits supplémentaires au titre du plan gouvernemental de renforcement des services d'urgences, et reçoit un forfait de 25€ par passages alors qu'une partie des consultations qui en découlent, sont prises en charge par le Centre médical Europe.

1.5.5 Organisation de l'activité du service des urgences de l'hôpital Robert Debré

Le service des urgences de l'hôpital a conservé les mêmes effectifs, les renforts pendant la période d'épidémie saisonnière étant réservés à la période hors week-end, et n'a pas réduit ses effectifs pendant le week-end en dépit de la consultation sans rendez-vous. Cette option est justifiée par le fait qu'il s'agit, par le renfort de cette consultation, d'améliorer la fluidité et non de dégrader un service.

1.5.5.1 Répartition des effectifs médicaux

Personnel médical du service des urgences pédiatriques de l'hôpital Robert Debré

Urgences pédiatriques : 15 pédiatres dont 12 attachés et 2 praticiens hospitaliers ; 3 médecins généralistes, dont 1 PHC et 2 attachés.

Urgences pédiatriques chirurgicales : 2 chirurgiens et 5 médecins généralistes attachés.

1.5.5.2 Renforts pendant l'épidémie de bronchiolite

Pendant les épidémies saisonnières de l'enfant, l'hôpital Robert Debré renforcé le service des urgences de semaine avec deux internes et deux FFI, l'hôpital Jean Verdier a mis une demi-garde de senior de 18 à 24 heures et l'hôpital Necker prévoit une troisième garde de senior le week-end.

Pour mémoire, le coût d'un attaché le week-end est de 23 276€ (+ 8512€ pour congés) sur l'année. Le salaire annuel d'un attaché ou senior inscrit au conseil de l'ordre est de 47 100€ bruts. Le coût du recrutement des 2 FFI pendant 4 mois de l'épidémie saisonnière a été de 38 480€, (bruts), celui des deux attachés plein temps pendant la même période de 31 400€.

Il faut ajouter que si la consultation sans rendez-vous était installée au sein du service des urgences (projet de l'hôpital Necker), avec des effectifs hospitaliers, il serait nécessaire de créer un emploi administratif supplémentaire.

La rémunération annuelle d'un agent administratif supplémentaire s'élève à 15 276€ par an.

La mission préconise que la Direction de l'hôpital réalise des simulations sur le coût qu'impliquerait un renforcement du service des urgences en personnel (médical et administratif) sur la période considérée en fonction des tableaux de service ; cette simulation porterait sur un renforcement le week-end pendant l'épidémie de bronchiolite ou sur une projection sur dix mois.

1.5.6 Le bilan de l'expérimentation

Par rapport à l'objectif recherché, qui était de désengorger le service des urgences de l'hôpital, le premier bilan de l'opération mené par les partenaires en février 2004 est positif.

1.5.6.1 Par les acteurs eux-mêmes dans le bilan qui a été effectué en février 2004

➤ **Pour l'utilisateur :** le taux d'acceptation de la réorientation est important.

Pendant la période de l'épidémie de bronchiolite, sur les 9 week-ends ciblés, sur 1275 passages aux urgences, 548 patients sur 597 ont accepté la proposition qui leur était faite, soit 92 %. Ce % représente une moyenne de 25 enfants le samedi et 38 le dimanche (7H/17H).

Parmi les motifs de refus de la réorientation, on peut citer les parents qui n'avaient pas d'argent sur eux, dont une partie n'avait pas de mutuelle, l'habitude de venir aux urgences et le refus de voir un médecin généraliste.

Les motifs d'ordre financier sont à mettre en relation avec la proportion importante de patients disposant de la CMU et de l'aide médicale d'Etat.

Ces informations sont complétées par le résultat d'une enquête de satisfaction menée le week-end du 10 et 11 janvier, auprès de 25 familles de la consultation sans rendez-vous, dont 16 étaient déjà venues au service des urgences de l'hôpital. Parmi les motifs de consultation avancés pour le recours au service des urgences, on note la fermeture du cabinet du médecin traitant et l'attractivité de l'hôpital en terme de qualité des soins. Parmi les motifs de satisfaction de la consultation sans rendez-vous, les familles ont privilégié la diminution du délai d'attente, (de 30 à 90 minutes) par rapport aux délais de la consultation aux urgences.

En ce qui concerne le parcours de l'enfant, seuls 4 ont été réorientés vers le service des urgences par le médecin de CME, et dont deux ont été hospitalisés. On peut penser que la véritable urgence a été correctement triée en amont.

➤ **Pour les médecins du Centre médical Europe :** les médecins volontaires ont été peu nombreux (5 à 6), mais comme le souligne la Direction du CME, *"ce sont pour beaucoup d'anciens médecins militaires qui sont disciplinés et ont accepté de venir travailler le week-end"*. La rémunération n'est pas négligeable, puisqu'elle va de 600€ à 710€ pour un dimanche.

➤ **Pour le personnel soignant :** l'ensemble du personnel soignant est satisfait de l'allègement du service des urgences. Les médecins estiment que les compétences de pédiatres sont ainsi mieux utilisées, car ils ont le sentiment d'avoir du temps pour s'occuper des « vraies urgences ».

1.5.6.2 Pour les autres partenaires concernés par l'expérimentation

➤ **Pour l'assurance maladie :** la CPAM, dont le conseil d'administration a émis, à titre exceptionnel, un avis favorable pour le tiers payant en dehors des cas spécifiquement prévus, appuie ce qu'elle présente comme une réponse à sa volonté de favoriser les partenariats Ville-Hôpital. Le bilan financier pour l'assurance maladie est néanmoins sujet à réflexion, puisque l'assurance maladie prend d'une certaine manière deux fois en charge la prestation, si les effectifs de week-end du service des urgences restent inchangés.

- **Pour la DDASS :** tenue à l'écart de cette opération, elle n'a pas effectué la visite de conformité ni les éléments permettant l'évaluation de la prestation (tenue du dossier, durée de la consultation).
- **Pour le Centre médical Europe :** le CME a souligné que son engagement relevait plus d'une manifestation de bonne volonté de sa part et de son souhait de participer au service public que d'une motivation financière compte tenu du fragile équilibre financier de l'expérimentation. Les médecins qui ont assuré la consultation n'ont pas exprimé de difficultés particulières, semblent plutôt satisfaits et prêts à continuer.
- **La position du conseil de l'ordre des médecins de Paris :** le conseil de l'ordre des médecins a une position réservée sur l'expérimentation menée directement avec le CME sans que d'autres partenaires aient été sollicités. Son avis sur l'objectif mené est cependant favorable s'il apparaît que cette consultation permet de faire diminuer les urgences hospitalières.
- **La position de l'association « Garde médicale de Paris »** Cette association n'a pas d'avis spécifique sur cette expérience, mais soutient le projet de la maison médicale de la porte de Pantin. Les médecins qui vont participer à la maison médicale de Pantin ne voient pas cette expérience comme une concurrence, mais comme une complémentarité, même si les deux consultations auront lieu le week-end.
- **La position des médecins urgentistes de ville²³ : SOS médecins et UMP.** L'association des urgentistes UMP n'est pas opposée à participer au dispositif, qu'elle connaît mal, éventuellement pour des consultations du soir. Les médecins libéraux urgentistes de ville connaissent à la fois un problème de recrutement et de chute d'activité. Sur ce plan, une consultation dans un lieu fixe ne leur semble plus incompatible avec la pratique habituelle de visites de leur profession.
- **Le service de protection maternelle et infantile de Paris :** quelques vacations de PMI ont lieu au sein de l'hôpital Robert Debré, mais les contacts semblent inexistantes sur cette expérience entre l'hôpital et le responsable de la PMI de l'arrondissement.

1.6 Une solution qui pourrait être développée sous certaines conditions

1.6.1 Les objectifs poursuivis par la Direction générale de l'AP/HP, et portés par la direction de l'hôpital Robert Debré, sont atteints.

L'objectif majeur poursuivi a été atteint. En effet, il s'agissait, pendant la période des épidémies saisonnières de l'enfant, de contribuer à désengorger le service des urgences de l'hôpital, le soir et pendant le week-end.

²³ On appellera dans ce rapport « urgentistes de ville » ou « urgentistes libéraux » l'ensemble des praticiens libéraux, réunis en association dont l'objet principal est consacré à la prise en charge des urgences en ville. Ces termes sont utilisés en Ile-de-France, par analogie avec la dénomination « urgentistes hospitaliers ».

Si aucune solution n'a pu être trouvée le soir, faute d'effecteurs, la création de la consultation sans rendez-vous du week-end a effectivement permis d'alléger les délais d'attente pendant cette période.

La décision de prolonger cette expérience jusqu'au 30 juin a permis de recevoir à la consultation sans rendez-vous en moyenne une quarantaine d'enfants le week-end.

Les objectifs poursuivis antérieurement par la Direction de l'hôpital Robert Debré et par l'équipe médicale, consistant à faire sortir les patients de l'hôpital, vers la médecine ambulatoire (permanence des médecins généralistes, Centre de santé Atlas) et qui s'inscriraient davantage dans un schéma « Ville hôpital » ne sont en revanche pas atteints. Les patients montrent une réticence certaine à sortir de l'hôpital pour aller consulter dans un lieu qui n'est pas dans une immédiate proximité.

Le volume d'activité de la consultation sans rendez-vous reste peu important par rapport à la masse de passages aux urgences annuels (moins de 2000 passages sur six mois, soit 3%), et les caractéristiques de cette expérience ne permettent pas de déboucher sur la modélisation d'une organisation qui déboucherait sur un financement type.

Il est néanmoins possible d'en tirer un certain nombre d'enseignements pour se prononcer sur l'avenir du dispositif.

1.6.2 Le dispositif comporte un certain nombre de faiblesses

1.6.2.1 Le dispositif reste au sein de l'hôpital

Ce schéma ne permet pas de sortir, à court terme, le patient de l'hôpital, puisque les patients continuent à venir aux urgences. On ne peut donc le calquer sur ce qu'est une maison médicale, qui n'a jamais, au sens des dossiers acceptés, pour objectif de désengorger un service des urgences hospitalières²⁴.

Les motivations des patients pour consultations aux urgences sont par ailleurs diverses et impliquent une démarche pédagogique d'envergure que cette seule expérience ne permet pas de résoudre²⁵.

²⁴ URCAM, la permanence des soins en Ile-de-France, juin 2004

²⁵ Etudes DRESS, *op.cit.*

1.6.2.2 La rémunération du médecin est directement liée au rythme de l'activité

Le système n'étant pas conçu comme une maison médicale ne bénéficie pas du forfait dégressif généralement accordé de 12C sur une base de 3C de l'heure, venant s'ajouter au produit des consultations. Le médecin généraliste ne perçoit que le pourcentage du produit de ses consultations et il est totalement captif de la clientèle de l'hôpital. Si l'équipe du service des urgences « ne joue pas le jeu » de la réorientation (voir l'exemple de la consultation sans rendez-vous de l'hôpital de Marseille), l'activité devient insuffisante pour rémunérer le praticien.

1.6.2.3 Un centre de santé volontaire dont seul le mode d'organisation permet de répondre à la demande

Les spécificités du Centre médical Europe, ses modes de tarification, ont rendu possible cette expérience. Mais ce n'est pas une opération financièrement rentable, et si, en bon gestionnaire, le Directeur de l'hôpital souhaite à l'avenir faire payer un loyer au Centre de santé Europe, le principe de réalité conduirait à ce que le montant puisse être calibré en fonction du rendement financier de l'opération, c'est-à-dire peu élevé, voire symbolique²⁶.

La mission estime que, dans la mesure où le Centre médical Europe, dans le cadre de l'expérimentation, a fourni le personnel administratif (un agent), ne bénéficie pas d'un financement FASQV, dans la mesure également où l'expérimentation se situe juste au-dessus du seuil de rentabilité, il serait raisonnable de prévoir dans la convention le principe d'un loyer, pour un montant restant d'un niveau symbolique, avec une clause articulée sur l'évolution de l'activité déclenchant une participation au montant du loyer en fonction d'un certain seuil.

1.6.2.4 Un passage en force

Enfin, cette expérimentation a été permise par une implication forte et ce qu'il faut bien appeler un passage en force de la Direction générale de l'AP-HP, tant auprès de la DRASSIF que de la caisse primaire pour le tiers payant, élément essentiel du dispositif. Il n'est pas certain que la seule Direction de l'hôpital aurait été en position de réussir aussi rapidement cette opération.

²⁶ La future maison médicale de la Porte de Pantin versera un loyer symbolique de un euro à l'établissement PSPH qui l'hébergera.

1.6.3 Mais un bilan positif, qui permet, sous certaines conditions, d'envisager une pérennisation au moins partielle

1.6.3.1 Les atouts sont importants

- La proximité géographique est primordiale

Si l'objectif poursuivi consiste à désengorger les urgences, et en tenant compte du niveau d'acceptation important de cette réorientation par les patients, la localisation trouvée est parfaitement adaptée. Les motivations de refus des patients pour aller consulter un généraliste, qui tiennent souvent à la réticence exprimée pour ressortir de l'hôpital, n'ont plus lieu d'être. Le médecin généraliste est sur place.

Néanmoins il faut se demander, s'il devait être mis en place, comment le projet de faire payer à l'usager un forfait de 25€ aux urgences, à compter de 2006, pourra coexister avec ce dispositif.

- L'adéquation entre le taux de gravité et la prise en charge par un médecin généraliste est adaptée

En faisant référence au bilan d'activité du service des urgences de l'hôpital de 2003, et si 60% des enfants venus au service des urgences avaient pu être pris en charge en ville, il est possible de conclure que l'utilisation d'une ressource professionnelle rare, le médecin pédiatre, est recentrée sur les cas qui justifient son intervention.

Dans une démarche d'éducation à la santé et au parcours de soin qui permettraient un meilleur usage du système de santé, faciliter ainsi le recours à un médecin généraliste peut avoir une vertu éducative pour montrer, à l'avenir, que le recours systématique au médecin pédiatre ne s'impose pas, alors que 20% des patients de l'Ile de France s'estiment mal informés de la permanence des soins (enquête DRESS).

- L'accord de tiers payant est essentiel

Compte tenu des caractéristiques de la population qui consulte aux urgences de l'hôpital, la pratique du tiers payant est indispensable à la mise en œuvre d'expérience de ce type.

- Le délai d'attente a été moins important et l'encombrement de la salle d'attente réduit.

Les origines étrangères d'une partie de la population présente aux urgences permettent parfois de dire que le délai d'attente n'est pas un problème, compte tenu de ses habitudes culturelles. Ce n'est pas acceptable. La construction d'une nouvelle salle d'attente (nouveau service) est prévue.

L'allègement de la charge de travail aux urgences a été soulignée par les professionnels lors du bilan cité supra, ainsi que la baisse du niveau de stress.

1.6.3.2 Certaines conditions doivent néanmoins être réunies

En conclusion, les atouts de cette solution l'emportent sur les faiblesses du dispositif, et méritent qu'on s'interroge sur sa pérennité.

- La sécurité des patients doit être garantie.

Le tri des patients est effectué par l'IAO. Certains professionnels de santé rencontrés par la mission ont exprimé des réserves sur cette pratique, en estimant qu'elle implique une seniorisation insuffisante.

Pour pallier ces réticences, il serait utile de veiller à une certaine stabilité de l'équipe infirmière, de prévoir un protocole définissant plus précisément les liens entre la consultation sans rendez-vous et le service des urgences, un audit clinique et un processus de monitoring.

- La sécurité juridique doit être assurée

Le Centre médical Europe a représenté une solution rapidement opérationnelle en période de crise.

Le choix juridique de s'appuyer sur le code de la santé publique, dans le cadre de la permanence des soins est bien adapté à la nature du dispositif, d'autant plus qu'en vertu de l'article 3 de l'accord national de 2003, les centres de santé sont dans le système de permanence des soins (voir ci-dessous au 2.5.5.3).

La mission recommande néanmoins :

- Une recherche de partenariat si cela s'avère possible de trouver des volontaires
- Dans le cadre de la convention : une mention des raisons du choix de la procédure assise sur le code de la santé publique dans le préambule, ainsi que le détail des critères qui ont procédé au choix du prestataire dans le corps de la convention

- Le pilotage du projet doit être assuré

Le « passage en force » de la direction générale de l'AP-HP ne préjuge pas de l'organisation interne aux établissements de santé nécessaire à la création et au suivi d'expériences de ce type.

Il est donc indispensable de prévoir qu'un chef de projet soit spécifiquement désigné, dans cet établissement comme dans tous les établissements qui engageront les travaux et contacts nécessaires pour mener les études préalables, organiser le partenariat avec les professionnels de santé de proximité, suivre le projet.

- Les procédures doivent être respectées

Quel que soit l'opérateur choisi, s'il s'agit d'un centre de santé, ce dernier devra engager les démarches d'autorisation auprès du Préfet de région (DRASSIF) : demande d'agrément, accompagnée d'un projet de convention avec l'hôpital Robert Debré. Dans la mesure où il s'agirait, comme pour le Centre médical Europe, d'une extension délocalisée de l'activité de médecine générale du centre de santé retenu, celui-ci assume, d'après l'analyse faite par la DRASSIF, et que la mission partage, la responsabilité.

La différence par rapport au schéma classique des antennes ou annexes est expliquée par le fait que l'hôpital met ses locaux à disposition du centre de santé en contrepartie d'une prise en charge d'une partie de sa patientèle normalement suivie en totalité par ce dernier. Il ne s'agit ni d'un « centre de santé bis », ni vraiment d'une annexe, mais plutôt d'une extension sous forme d'une antenne, correspondant à la légèreté du dispositif mis en œuvre, par analogie à la procédure applicable à la création d'une antenne de soins infirmiers.

Il est nécessaire de procéder, dès que l'opérateur aura été choisi, au dépôt d'un dossier, selon la procédure habituelle (avis de la CPAM 75, rapport de la DASS 75, arrêté préfectoral dans un délai de deux mois et visite de conformité par la DASS 75)²⁷.

- Il est nécessaire d'associer la PMI des principaux arrondissements et communes concernés

L'hôpital dispose d'une consultation de PMI à l'intérieur de ses locaux. Il est indispensable de l'associer à cette expérience, pour qu'elle puisse jouer un rôle d'information auprès de la population qu'elle voit en semaine. Les services de PMI des 18, 19, 20^{èmes} arrondissements et des communes proches de Seine-Saint-Denis devraient également être associés à un travail en commun.

Il serait en outre nécessaire de développer, au niveau local comme au niveau du siège de l'AP-HP, une réflexion sur les rapports entre les établissements de santé, la PMI, et la médecine de ville. Dans un cadre plus général, la PMI peut jouer un rôle important d'éducation à la santé en informant les familles de la nécessité d'avoir un médecin traitant.

- Toutes les solutions qui conduisent à renforcer les liens Ville-hôpital doivent être étudiées. Cette expérience n'a pu avoir lieu que le week-end, faute d'effecteurs pour le soir. L'installation de la maison médicale de la Porte de Pantin, même si ces locaux ne sont pas directement placés à proximité de l'hôpital, constitue une solution complémentaire vers laquelle il sera utile d'orienter les patients, en s'appuyant également sur la PMI qui peut contribuer à cette forme d'éducation à la santé que constitue le bon parcours de soin.

²⁷ Décret du 13 décembre 2000

En conclusion, la mission estime que l'expérimentation d'une consultation sans rendez-vous à l'intérieur de l'hôpital peut être prolongée.

Cependant, il faut être attentif à ce que la solution choisie d'une consultation sans rendez-vous dans les locaux mêmes de l'hôpital ne débouche pas sur une augmentation de l'offre, par une fluidité accrue du service des urgences et n'ait pas comme effet pervers à court ou moyen terme de renforcer le recours aux urgences.

En fonction des caractéristiques de la population qui fréquente cet hôpital, et pour laquelle le recours à la médecine libérale est moins habituel, la solution de la consultation sans rendez-vous peut constituer une première étape. Il faudrait en parallèle voir comment l'articuler avec les travaux en cours sur la permanence des soins, et augmenter la participation du nombre de partenaires libéraux, dans la mesure du possible.

La pérennisation pendant les épidémies saisonnières de l'enfant semble utile. En dehors de ces mois de surcharge, la mission a pu constater, au moins pour l'hiver 2003-2004, que les afflux au service des urgences restaient très importants même hors période épidémique.

L'installation d'une consultation de week-end à l'année, au regard de cette activité importante, peut se justifier. Elle présente néanmoins le risque de lasser des partenaires à ce jour insuffisamment nombreux, et qui ne montreraient plus la même disponibilité en période de pic épidémique particulièrement virulent.

Enfin, il est indispensable que l'évaluation des expériences de maisons médicales conduites par l'URCAM, intègre l'évaluation de la consultation sans rendez-vous de l'hôpital Robert Debré, qui s'inscrit bien dans une perspective globale de permanence des soins.

2 Enseignements généraux sur l'organisation de la permanence des soins en Ile-de-France à partir de l'analyse des départements de Paris et de Seine-Saint-Denis

2.1 La connaissance des facteurs clefs influant sur les soins non programmés, dont ceux effectués pendant la permanence des soins, doit être enrichie

2.1.1 *L'activité répondant aux demande de soins non programmés sur un territoire n'est pas appréhendée globalement*

Les nouvelles modalités de planification reposent sur deux cadres aujourd'hui en partie disjoints :

- ◆ La prise en charge des urgences s'inscrit dans le cadre de la planification hospitalière du SROS²⁸
- ◆ Celle relative à la permanence des soins dans les cahiers des charges issus des arrêtés de décembre 2003²⁹.

Les instances chargées d'élaborer, mettre en œuvre et suivre ces dispositifs exercent dans des cadres, des territoires et des calendriers distincts : ARH et région d'une part pour les établissements de santé et URCAM, CODAMUPS et département d'autre part pour la permanence des soins.

Il existe à l'évidence des points de jonctions nombreux entre ces dispositifs : une bonne partie des membres des différentes instances de régulation sont communs ; certains comme les SAMU, œuvrent dans les deux champs ; les mécanismes de financements tendent à se rejoindre. La DHOS insiste sur la nécessité d'articuler au mieux la permanence des soins et les services des urgences et de développer la mise en réseau des professionnels de l'urgence³⁰. Un nouvel outil de financement des réseaux, la dotation régionale d'appui aux réseaux (DRDR) est placée sous la double responsabilité de l'URCAM et de l'ARH³¹.

La mission observe que si ces mécanismes de mise en relation s'appliquent effectivement déjà en partie dans la mise en œuvre, il existe en revanche un déficit certain dans la production d'un diagnostic territorial partagé embrassant l'ensemble des composantes de la problématique « soins non programmés, permanence des soins et urgences ».

²⁸ Circulaire du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération

²⁹ Circulaires du 15 juillet 2002, et du 12 décembre 2003 relatives à la permanence des soins en médecine ambulatoire

³⁰ Circulaire n° du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences

³¹ En 2003 en Ile-de-France, 26 dossiers déposés pour un montant de 24 M€. 23 dossiers avec avis favorable. 12 projets sont des reconductions FAQSV pour un montant de 17 M€, soit plus de 80% du financement DRDR. 9 projets sont nouveaux. Principalement sur la cancérologie pour 2,7 M€.

L'ARH d'Ile-de-France a produit depuis le SROS 2 un travail remarquable d'analyse et de suivi de l'offre de service et de l'activité des urgences hospitalières de l'ensemble de la région³². Ce travail est construit sur les découpages territoriaux du SROS 2 (secteurs sanitaires et département). L'AP-HP suit également pour ses établissements de santé le développement des ressources et de leur activité d'urgence³³.

L'URCAM a produit, quant à elle, en 2004, une analyse très fouillée de l'activité de permanence des soins.³⁴

Des initiatives émergent, qui sont destinées à renforcer les systèmes d'information communs.

- ◆ Dans le champ hospitalier public et privé, la crise sanitaire liée à la canicule et le suivi des pathologies hivernales de l'hiver 2003 – 2004 ont pleinement montré la nécessité d'un outil de veille de base sur le suivi quotidien de l'activité des services d'urgences et la disponibilité des lits de réanimation. Le démarrage du centre de veille et d'action sur les urgences en Ile-de-France (CERVEAU) à compter du 15 mars concrétise le renforcement du système d'information partagé ARH et AP-HP³⁵.
- ◆ Les premières réflexions autour de l'articulation entre politiques hospitalière et permanence des soins démarrent également dans le cadre de la préparation du SROS 3³⁶.

Ces démarches, intéressantes et utiles, ne mesurent pas les réponses apportées par l'ensemble des effecteurs médicaux de la région, quels que soient leur place et leur statut, aux demandes de soins non programmées.

Il existe trois principaux problèmes de définition des champs couverts qui contribuent à brouiller fortement l'analyse départementale ou régionale :

1. Le périmètre spatial des données ne correspond pas toujours au territoire départemental selon que les effecteurs interviennent au-delà (SOS, BSPP, secteurs sanitaires) ou en deçà (GMP, bassins d'urgence hospitalier). Ainsi, les principales données sont encore aujourd'hui présentées en les rapportant à l'effecteur (activité constatée) et non à un territoire (activité domiciliée).

³² Principaux travaux communiqués :

- ◆ ARHIF Arrêté du 12 octobre 1998 SROS relatif à l'accueil et au traitement des urgences en Ile-de-France ;
- ◆ ARHIF Bilan de l'activité des services d'Urgence en Ile-de-France - Suivi du SROS Urgence - janvier 2003 - 09/05/2003 ;
- ◆ ARHIF Bilan de l'activité des services d'Urgence en Ile-de-France - Suivi du SROS Urgence - octobre 2003 ;
- ◆ ARHIF – SMAMIF « Urgences pédiatriques » Recommandations. Janvier 2003. 20 pages + annexe.

³³ AP-HP Les urgences Activités et moyens. Données chiffrées 2002. 59 pages

³⁴ URCAM Permanence des soins en Ile-de-France, juin 2004, 98 pages

³⁵ AP-HP ARHIF Charte de fonctionnement du centre régional de veille et d'action sur les urgences 27 mai 2004

³⁶ ARH IF Comité de suivi du SROS "La prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins" - SROS III 1er juillet 2004

Les premières analyses basées sur les nouveaux territoires de santé issus du SROS 3 commencent à être produites^{37,38}. Elles s'appuient sur le découpage « informel » en 25 bassins de vie déjà utilisés dans le SROS II et proposent un redécoupage des 14 secteurs sanitaires actuels en 22 bassins, dont 3 pour Paris et 3 pour la Seine-Saint-Denis. Il n'existe qu'un seul secteur de permanence des soins à Paris et 19 en Seine-Saint-Denis.

2. Le périmètre temporel de la permanence des soins est le mieux défini. Il peut exister des effets de frontières mais ils sont plutôt faibles par rapport au premier biais. Les données relevées par les effecteurs s'inscrivent pour partie sur ces deux temps et ne sont donc pas toujours comparables.
3. Les concepts utilisés sont perméables entre continuité des soins principalement assurée pour la clientèle propre du médecin et permanence des soins d'une part, permanence des soins et urgences d'autre part. Comme le rappelle le sénateur DESCOURS³⁹, « *La permanence des soins n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique imposée par l'article 47 du code de déontologie médicale, au praticien envers sa patientèle* ». Cependant, les frontières entre continuité et permanence ne sont pas étanches.

Au total, ni l'ARH, ni l'URCAM, malgré l'ensemble des intéressants travaux cités ci-dessus, ne disposent d'un diagnostic partagé sur le recours aux soins non programmés et les urgences sur la région.

On pourrait penser que cette synthèse s'effectue au niveau départemental et ceci est en partie vrai en ce qui concerne l'offre de service, mesurée de façon à peu près exhaustive par les deux CODAMUPS observés⁴⁰. Par contre, des études sur la disponibilité réelle des praticiens, notamment de ville, dans le temps de la permanence des soins (samedi AM, dimanche et soirées) ne sont pas réalisées. De même les volumes d'activité produits par les différents acteurs (urgentistes de ville, mais surtout généralistes libéraux, des centres de santé ou de PMI), ne sont pas ou mal mesurés.

Ainsi, il n'existe pas de diagnostic unifié sur la disponibilité réelle et la sollicitation à un moment donné des effecteurs de soins chargés de répondre à une demande non programmée sur un territoire de la région. Aucun des grands gestionnaires n'est aujourd'hui en mesure de décrire finalement comment se distribuent les flux sur l'ensemble du système -soins non programmés - urgences / permanence des soins -.

³⁷ Principaux documents récents

- ◆ ARHIF/DRASSIF Note relative aux bassins de vie. S6/09/2002 9 pages
- ◆ ARHIFSROS 3/Territoires de santé/proposition de délimitation. Conférences sanitaires de secteur (mai – juin 2004)

³⁸ L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 de simplification de la planification, du droit des autorisations et des coopérations remplace les « secteurs sanitaires » par les « territoires de santé » et les « conférences sanitaires de secteur » par les « conférences sanitaires ». L'objectif d'une telle réforme est de permettre d'identifier des territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives (départements ou régions).

³⁹ C DESCOURS Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Janvier 2003.

⁴⁰ A l'exception notable des centres de santé le plus souvent simplement cités, voire omis en tant qu'effecteurs.

2.1.2 Les caractéristiques et les comportements des usagers sont insuffisamment connus

Il existe un certain nombre d'études sur la clientèle fréquentant le service d'urgence d'un hôpital et les principaux motifs de recours⁴¹. Des études sont moins souvent menées à l'échelle des établissements d'un territoire départemental⁴² ou régional⁴³. L'étude de l'URML mérite d'être soulignée, car bien que qu'elle soit déjà ancienne et que sa représentativité soient perfectible, il s'agit d'une des rares tentatives de mesure de la satisfaction des patients.

Les études sont encore plus rares en ce qui concerne les usagers de la permanence des soins. La mission souligne notamment que les études concernant les pratiques, les attentes et la satisfaction des usagers sont rares et le plus souvent ponctuelles^{44,45}. Elle a pu aussi constater combien ces travaux sont rapidement oubliés. Tout semble indiquer que la construction des réponses aux besoins des usagers repose d'abord sur les représentations et les besoins des professionnels.

Les caractéristiques principales des usagers devraient faire l'objet des relevés d'activité « de routine » des différents effecteurs.

La mission recommande que, sur certains évènements traceurs convenablement choisis, une approche qualitative des itinéraires de soins des patients soit réalisée⁴⁶.

⁴¹ Etudes DREES 2003 n°215 Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières et 2003 n°212 Les usagers des urgences : premiers résultats d'une enquête nationale.

⁴² D FASSIN, MF COUILLOT, C VASSY, la question sociale à l'hôpital, urgence et précarité en Seine-Saint-Denis, rapport d'études du CRESP n°3, 2001.

⁴³ URML Les patients et les systèmes de réponse aux urgences. Etude réalisée par la commission urgences en 1996 sur un échantillon régional de consultants dans les services d'urgences in « les urgences en Ile-de-France » juin 1997. 52 pages + annexes.

⁴⁴ FASSIN *op. cit.*

⁴⁵ J PENEFF. Les malades des urgences. Une forme de consommation médicale. Mars 2000 Métaillé 190 pages

⁴⁶ La mission relève une seule étude récente commandée par l'URML, sur les circuits de soins en Ile-de-France,. Elle concerne l'accès aux plateaux techniques à partir de trois actes traceurs : l'endoscopie digestive haute pour hémorragie digestive haute, l'IRM du genou pour impotence fonctionnelle post-traumatique, la cholécystectomie pour lithiase vésiculaire non compliquée in P. LE FUR et al. Les trajectoires des patients franciliens : l'accès aux plateaux techniques.

Bulletin d'information en économie de la santé n° 31 juillet 2000.

2.2 Usagers, médecins et établissements de santé s'inscrivent dans leurs logiques propres

2.2.1 Usagers : des comportements rationnels et prévisibles

2.2.1.1. Les comportements des usagers des urgences reflètent des motivations diversifiées

Les principaux éléments décrits ci-dessous sont rassemblés dans les annexes 1 et 2 du présent rapport

- Un comportement rationnel étayé par les enquêtes

Deux séries de facteurs peuvent déterminer ce comportement

- La défaillance de la médecine libérale ou supposée telle, l'évolution préoccupante de la permanence des soins avec des difficultés croissantes pour remplir les tableaux de garde médicale, l'accroissement du secteur 2 surtout à Paris, le coût élevé des consultations des actes des médecins de ville et des urgentistes de ville incitent les usagers à recourir aux services d'urgence.
- La qualité du plateau technique de l'hôpital, la certitude d'avoir une prestation complète, le renom et la qualité de l'équipe médicale, sont des éléments qui contribuent à rendre l'hôpital attractif.

Face à cette situation, certaines études s'attachent à démontrer que le recours aux urgences relève d'un comportement rationnel des patients, et ce n'est pas tant les comportements des usagers qu'il convient d'étudier que l'organisation du système de soin.⁴⁷ A partir de ces analyses, les autorités chargées de l'organisation des systèmes de santé doivent privilégier l'accès aux soins extrahospitaliers, et de manière complémentaire, améliorer la prise en charge hospitalière, y compris par des consultations non programmées à l'intérieur de l'hôpital.

⁴⁷ FASSIN *op. cit.*

- Ces motivations sont confirmées par l'analyse issue des données fournies par les centres de PMI

Une étude⁴⁸ centrée sur le Département de Seine-Saint-Denis, a été réalisée en 1997 au cours de 4 semaines réparties sur l'année (janvier, avril, juillet et octobre), à partir d'interrogatoires menés auprès des familles de tous les enfants reçus aux urgences pédiatriques médicales de l'hôpital Jean Verdier de Bondy. Elle montre que d'autres facteurs, culturels et structurels, hospitaliers et extrahospitaliers, semblent « *concourir à l'inflation de l'activité des services d'urgence* ».

Une étude descriptive transversale des usagers de la médecine libérale menée par la PMI de la Ville de Paris⁴⁹ en 1998 a été réalisée auprès des enfants consultant un échantillon de médecins libéraux volontaires, enquête un jour donné chez le pédiatre, une semaine donnée chez le généraliste⁵⁰.

Dans cette étude, les pères et mères consultant en médecine libérale sont au moins deux fois plus souvent originaires de France métropolitaine, ont pour plus de la moitié un niveau d'études supérieures et maîtrisent tous la langue française. Les pères sont quatre fois plus souvent cadres, professions intellectuelles ou intermédiaires, et sont près de deux fois moins souvent employés ou ouvriers. Les mères sont deux fois moins souvent « mères au foyer », elles occupent par contre près de six fois plus souvent des emplois de cadres.

L'étude montre que les enfants consultant en médecine libérale ont eu peu recours à la PMI, un enfant sur dix des 695 enfants de l'échantillon a consulté la PMI au cours des 6 mois précédant l'enquête, moins de 16% avait eu un recours à l'hôpital, alors que 95% avaient vu un médecin libéral.

Par comparaison avec les enfants consultant aux urgences de l'hôpital Robert Debré, ces familles identifient comme médecin traitant le médecin généraliste dans 73% des cas et le pédiatre dans 81% des cas. Le médecin de PMI est identifié comme le médecin traitant dans moins de 4% des cas. A âge égal, les enfants suivis par les généralistes et les pédiatres ont le même nombre de consultations.

Les données issues de l'enquête, plus récente, menée en 2003 par le service de PMI de Seine-Saint-Denis, permettent d'analyser les habitudes de recours au médecin traitant chez les enfants consultant dans les centres de PMI⁵¹. Il apparaît que 8 enfants sur 10 de plus de 6 mois auraient un médecin traitant hors PMI, qui, dans 80% des cas est un médecin généraliste.

Il faut noter également que le profil des enfants de l'échantillon qui n'a pas de médecin traitant est très marqué par le type de couverture sociale de la famille, la faible maîtrise de la langue française de la famille, et la situation d'enfant unique.

⁴⁸ B. JEANDIDIER, urgences pédiatriques, une inflation à maîtriser ou à gérer ? document fourni par l'hôpital Jean Verdier

⁴⁹ Etude de faisabilité : description d'une population pédiatrique consultant auprès de médecins libéraux parisiens, PMI de la Ville de Paris, avec l'Union professionnelle des médecins l'AP-HP et le Département de santé publique de la Faculté Xavier Bichat, avril 1998.

⁵⁰ 21 Généralistes, dont la clientèle pédiatrique représente de 15 à 20% des patients, et 21 pédiatres ont été volontaires pour participer à cette étude, d'une durée de 6 semaines. Elle a porté sur un total de 695 enfants, dont 330 vus par les pédiatres.

⁵¹ Etude sur l'existence d'un médecin traitant chez les enfants consultant dans les centres de PMI en octobre 2002, 2003

Les familles sans médecin traitant de l'échantillon avancent quant à elles des facteurs d'explication complémentaires : la question de l'accessibilité en terme d'horaire ou de proximité d'un médecin traitant, et le fait qu'elles n'ont pas fait la démarche de rechercher un médecin traitant. Ces familles avouent plus rarement un problème d'accessibilité financière à la médecine de ville.

D'autres travaux montrent que les jeunes parents urbains peuvent aussi adopter un comportement de nature plus consumériste, évoluant vers une logique de consommation médicale et de satisfaction immédiate qui peut conduire à l'accroissement de l'accès aux urgences. Une récente étude sociologique montre ainsi que cette catégorie de population aspire à une relation brève et professionnelle, à l'accès au plateau technique à des horaires qui conviennent à leur mode de vie professionnel, et ne souhaite pas entrer dans une relation suivie dans le cadre d'un réseau personnel et familial que leur offrirait la médecine libérale⁵².

Dans ce cadre, comme l'a montrée l'analyse de la consultation de l'hôpital Robert Debré, les chances de succès d'un recours à des solutions extrahospitalières reposent sur le temps que mettent les comportements à évoluer. Les variables socio-économiques et culturelles jouent un rôle important dans cette situation, bien qu'elles ne soient pas les seules à expliquer tous les comportements des usagers.

2.2.1.2. *L'hétérogénéité des comportements est confirmée par les chiffres des recours aux urgences pédiatriques hospitalières*

L'enquête nationale sur les urgences conduite par la DREES avait pour objectif de mieux connaître les principales caractéristiques et motifs pour lesquels les patients étaient pris en charge dans les services d'urgences hospitalières, et y avaient eu recours, puis d'examiner leur parcours ultérieur.⁵³

➤ Parmi les enseignements tirés de cette enquête, on peut noter :

La part des jeunes enfants dans la fréquentation des urgences sur l'ensemble du territoire national est importante. ¼ des usagers des urgences a moins de 15 ans, et les nourrissons sont, proportionnellement à leur poids démographique, 15 fois plus nombreux à fréquenter les urgences. Ce sont les nourrissons de moins d'un an qui ont le taux de recours aux urgences le plus élevé.

Le niveau socioculturel des familles qui fréquentent les urgences pédiatriques est légèrement plus élevé que celui des personnes qui fréquentent les urgences adultes. Comme pour l'ensemble des services des urgences, la proportion d'ouvriers et d'employés est importante. Mais les usagers des urgences pédiatriques ont un niveau d'études globalement plus élevé que celui de l'ensemble de la population qui consulte les urgences, ce qui va de pair avec la présence de jeunes et de jeunes parents dans la clientèle des urgences, le niveau de diplôme étant en général plus élevé chez les plus jeunes.

⁵² Jean PENEFF, *op. cit.*

⁵³ DRESS, études et résultats, n° 212, janvier 2003

En Ile-de-France, cette donnée est variable selon les départements, et selon les quartiers en ce qui concerne Paris. C'est à l'hôpital Necker que cette analyse peut sans doute se vérifier. En effet, mais aucune analyse du type de celles qui sont citées supra ne permet de le confirmer, le niveau socioculturel des patients qui fréquentent les urgences de cet hôpital du 15^{ème} arrondissement de Paris est sans doute globalement plus élevé que dans le reste de l'échantillon retenu par la mission, compte tenu de sa situation géographique.

En revanche, ces caractéristiques ne se retrouvent pas chez les patients qui consultent le service des urgences de l'hôpital Robert Debré ou celui de l'hôpital Jean Verdier de Bondy (93), tendance cohérente avec un recours de proximité.

- les horaires de fréquentation des urgences : pour les jeunes enfants, on distingue l'horaire de leur arrivée, plus précoce, avec un rebond un peu moins tardif en soirée (avant 21 heures). Les nourrissons, gros consommateurs de soins non programmés, sont amenés par leurs parents l'après midi et en soirée, majoritairement en fin de soirée, avec un pic entre 19 et 22 heures, pour des problèmes somatiques le plus souvent bénins, qui font peu appel à des examens complémentaires (1 sur 5 a une radio)⁵⁴. Ils repartent ensuite à leur domicile : **le service d'urgence est donc utilisé comme porte d'entrée à une consultation médicale de pédiatrie.**

Les parents de nourrissons présentent les mêmes motifs de recours aux urgences que pour la population générale⁵⁵, avec trois items plus forts, qui révèlent un sentiment d'inquiétude important et le désir des parents d'accéder à une consultation de pédiatrie (ce qui est rarement possible à l'heure où ils sont amenés) :

- sentiment de traitement antérieur sans amélioration
- absence de médecin traitant
- gravité ou besoin d'être hospitalisé

Il faut noter que le taux de satisfaction n'est pas individualisé pour les enfants dans l'enquête de la DRESS.

Cette enquête, qui n'est pas spécifique à l'Ile-de-France, est intéressante dans la mesure où elle identifie certains éléments de comportements et de parcours de soin des usagers, dont une partie peut se retrouver dans l'échantillon territorial retenu dans le présent rapport. Il faut notamment retenir le taux de recours important pour les nourrissons, les horaires de fréquentation des urgences, ainsi que le sentiment d'inquiétude qui n'est pas fortement corrélé au degré de gravité.

⁵⁴ 85% des nourrissons et 57% des enfants de 1 à 5 ans arrivent aux urgences pour des problèmes somatiques (fièvre pour 47%, vomissements ou diarrhées pour 35%, l'une des deux causes étant citée pour 68% d'entre eux). Les traumatismes concernent surtout les jeunes de 6 à 25 ans (2/3).

⁵⁵ Par ordre de préférence : proximité, possibilité de faire des examens, besoin d'avis ou d'intervention spécialisée, rapidité, gravité et nécessité éventuelle d'hospitalisation, pas de médecin traitant ou médecin absent, traitement en cours sans amélioration, pas d'avance de frais

2.2.1.3. *Sans que les associations d'usagers ne s'impliquent dans les problématiques de permanence des soins*

➤ D'une manière générale

La loi du 4 mars 2004 sur les droits des personnes malades a placé l'utilisateur au centre du système de santé. Les associations d'usagers connaissent néanmoins des difficultés pour asseoir leur représentativité. Le coordonnateur du Collectif inter associatif sur la santé (CISS), interrogé par la mission⁵⁶, a ainsi indiqué que les associations continuaient à être essentiellement représentatives de pathologies et qu'elles ne se préoccupaient pas directement des questions de permanence des soins.

Les administrations et organismes sociaux n'ont pas fait part à la mission de plaintes spécifiques concernant l'organisation de la permanence des soins, ni le fonctionnement des urgences.

Les usagers, souvent par voie de presse, font connaître un mécontentement plus réel, et qui concerne notamment les délais d'attente aux urgences, mais ce degré de satisfaction (ou d'insatisfaction), n'est pas mesuré.

➤ Aux Codamups

La mission a souhaité rencontrer les représentants des usagers aux deux Codamups de Paris et de Seine-Saint-Denis. Représentant en fait de l'UDAF, les deux représentants des usagers n'ont pas fait valoir de préoccupations intéressant spécifiquement les usagers sur l'ensemble de ces questions.

2.2.2 *L'offre sanitaire générale de l'Ile-de-France, notamment dans les deux départements étudiés par la mission est importante*

Les deux documents qui figurent en annexe contiennent l'essentiel des informations statistiques concernant l'offre sanitaire de Paris et de la Seine-Saint-Denis. On peut en retirer les éléments généraux suivants :

2.2.2.1. *Une grande diversité de l'offre hospitalière*

A Paris, le taux d'équipement hospitalier est le plus élevé de la région, sinon de la France entière. En revanche, en Seine-Saint-Denis, ce taux est le moins élevé de la région.

⁵⁶ JM CERETTI, critères de représentativité et structuration des associations, janvier 2004

A Paris, les taux d'hospitalisation sont les plus élevés de la région et sont pratiquement identiques pour les adultes et les enfants, ce qui témoigne de l'abondance et de la diversité de l'offre. En Seine-Saint-Denis, on constate aussi un taux d'hospitalisation pratiquement identique pour les enfants et les adultes mais au contraire de Paris, ce taux est parmi les plus bas de la région. Cette analyse doit être corrigée par le fait que, dans ce département et notamment en pédiatrie, les patients sont hospitalisés dans des établissements parisiens et en particulier à l'hôpital Robert Debré.

2.2.2.2. Une tendance récente à un ralentissement voire à un retournement dans le rythme d'installation des professionnels de santé dans les deux départements

La croissance du nombre de professionnels de santé a commencé à s'atténuer, voire à décroître dès 1997 pour les médecins libéraux en Seine-Saint-Denis, où les installations de médecins libéraux ne compensent plus les départs, et ce phénomène commence à être observé depuis 2001 à Paris, notamment pour les omnipraticiens.

La densité des médecins libéraux est plus faible en Seine-Saint-Denis que dans le reste de l'Ile-de-France, même si on peut apprécier leur présence par le nombre non négligeable (supérieur à 60% et supérieur à l'idée que l'on s'en fait généralement) de médecins qui résident dans le département. La densité des médecins libéraux généralistes sans exercice particulier à Paris est proche de la moyenne nationale, et permet d'offrir un vivier important de professionnels pouvant être actifs dans le cadre de la permanence des soins (1800 selon l'ordre des médecins).

L'offre est plus tendue dans la catégorie des médecins de secteur 1 à Paris, en particulier pour les médecins spécialistes, 1 omnipraticien sur 2 et 2 spécialistes sur 3 sont en secteur 2.

La situation de l'offre de ces professionnels de santé reste donc importante, même si l'évolution sociologique et économique de la profession laisse entrevoir une réticence croissante à l'exercice en mode libéral au profit de l'exercice salarié⁵⁷. Cette évolution est renforcée par le prix de l'immobilier à Paris et la question de la sécurité dans certains arrondissements parisiens et en Seine-Saint-Denis. Cette tendance est aggravée par une aspiration (praticiens des deux sexes) à une gestion du temps professionnel maîtrisée, qui rend plus difficile encore l'établissement de la liste de garde dans le cadre de la permanence des soins, et contribue à renforcer l'idée du manque de disponibilité de l'offre de médecine libérale.

Une étude de la démographie médicale, ainsi que de l'évolution de la structure d'emploi entre le statut de libéral et de salarié serait souhaitable pour comprendre vers quel type de salariat (hospitalier, PMI, centre de santé, administration) se dirigent les nouveaux praticiens.

⁵⁷ cette évolution concerne 3 installations sur 4 en Seine-Saint-Denis dès à présent

2.2.3 Le réseau de prévention offert par les services de PMI est très important ...

Comme cela a été indiqué supra, les services de la PMI, pour des raisons économiques, sociales ou culturelles peuvent être sollicités pour des actes de prévention, de suivi, mais aussi de soins. C'est ainsi qu'à Paris, les médecins sont amenés à faire des diagnostics : lors de l'enquête précitée, 4 enfants sur 5 souffrant de pathologies infectieuses dont pour moitié d'infection des voies respiratoires supérieures, sont repartis avec une ordonnance à visée curative, 1 sur 10 a été orienté vers la médecine de ville ou vers l'hôpital.

Selon l'étude effectuée par la PMI de Seine-Saint-Denis en 2003, en croisant les déclarations des familles et des médecins de PMI, il s'avère que 77% des enfants de plus de 6 mois fréquentant les centres de PMI du département ont un médecin traitant.

L'activité de ce réseau est essentielle pour comprendre les habitudes de soins des familles qui fréquentent les urgences pédiatriques. Les études citées supra et effectuées par les services de PMI des deux départements sont quasiment les seules à décrire cette population, leur pratiques et leurs motivations. Le réseau de PMI est bien entendu compétent avant tout en matière de prévention, mais il lui arrive aussi d'effectuer des actes de diagnostic et de donner des conseils (le réseau PMI de Paris est très actif dans le réseau bronchiolite).

Le recours au réseau de PMI pourrait être plus important pour renforcer à la fois l'éducation à la santé mais aussi l'éducation au « bon parcours de soin. Cela implique l'établissement d'un travail en commun avec tous les partenaires de la permanence des soins.

2.2.4 ... et les centres de santé permettent de compléter l'offre

Dans les deux départements étudiés, le nombre de centres de santé est important⁵⁸. Les centres de santé ont représenté 12,5% des actes remboursés par le régime général en 2003 en Seine-Saint-Denis. L'enquête menée par la CPAM de Paris en mars 2004 estime qu'ils assurent plus de 10% de l'activité des omnipraticiens accessibles à Paris.

2.2.5 La permanence des soins de ville repose dans les deux départements étudiés sur un dispositif mal appréhendé et insuffisamment coordonné

Il existe dans chacun de ces deux départements deux dispositifs de prise en charge des soins non programmés, qui assurent également la permanence des soins. Un est organisé, connu et visible, et repose sur les associations médicales, l'autre repose sur des praticiens intervenant hors de toute organisation, sans doute et d'abord pour le suivi de leur clientèle.

⁵⁸ 350 en Ile-de-France, dont 73 en Seine-Saint-Denis et 105 à Paris

La nouvelle organisation de la permanence des soins en Seine-Saint-Denis n'a pas réussi encore à prendre effet, compte tenu de la difficulté à constituer l'ensemble des listes de garde. A Paris, la permanence des soins «organisée» a toujours fonctionné, sur la base d'un seul secteur, avec 3 associations principales. Cependant, dans les deux départements, l'activité non organisée des praticiens reste majoritaire, mais mal connue, pendant les heures de la permanence des soins.

2.2.5.1 L'essentiel de l'activité pendant la permanence des soins des médecins installés repose sur un fonctionnement informel

Les deux annexes concernant les départements étudiés montrent qu'un nombre important de praticiens interviennent dans les heures de permanence. Ce nombre est plus important que celui des praticiens connus pour être « de garde » cf. *infra*.

Il serait utile de même, de connaître le profil des patients qui bénéficient des visites des médecins généralistes installés la nuit ou les jours fériés, et de voir selon quelle procédure ces patients ont pu accéder, en dépit du barrage du répondeur téléphonique, qui renvoie, en particulier le soir, sur le 15.

2.2.5.2 La permanence des soins repose aussi sur l'activité des associations médicales

La permanence des soins organisée repose sur des associations médicales assurant des visites à domicile, association de praticiens exerçant la médecine d'urgence sans cabinet médical.

- **SOS médecins**, qui assure à Paris et aussi en Seine-Saint-Denis, un nombre de visites à domicile important. Dans le 93, cette association partage à égalité cette activité (40 000 actes par an dans ce département) avec le service d'urgence (**SUR**)
- Urgences médicales de Paris (**UMP**),
- La Garde médicale de Paris, (**GMP**), qui ne regroupe que des médecins généralistes installés, et qui assure des visites à domicile sur Paris, avec un tableau de garde. Cette offre est complétée depuis 6 mois par une permanence dans les cabinets médicaux d'une seconde liste de garde.
- On peut également citer, mais de manière anecdotique compte tenu de sa taille, l'association **SOS pédiatrie**.

L'évolution de l'activité de ces associations de médecins libéraux urgentistes montre des caractéristiques communes : une difficulté de recrutement, un tassement du chiffre d'affaire, une tendance nouvelle à effectuer la totalité de la carrière jusqu'à la retraite comme médecin libéral urgentiste pour les 3 associations spécialisées (SOS, UMP, SUR).

Cette évolution sociologique et financière explique pourquoi ces associations envisagent de nouvelles formes de pratiques professionnelles, notamment en participant à des projets de maisons médicales ou de consultations non programmées.

2.2.5.3 Les centres de santé font partie de la permanence des soins

Depuis l'accord national de 2003, le centre de santé qui opte pour l'adhésion à cet accord est partie prenante de la permanence des soins, car l'article 3 prévoit que, «*en dehors de ses heures et jours d'ouverture habituels, le centre de santé optant s'engage à prendre les dispositions nécessaires pour que le patient dispose, à tout moment, d'une réponse adaptée à ses besoins. Cette réponse s'effectue soit dans le cadre d'une continuité des soins à domicile, soit en participant à un service de permanence des soins, soit en orientant des assurés vers un système organisé permettant d'apportant cette réponse*».

Mais seuls 3 centres de santé sont ouverts le samedi matin et après midi à Paris, un seul le dimanche, et 5 en Seine-Saint-Denis. Aucun ne fonctionne le soir après 20 heures, et la plupart ferment même plutôt en début de soirée.

Cette disposition renforce la nécessité d'inclure les centres de santé dans toute réflexion sur l'organisation du système de soins, y compris dans les CODAMUPS.

2.2.6 L'activité des généralistes libéraux en matière de soins non programmés est considérable

La mission a tenté de produire les ordres de grandeur de l'activité non programmée réalisée sur les deux départements observés⁵⁹.

Ses estimations se basent sur une enquête récente sur les consultations et visites des médecins généralistes (sans mode d'exercice particulier) en France métropolitaine, portant notamment sur leur activité sans rendez-vous. Dans cette étude, la DREES estime que cette activité représente environ 58% des actes (56% des consultations au cabinet et 69% des visites, essentiellement au domicile du patient mais pas seulement). Les praticiens ont estimé que 14% de ces consultations et visites sans rendez-vous présentaient un caractère d'urgence (24% pour les visites sans rendez-vous et environ 11% des consultations au cabinet sans rendez-vous)⁶⁰.

Par ailleurs, les premiers résultats d'une enquête lancée en octobre 2003, par la CNAMTS sur l'activité de permanence des soins observée pendant 3 jours d'un échantillon de 4 880 omnipraticiens français montrent que les praticiens d'astreinte répondent à une part plutôt faible des demandes de soins de nuit (20 à 30% des actes de nuit) ou de dimanche (40% des actes)⁶¹.

Ces études laissent penser que nous sous estimons vraisemblablement de façon importante le volume d'activité et le nombre d'effecteurs réels mobilisés en ville.

Une première estimation conduite à Paris aux résultats suivants.

⁵⁹ Le détail des calculs est présenté à la fin de chacune des annexes départementales.

⁶⁰ G LABARTHE Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. DREES Etudes et résultats n°315 juin 2004.11 pages ;

⁶¹ R DHORDAIN « Gardes, les vrais chiffres » Fait du jour du 30 juin 2004 site : 33docpro.com

1. Si l'on ne s'intéresse qu'à l'activité des urgentistes hospitaliers ou libéraux : 1 017 000 actes annuels sont produits à Paris. Ils sont répartis pour 36% sur les associations libérales (SOS médecins Ile-de-France principalement) et 64% pour les établissements de santé.

A partir d'une estimation basée sur l'étude DREES, la répartition de la réponse aux soins non programmés pourrait être la suivante à Paris :

2. Si l'on s'intéresse à l'activité des urgentistes hospitaliers ou libéraux et à l'activité qualifiée d'urgence des généralistes (omnipraticiens non-MEP) : 1 456 000 actes annuels sont produits. Ils sont répartis pour 25% sur les associations libérales et 44 % pour les établissements de santé et 30% pour les médecins généralistes.
3. Si l'on s'intéresse cette fois à l'activité des urgentistes hospitaliers ou libéraux et à l'activité non programmée des généralistes (omnipraticiens non-MEP) : 4 372 000 actes annuels répartis pour 8,5% sur les associations libérales et 14,5% pour les établissements de santé et 76% pour les médecins généralistes.

Une même analyse conduit sur la Seine-Saint-Denis aux résultats suivants.

1. Si l'on ne s'intéresse qu'à l'activité des urgentistes hospitaliers ou libéraux : 520 000 actes annuels sont produits en Seine Saint-Denis. Ils sont répartis pour 15% sur les associations libérales (SOS médecins Ile-de-France principalement) et 84% pour les établissements de santé.

A partir d'une estimation basée sur l'étude DREES, la répartition de la réponse aux soins non programmés pourrait être la suivante en Seine Saint-Denis :

2. Si l'on s'intéresse à l'activité des urgentistes hospitaliers ou libéraux et à l'activité qualifiée d'urgence des généralistes (omnipraticiens non-MEP) : 914 000 actes annuels sont produits. Ils sont répartis pour 8% sur les associations libérales et 48 % pour les établissements de santé et 43% pour les médecins généralistes.
3. Si l'on s'intéresse cette fois à l'activité des urgentistes hospitaliers ou libéraux et à l'activité non programmée des généralistes (omnipraticiens non-MEP) : 3 336 000 actes annuels répartis pour 2,5% sur les associations libérales et 13,2% pour les établissements de santé et 84,5% pour les médecins généralistes.

Les deux estimations utilisent l'ensemble des données disponibles et n'évitent pas complètement les effets de champs décrits plus haut, voire même mobilisent des données d'années différentes (2001 à 2003). **Il convient donc de les regarder comme des ordres de grandeur vraisemblables** et en aucun cas comme la réalité mesurée précisément.

La mission recommande que des études soient conduites sur l'activité de soins non programmés, réalisée dans une période et un territoire donné, par l'ensemble des effecteurs de ville et hospitaliers, généralistes et spécialistes.

2.2.7 La régulation des acteurs de l'urgence et de la permanence des soins s'inscrit dans des dispositifs spécifiques à chaque département

2.2.7.1 Un dispositif bien intégré et original dans le département de Seine-Saint-Denis

L'articulation des régulations hospitalières et libérales existe depuis plus de 20 ans. Tous les professionnels interviennent sur le même espace avec les mêmes outils. Chaque régulateur, hospitalier ou libéral, a la possibilité de mobiliser l'ensemble des moyens du SAMU, sans avoir à repasser par une seconde régulation.

2.2.7.2 Un dispositif historiquement peu coordonné à Paris

L'absence d'interconnexion entre les quatre régulations libérales et la régulation du SAMU, même si elle est compensée par l'existence d'une ligne prioritaire à 4 chiffres reliant les urgentistes libéraux au SAMU, reflète les relations complexes qui existent entre les différentes parties prenantes à la permanence des soins, y compris avec la brigade des sapeurs pompiers qui dispose par ailleurs de sa propre régulation. Cette situation est ancienne. Un précédent rapport de l'IGAS soulignait déjà en 1988 : « l'existence de plusieurs numéros d'appels en cas de détresse s'accompagne de structures redondantes et de doubles emplois coûteux. Au-delà de l'interconnexion des numéros, c'est vers une structure de régulation unique qu'il faudrait tendre »⁶².

Il faut noter que l'activité du centre de régulation des appels du SAMU de Paris est fluctuante et très liée à la fermeture des cabinets libéraux d'après ses responsables : l'activité de week-end représente ainsi 40% de l'activité totale.

Il sera de plus en plus souhaitable de s'assurer que ces ressources devenant plus rares sont mobilisées à bon escient. Une régulation préalable, indépendante des effecteurs urgentistes est souhaitable.

La mission recommande qu'une régulation libérale commune, puisse mobiliser les différentes associations urgentistes intervenant tant à Paris qu'en Seine-Saint-Denis. Elle confirme l'intérêt d'installer cette régulation au plus près de la régulation du SAMU, sur le modèle observé en Seine-Saint-Denis.

⁶² ML LAGARDERE & MG GORDON Rapport sur l'urgence médicale en Ile-de-France Rapport IGAS n°880113, décembre 1988, 81 pages + annexes.

2.3 Les leviers pour agir sur les flux d'activité non programmée

2.3.1 Les actions de prévention peuvent peser à moyen et long terme si elles sont développées et inscrites dans la durée

Des interventions de prévention sont-elles susceptibles de peser sur les flux d'urgences et notamment celles se dirigeant vers l'hôpital ?

L'observation de l'évolution du traceur « bronchiolite – virus respiratoire syncytial », facteur récurrent des affluences saisonnières incite à la prudence en la matière.

Bien que de nombreuses actions d'information et d'éducation pour la santé aient été menées par différents acteurs franciliens ces dix dernières années, il n'apparaît pas d'impact manifeste.

- ◆ La capacité à rendre les parents plus compétents par rapport à la prévention et la prise en charge des maladies infectieuses de la petite enfance n'a pas été mesurée.
- ◆ Les flux d'urgences hospitalières ne semblent pas influencé à ce jour significativement, et bien que peu de données existent en matière d'impact pour se permettre un jugement définitif sur ce sujet et il ne semble pas qu'il faille attendre des modifications importantes à court terme.

La conférence de consensus menée par l'URML d'Ile-de-France et l'ANAES sur ce sujet en septembre 2000, détaille un ensemble de mesures concrètes⁶³. Leur mise en œuvre répétée par une part importante des adultes s'occupant de jeunes enfants, permettrait d'espérer réduire de 30% les flux d'urgence d'après des membres de la société française de pédiatrie⁶⁴.

Les premiers résultats de l'évaluation de la campagne de communication menée par l'INPES en 2003-2004 montrent que les représentations des professionnels peuvent se modifier⁶⁵, l'évolution des comportements étant ici comme ailleurs, toujours plus longue.

La mission recommande une diffusion large des résultats définitifs de cette évaluation. Elle recommande que cette campagne soit renouvelée.

⁶³ ANAES.URML Conférence de consensus. Prise en charge de la bronchiolite du nourrisson. 21 septembre 2000. Texte des recommandations. 23 pages.

⁶⁴ Ordre de grandeur cité avec réserve quant à sa validation scientifique, par l'INPES.

⁶⁵ MA BALINSKA. Evaluation de la campagne INPES de sensibilisation à la bronchiolite du nourrisson. Données préliminaires. 15 juillet 2004. 8 pages.

2.3.2 Une régulation préalable au recours à l'hôpital ou dans les maisons médicales doit être proposée mais pas imposée.

Cette mesure suppose une association étroite des effecteurs publics et privés. Elle permet à l'évidence, comme en Seine-Saint-Denis de répondre via les seuls conseils médicaux à une partie importante des appels : un tiers des 150 000 dossiers ouverts au SAMU 93 sont ainsi « résolus ». Cette proportion était celle observée dans la dernière enquête nationale⁶⁶. Elle est de 45% à Paris.

La mise en place d'un accès aux structures, régulé via le centre 15 ou un standard privé est plus exigeante. Les patients doivent établir un contact téléphonique préalable à tout déplacement vers une structure fixe. Cette mesure est mise en œuvre sur certaines maisons médicales de garde en Ile-de-France et figure explicitement dans les recommandations du cahier des charges. Elle ne sera pas évaluée avant la fin de l'année 2004.

La mission s'interroge sur son application pratique : comment refuser concrètement des patients se présentant directement à la maison médicale sans les avoir examinés ? Par ailleurs, son extension impliquerait de développer considérablement les capacités d'accueil des standards : la plupart des patients arrivant dans les services d'urgences le font aujourd'hui sans aucun appel préalable.

Une mesure de régulation préalable à l'accès au système de prise en charge ne peut donc qu'être encouragée et non imposée, en faisant apparaître l'intérêt d'une information plus précise via le centre 15, sur la disponibilité des ressources médicales appropriées et les délais d'attente dans les différents lieux d'accueil (maisons médicales, UPATOU ou SAU).

Elle suppose la mise en place de deux préalables :

1. L'organisation de la permanence des soins doit être rendue lisible pour l'ensemble des acteurs. La mise en place effective des dispositifs de garde issus de nouveaux cahiers des charges départementaux en Ile de France, validés par les CODAMUPS est de ce point de vue nécessaire.
2. Un système d'information partagé de type « CERVEAU » gérant les disponibilités de l'offre de soins en temps réel est nécessaire. Il est encore largement en construction sur le seul champ hospitalier en Ile-de-France.

2.3.3 A terme, des mesure de pénalisation financières sont discutées, pour les patients qui se présenteraient « hors régulation »

Le protocole d'accord national sur la permanence des soins, signé par une partie des organisations syndicales début juillet 2004, prévoit un mécanisme de remboursement par l'assurance maladie des majorations perçues pour les actes régulés effectués par le médecin d'astreinte. Il précise que ne seront pas remboursées, les majorations pour les actes des médecins qui, pendant les périodes d'astreintes, ne seront pas d'astreinte ou qui, d'astreinte, répondront à une demande non régulée.

⁶⁶ M. CHANTELOUP & G GADEL Les appels d'urgence au centre 15 en 1997. DREES Etudes et Résultats n°55 mars 2000. 7 pages.

Il apparaît logique de pousser les usagers à concentrer leurs demandes sur les plages de travail usuelles des médecins. Les payeurs y voient une source d'économie naturelle et de surtout d'équité : comment accepter de rembourser près de trois fois le coût d'une consultation, une demande qui aurait pu être satisfaite hors permanence des soins ?

La mission relève toutefois que ce type de mesures risque de pénaliser surtout les patients les plus vulnérables, en l'occurrence ceux qui cumulent faibles ressources et couverture sociale imparfaite et faible accès à l'information. Le « patient type » est représenté ici par les personnes d'origine étrangère arrivée récemment, qui disposent moins souvent d'un médecin traitant et consultent « culturellement » l'hôpital en premier recours.

2.3.4 Plusieurs modes d'organisation de prise en charge des patients en consultation non programmée sur un site fixe peuvent être proposés

2.3.4.1 La prise en charge des consultations non programmées peut être renforcée par l'ouverture de consultations intra-hospitalières sans rendez-vous, ouvertes pour des publics ciblés

Le développement de dispositifs intra-hospitaliers accueillant des soins non programmés est ancien. Cette fonction assurée historiquement par les « consultations porte » des hôpitaux s'est transformée et/ou redéfinie via les polycliniques de médecine générale à l'occasion notamment de la mise en place des permanences d'accueil et d'accès aux soins (PASS), prévue dans la loi de lutte contre les exclusions.

Il n'entrait pas dans les objectifs de la mission de recenser ni d'évaluer l'ensemble de ces dispositifs en Ile-de-France. Qu'elles soient « fléchées » PASS ou pas, ces consultations accueillent, souvent en lien étroit avec les services d'urgences, un public majoritairement défavorisé. La mission des PASS va bien au-delà de l'accueil non programmé et vise une prise en charge globale (sociale, juridique, psychologique...). Le service est lui-même assuré par des praticiens sous statut hospitalier (PH ou par attachés principalement) principalement aux heures ouvrables.

La consultation intra-hospitalière de Robert DEBRE introduit deux évolutions sensibles à ce titre. Le public accueilli est d'origine sociale plus diversifiée et les praticiens qui y interviennent sont rémunérés à l'acte. Enfin, jusqu'à fin juin 2004, le dispositif n'était ouvert que dans les plages horaires « permanence des soins » du WE et jours fériés.

Dans le contexte actuel, le développement de consultations libérales à l'hôpital constitue une alternative intéressante aux projets de maisons médicales, si celles-ci ne peuvent pas être développées ou bien si elles le sont, mais trop loin de l'hôpital pour pouvoir en espérer un effet sur ses flux.

Il est relativement facile à réaliser, car tous les établissements de santé disposent de locaux de consultation dont la disponibilité est totale en période « permanence des soins ». Ces locaux peuvent être sécurisés en s'appuyant sur les dispositifs généraux hospitaliers....

Mais ce modèle brouille le modèle de prise en charge par les soins de première ligne en les intégrant dans le dispositif de deuxième ligne. Il « consomme » également des ressources médicales qui pourraient être utilisées en amont. Ce faisant, il facilite le mouvement de désengagement des médecins libéraux.

Pour ces raisons, les consultations sans rendez-vous intra hospitalières ne devraient être développées que par défaut, en cas de carence de l'offre de soin de ville et plutôt sur les périodes épidémiques et/ou de permanence des soins.

Elles devraient être réservées en priorité à l'accueil de publics spécifiques qui utilisent moins volontiers l'offre libérale, comme les jeunes enfants.

Les établissements de santé peuvent recourir à deux solutions de mise en œuvre, déjà expérimentées à l'AP-HP.

La première solution repose sur des effecteurs extérieurs sur un modèle élargi « type R DEBRE ».

Elle implique de procéder à une information large auprès des médecins résidant dans l'aire proche. La question de la disponibilité des généralistes pourra se poser car ils sont déjà mobilisés dans le suivi de leur propre clientèle et soumis à la concurrence si trop de listes de gardes des permanences des soins locales sont établies dans le même périmètre.

Pour ces raisons, la solution du recours à un centre de santé est intéressante car elle repose sur un dispositif déjà structuré et, en cas de difficulté à mobiliser les généralistes environnants en complément, elle génère peu de compétition sur leur patientèle.

A terme, ce choix pourrait peser sur les recettes de l'établissement de santé lorsque la tarification à l'activité s'appliquera pleinement. Cette contrainte sera toutefois faible, si l'activité reste limitée aux périodes sensibles, sur une petite partie de l'année.

La seconde solution repose sur le recrutement sur 4 mois, par l'établissement de santé, de médecins vacataires sur le modèle réalisé il y a quelques années à TROUSSEAU et envisagé aujourd'hui pour NECKER.

L'ouverture de cette consultation spécialisée externe, pourrait se faire dans le cadre de financements « PASS ou bronchiolite ». Ses avantages sont la simplicité de la mise en place qui relève de l'organisation interne sans nécessité de partenariat complexe et dans une moindre mesure, sur le maintien de cette activité dans et le forfait urgence T2A. Son inconvénient réside probablement dans la difficulté à recruter et encadrer les ressources vacataires ponctuelles.

2.3.4.2 *La permanence des soins peut s'appuyer sur des maisons médicales dans une optique d'accueil d'un public "large"*

Deux grands types de projet sont en cours d'expérimentation en Ile-de-France.

Le premier est une maison médicale « virtuelle ». Ce projet porté par la GMP consiste à organiser et rendre lisible la permanence des soins assurée à tour de rôle à leur cabinet par les praticiens du tableau de garde. Cette solution est simple, proche des conditions actuelles de fonctionnement probablement une des moins coûteuses et donc aisée à mettre en œuvre.

Elle se heurte à la question de la sécurité des conditions de travail la nuit, avancée par les praticiens et ne résout pas bien la question de la proximité et donc de la lisibilité du dispositif : la proximité varie d'un jour sur l'autre pour les patients, selon l'adresse du praticien de garde.

Les autres projets de maisons médicales reposent tous des solutions centrées sur un lieu spécifique et sécurisé décrit plus haut dans les scénarios. Dix projets de ce type sont portés depuis la fin 2003. La mission a relevé qu'une évaluation commune est prévue à partir de la fin 2004 par l'URCAM qui finance ces projets expérimentaux sur le FAQSV.

Des enseignements peuvent être cependant partiellement tirés dès à présent, notamment à partir des premiers échecs ou difficultés observées.

- Les premiers enseignements concernent l'implantation de ces maisons, qui si elle apparaît bien pensée dans certains projets, ne semble être portée qu'après l'acquisition du financement pour d'autres.

La mission souligne que les maisons médicales ayant eu un impact sur les flux d'urgences hospitaliers sont situées dans un périmètre très proche, inférieur à 100m vraisemblablement. L'exemple le plus probant en la matière, est celui de la maison médicale de ROUBAIX⁶⁷ dont le rapprochement de l'hôpital fin 2001, a permis la relance de la fréquentation d'une part et l'augmentation des réorientations adressées par le service des urgences. A contrario, les exemples cet hiver à Paris, de refus des patients de repartir vers des consultations proches plaident également en faveur de la proximité, si l'objectif de désengagement hospitalier figure explicitement dans le projet.

L'implantation des maisons médicales doit également être négocié très en amont du projet.

En Seine-Saint-Denis, un premier projet des trois maisons médicales, financé par le FAQSV en 2002, pour près de 400 000 € a été stoppé faute d'engagement préalablement négocié avec les municipalités pour financer et équiper un local. Le financement a été rendu en 2003.

Deux projets agréés en juin 2004, observés par la mission sont dans ce même cas de figure en Ile-de-France.

⁶⁷ Centre hospitalier de ROUBAIX, Ville de ROUBAIX, médecins libéraux ROUBAIX et environs. Maison de santé. Rapport d'évaluation 8 octobre 2002. 26 pages + annexes.

- Les seconds enseignements concernent la disponibilité effective des praticiens pour constituer la liste de garde.

L'échec d'un projet de maison médicale pédiatrique à Paris repose, aux dires des acteurs ayant vécu son élaboration, principalement sur l'impossibilité de constituer le tableau de garde.

Il existe un nombre limité d'effecteurs et donc de possibilités d'établir des tableaux de garde distincts. On peut imaginer pouvoir mobiliser entre 200 et 300 généralistes installés à Paris et acceptant de venir, ou revenir dans un système d'astreintes. Soit entre 10 et 15% des effectifs potentiels. On peut donc envisager une dizaine d'astreintes maximum pour la capitale.

En Seine-Saint-Denis, ces chiffres sont d'environ 200 praticiens également d'après le recensement du conseil de l'ordre.

Ces données rendent nécessaires de ne pas développer des projets en concurrence sur des zones proches faisant appel aux mêmes opérateurs.

- Le troisième et dernier enseignement est la question de la pérennité des financements.

Tous les acteurs impliqués dans des projets – actuellement environ 150 en France – sont préoccupés par la pérennité financière à l'horizon 2006, d'extinction du FAQSV. Cette question est déjà d'actualité pour les premières maisons médicales financées.

2.3.4.3 *Les scénarios d'évolution de la permanence des soins vont dépendre de la capacité à mobiliser les acteurs libéraux et à coordonner l'ensemble des acteurs*

- **Dans le premier scénario le désengagement libéral se poursuit et conduit à un repli vers les établissements de santé.**

Dans un contexte d'insuffisante efficacité des mesures d'éducation pour la santé, le mouvement de désengagement des généralistes va se poursuivre et les tableaux de garde de nuit, dimanche et jours fériés ne sont plus couverts. L'action des conseils de l'ordre, pas plus que les réquisitions préfectorales ne sont efficaces pour asseoir durablement une organisation stable et donc lisible.

Ce désengagement libéral, est amplifié par la réduction du nombre de professionnels libéraux, les praticiens s'installant majoritairement comme salariés.

Des maisons médicales tentent de se monter, sans coordination avec les dispositifs existants, et les établissements de santé. Elles n'arrivent pas à mobiliser un nombre suffisant de praticiens pour remplir les tableaux de garde. Mal connues et identifiées par le public, freinée par une obligation de régulation préalable, situées trop loin d'un établissement de santé, leur fréquentation reste faible.

Les solutions alternatives s'appuyant sur les centres de santé mais aussi sur les centres de PMI ne peuvent pas davantage être développées. Les centres de santé argumentent leur refus d'investir la permanence des soins essentiellement en raison de problèmes d'effectifs insuffisants, de statuts des professionnels inappropriés, de durée de travail en garde et du financement de ces charges nouvelles. Des raisons similaires sont invoquées par les centres de PMI mais une raison supplémentaire est mise en avant : le risque de voir disparaître toute activité de prévention au profit des missions de soins.

Enfin, la régulation commune SAMU- libéraux reste un vœu pieux et la capacité à orienter correctement les demandes vers les effecteurs les plus appropriés ne fonctionne pas pour une part importante des demandes.

Ce scénario peu ou mal régulé, est proche de la pente naturelle observée sur Paris.

Il conduit à une reprise des afflux vers le système hospitalier et à la nécessité d'organiser des espaces d'accueil intra-hospitalier de l'activité non programmée. Ces consultations seront ouvertes pour tout public, en lien étroit avec le service des urgences, afin d'isoler les demandes pouvant être assurées par une équipe généraliste ne mobilisant pas ou peu de plateau technique, et ce sur une période et/ou des horaires sensibles : samedi AM, dimanches et JF, périodes d'afflux épidémiques, première partie de soirée et nuit (18 – 24 h).

➤ **Dans un second scénario la prise en charge des soins non programmés, s'appuie pendant et hors de la permanence des soins, sur des effecteurs régulés et coordonnés.**

Des généralistes libéraux, organisés en associations ou au sein de structures de type centres de santé, sont d'accord pour poursuivre ou reprendre des gardes en lieu fixe (cabinet ou maison médicale dédiée). L'organisation leur garantit un rythme de garde acceptable (1 à 2 par mois), des conditions de travail sécurisées et une rémunération attractive. Ceci permet d'attirer un nombre suffisant de praticiens, estimé pour un tableau de permanence des soins complet, à une trentaine de médecins pour chaque tableau de garde.⁶⁸

Une régulation commune SAMU - libéraux permet d'orienter une part croissante des demandes vers les effecteurs les plus appropriés, dont la disponibilité est connue en temps réel.

A Paris et en petite couronne, il n'existe pas de « zones blanches » non couvertes à moins de 30 minutes par un établissement de santé disposant d'un service d'urgence. Des maisons médicales sont montées en proximité immédiate de ces services, afin d'offrir une réponse alternative proche d'un circuit connu et utilisé par les patients. Les centres hospitaliers réorientent une partie significative de leurs patients se présentant de manière spontanée vers ces centres, qui de fait, les « délestent » des patients les moins lourds, notamment lorsque le nombre de passages par heure est élevé.

Devant la raréfaction du nombre de généralistes libéraux installés sur certains secteurs, les praticiens des centres de santé, viennent compléter, voire structurer une liste de permanence des soins. Ailleurs, cette extension d'activité est appuyée par l'ouverture de centres de PMI, qui étendent leurs heures d'ouverture en semaine et le samedi, voire ouvrent en période épidémique.

⁶⁸ Estimation basse = 20 praticiens pour un tableau de garde dans le rapport du CNEH. DHOS « Evaluation et comparaison de 6 expérimentations de prise en charge des urgences » Rapport final décembre 2002. 96 pages.

3 Conclusions

L'AP-HP a été amenée à organiser en urgence, au début de l'hiver 2003, une consultation intra hospitalière sans rendez-vous à l'hôpital ROBERT DEBRE à Paris. L'objectif principal était de désengorger son service des urgences pédiatriques décrit alors comme saturé par les affluences épidémiques hivernales. L'AP-HP a fait appel pour assurer ces consultations à un centre de santé, le centre médical Europe.

Le fonctionnement de cette consultation est globalement satisfaisant sur les huit mois de la phase expérimentale (WE et jours fériés de novembre 2003 à juin 2004). De 30 à 40% des enfants auparavant traités par les pédiatres du service des urgences ont accepté d'être réorientés vers une consultation de médecine générale située un étage plus haut dans l'établissement.

Ce résultat est atteint dans de bonnes conditions de prise en charge. Les délais sont considérablement réduits pour ces urgences et la sécurité est garantie de façon satisfaisante. On observe également que seulement 4% des enfants repartent dans cette période sans avoir vu de médecin, alors qu'ils étaient 24% auparavant.

La mission est donc favorable à la reconduction de cette expérimentation sur la période hivernale sous réserve de l'ouvrir plus largement aux médecins environnants et de demander les autorisations d'extension nécessaires si un centre de santé reste opérateur principal. La mission recommande dans tous les cas d'associer davantage les services de PMI tant parisiens que du sud de la Seine-Saint-Denis qui suivent cette population.

Au-delà de l'expérimentation sur ROBERT DEBRE et du prisme pédiatrique et épidémique hivernal, la mission s'est interrogée sur le développement des interfaces ville hôpital en matière d'urgence et de permanence des soins en Ile-de-France. Les dispositifs de deux départements ont été observés sur Paris et la Seine-Saint-Denis. Les analyses et recommandations développées dans cette seconde partie reposent sur une vision très urbaine des réseaux de soins (Paris et petite couronne) et ne peuvent être extrapolés qu'avec prudence hors de ce contexte.

La mission a été conduite entre mai et juillet 2004. Cette période a été très riche dans l'actualité nationale, en matière de réflexions, négociations conventionnelles et élaborations législatives qui concernent directement ou indirectement la permanence des soins. Les mesures discutées, si elles sont toutes appliquées, ne produiront leurs effets que dans les mois à venir. Elles expliquent la modestie des recommandations faites dans ce contexte très évolutif.

La mission a été frappée par le fait que le thème des urgences et de la permanence des soins renvoie le plus souvent dans le discours des gestionnaires, à l'activité des acteurs spécialisés en la matière. Or, la part d'activité non programmée réalisée par les omnipraticiens non urgentistes par rapport à celle prise en charge par les urgentistes libéraux et les services d'urgence hospitaliers, est prédominante. Ceci reste vrai si l'on ne s'intéresse qu'à l'activité non programmée réalisée pendant les heures de permanence des soins (nuit, WE et jours fériés) : elle reste importante à Paris et prédominante en Seine-Saint-Denis.

Ces estimations à partir du retraitement de données éparées, conduisent à plaider pour le développement d'études *ad hoc* permettant de mieux appréhender la réalité de l'exercice de l'ensemble des praticiens. Dans la perspective d'installation des missions régionales de santé de la loi portant réforme de l'assurance maladie, la mission recommande aux gestionnaires (ARH, URCAM en région et membres des CODAMUPS en département) de développer ces approches plus globales, en s'intéressant à l'activité de soins non programmés.

De même, la connaissance des usagers, de leurs motifs de recours et de leur satisfaction quant aux services proposés, nécessite d'être développée et intégrée dans la réflexion des gestionnaires du système de soins.

L'offre en Ile-de-France est contrastée. Dense globalement à Paris, elle peut être inférieure aux densités françaises en Seine-Saint-Denis. Dans les deux départements, il existe un réseau très dense de PMI et de centres de santé. A Paris, ces réseaux compensent la faiblesse de l'offre relative en secteur 1 et en Seine-Saint-Denis, la faiblesse de l'offre libérale.

La régulation de l'activité d'urgence est beaucoup mieux coordonnée en Seine-Saint-Denis qu'à Paris, ce qui semble bien compenser la faiblesse des ressources. Si une régulation intégrant mieux SAMU et libéraux doit être réalisée notamment sur Paris, la mission s'interroge sur la pertinence des mesures imposant une régulation préalable à tout recours à un dispositif organisé d'urgence ou de permanence des soins. Elle recommande de préférer un système incitatif plutôt que coercitif en la matière.

L'expérimentation réalisée sur ROBERT DEBRE, montre avec d'autres, que la prise en charge des cas les moins lourds peut reposer sur un plateau technique réduit et des médecins généralistes.

Le développement de maisons médicales à Paris et en Seine-Saint-Denis vient d'être agréé par le FAQSV. Il devrait être pensé et articulé avec l'offre de soins environnante (hôpitaux, centres de santé et de PMI, densité de praticiens libéraux). Cette solution, doit être offerte pour une population « générale » adultes et enfants. Deux difficultés peuvent limiter leur développement : les locaux et leur plus ou moins grande proximité avec un établissement de santé d'une part, le nombre de praticiens disponibles pour participer à la garde d'autre part. La mission insiste sur le nombre limité de listes de garde libérale pouvant être montées tant sur Paris que sur la Seine-Saint-Denis (une dizaine dans chaque département maximum).

Le développement de consultations intra hospitalières sans rendez-vous, ouvertes également pendant les heures de permanence des soins apparaît être une solution envisageable pour des populations spécifiques, notamment les enfants. Ces créations doivent être réalisées en cas de constat de carence d'une offre alternative proche et ouvertes d'abord, aux périodes d'afflux saisonniers.

Danièle JOURDAIN-MENNINGER

Pierre ABALLEA

4 Annexes

4.1 ANNEXE I L'offre et l'activité sanitaire en matière d'urgences, de permanence des soins et de soins non programmés à Paris en 2004

4.2 ANNEXE II L'offre et l'activité sanitaire en matière d'urgences, de permanence des soins et de soins non programmés en Seine-Saint-Denis en 2004

4.3 ANNEXE III Analyse des flux horaires du service d'urgence de l'hôpital R.DEBRE

4.4 ANNEXE IV PERSONNES RENCONTREES

Annexe I

**L'offre et l'activité sanitaire en matière d'urgences, de
permanence des soins et de soins non programmés à Paris en 2004**

1	CADRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DE LA VILLE DE PARIS	3
1.1	UNE PROPORTION DE PERSONNES SEULES TRÈS ÉLEVÉE.....	3
1.2	UNE TENDANCE À LA STABILISATION DE LA POPULATION ET AU RAJEUNISSEMENT.....	4
1.3	UNE POPULATION AU PROFIL SOCIO-ÉCONOMIQUE CONTRASTÉ	4
1.4	LE POIDS DE L' AIRE URBAINE DE PARIS EST HÉGÉMONIQUE.	5
2	L'OFFRE SANITAIRE GÉNÉRALE.....	6
2.1	L'OFFRE HOSPITALIÈRE.....	6
2.2	LES PROFESSIONNELS ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU SECTEUR AMBULATOIRE	7
2.2.1	<i>La tendance générale est à la croissance du nombre de médecins sur la période 1995 – 2001 avec un renversement de tendance à partir de 1999, notamment pour les libéraux.....</i>	<i>7</i>
2.2.2	<i>La densité des médecins généralistes libéraux n'ayant pas un mode d'exercice particulier est identique à la moyenne française.....</i>	<i>7</i>
2.2.3	<i>La densité des spécialistes libéraux, toutes spécialités confondue, est par contre très élevée.</i>	<i>9</i>
2.2.4	<i>Les médecins libéraux parisiens ont opté pour le secteur à honoraires libres ; leur activité et leurs honoraires sont plus faibles qu'en Ile-de-France et en France.....</i>	<i>9</i>
2.2.5	<i>Il existe un réseau de prévention très dense en matière de PMI.....</i>	<i>10</i>
2.2.6	<i>Le réseau des centres de santé est particulièrement étoffé également dans ce département.....</i>	<i>12</i>
3	L'OFFRE ET L'ACTIVITÉ SANITAIRE EN MATIÈRE D'URGENCES, DE PERMANENCE DES SOINS ET DE SOINS NON PROGRAMMÉS	14
3.1	L'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCES HOSPITALIERS CONTINUE À CROÎTRE EN ÎLE-DE-FRANCE MAIS IL EXISTE UN INFLÉCHISSEMENT NET DEPUIS 2000.....	14
3.2	CE PHÉNOMÈNE EST OBSERVÉ À PARIS OÙ LE TASSEMENT DE LA CROISSANCE DE L' ACTIVITÉ D'URGENCE HOSPITALIÈRE EST LE PLUS MARQUÉ SUR LA PÉRIODE 1996 – 2003.....	14
3.3	LA PERMANENCE DES SOINS DE VILLE REPOSE À PARIS SUR UN DISPOSITIF MAL APPRÉHENDÉ ET INSUFFISAMMENT COORDONNÉ.....	18
3.3.1	<i>SOS médecins Ile-de-France</i>	<i>18</i>
3.3.2	<i>Urgences médicales de Paris UMP</i>	<i>21</i>
3.3.3	<i>Garde médicale de Paris GMP</i>	<i>22</i>
3.3.4	<i>SOS pédiatrie.....</i>	<i>23</i>
3.4	LA RÉPONSE À UNE DEMANDE NON PROGRAMMÉE REPRÉSENTE PLUS DE LA MOITIÉ DE L' ACTIVITÉ QUOTIDIENNE DES GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX INSTALLÉS EN VILLE.	24
3.5	AU TOTAL, IL EXISTE DEUX DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMÉS QUI ASSURENT ÉGALEMENT LA COUVERTURE DE LA PERMANENCE DES SOINS À PARIS.....	26
3.6	LA PLACE PARTICULIÈRE DE LA BSPP EN ÎLE-DE-FRANCE ET À PARIS.....	26
3.7	LA RÉGULATION DES ACTEURS DE L'URGENCE ET DE LA PERMANENCE DES SOINS : UN DISPOSITIF PEU COORDONNÉ.....	27
3.8	SYNTHÈSE SUR L' ACTIVITÉ D'URGENCE ET DE PERMANENCE DES SOINS À PARIS.....	27

1 Cadre socio-démographique de la ville de Paris¹

Au 1^{er} janvier 2002, Paris comptait 2 145 844 habitants (estimation INSEE) pour un territoire d'une superficie de 105 km², soit une densité d'environ 20 400 habitants au km², la plus élevée de France (914 habitants au km² en Ile-de-France et 108 en France métropolitaine). En Ile-de-France la densité de la population à Paris représente 4 fois celle de la Seine Saint-Denis et 100 fois celle de la Seine et Marne. Il enregistre entre 30 et 32 000 naissances domiciliées chaque année.

La population parisienne se caractérise notamment par un nombre élevé de personnes vivant seules et de personnes âgées et par des contrastes socio-économiques.

1.1 Une proportion de personnes seules très élevée

581 000 personnes vivent seules à Paris (c'est-à-dire représentant un ménage d'une personne). De plus, 16,7% des familles parisiennes sont monoparentales, contre 12,3% des familles françaises.

Si une grande partie des personnes seules (19,7%) est âgée de 30 à 39 ans, les personnes seules de plus de 75 ans représentent 15% de cette population vivant seule.

Les personnes âgées de plus de 75 ans étaient 158 289, lors du dernier recensement de la population (au 1^{er} janvier 1999), soit 7 % de la population parisienne. C'est la proportion de personnes âgées la plus forte de l'Ile-de-France. L'indice de vieillissement était de 76,30 en 2000² pour 45, 88 en Ile-de-France et 62,9 en France métropolitaine³.

Surtout, un grand nombre d'entre elles, 55%, vivent seules à Paris. Ce chiffre atteint 66,3% en ce qui concerne les femmes de 80 ans et plus. Sur l'ensemble du territoire national, la proportion est significativement inférieure (seulement 50,2% pour les femmes octogénaires et plus) probablement en raison de différences de tissu social et peut-être du taux d'équipement.

En effet, celui-ci est bien plus faible à Paris que dans le reste de la région. En matière de lits de maisons de retraite, de logements-foyers et de lits d'hébergement temporaire : 79,79 pour 1000 habitants âgés de 75 ans et plus contre 130,82 pour l'ensemble de l'Ile-de-France. En matière de places en services de soins à domicile : 10,95 pour 1000 à Paris contre 13,54 en Ile-de-France. Enfin, en matière de lits médicalisés : 9,46 pour 1000 contre 14,62 pour l'ensemble de la région.

Au 1^{er} janvier 2002, 6 428 personnes âgées vivaient en maison de retraite, 5 954 en logement foyer et 414 en hébergement temporaire. 1756 places de soins à domicile étaient ouvertes.

¹ Ce cadre de description est structuré autour de celui établi par la DASS de Paris dans son cahier des charges de la permanence des soins

² Rapport des populations de 65 ans et plus sur les populations de 20 ans et moins.

³ La proportion d'enfants de moins de 16 ans est à plus faible que dans la région : Paris comptait en 2000, 338 275 enfants de moins de 16 ans, soit 15,9% de sa population.

1.2 Une tendance à la stabilisation de la population et au rajeunissement

La stabilisation de la population parisienne se confirme après une longue période de dépeuplement⁴. Même si la population se caractérise par une présence importante de personnes âgées et une faible proportion d'enfants, elle tend à se rajeunir dans un contexte de vieillissement national et régional.

La part des plus de 60 ans est passée de 20,8 % à 19,6 %. Depuis 1990, 631 000 nouveaux habitants se sont installés à Paris, soit 30 % de la population. Près de la moitié de ces nouveaux arrivants appartiennent à la tranche d'âge des 25 à 39 ans⁵. Paris devrait renforcer ce profil « jeune » atypique par rapport à l'évolution observée France entière en accentuant encore cette tendance, alors que les plus de 60 ans pourraient atteindre 33% de la population à l'horizon 2020.

1.3 Une population au profil socio-économique contrasté

Bien que plus du tiers des actifs parisiens soient des cadres ou exercent des professions libérales et que le revenu moyen par foyer fiscal soit nettement supérieur à la moyenne nationale (pour 2000, 20 990 euros contre 14 635 euros), Paris compte un nombre relativement important de bénéficiaires de prestations sociales : début 2002, 9,4% des ménages parisiens percevaient un ou plusieurs minima sociaux. Paris arrivant en seconde position après la Seine Saint-Denis sur cet indicateur.

En Ile-de-France, les ménages les plus aisés ont déclaré pour l'année 1999 un revenu supérieur de 40 % aux ménages les plus aisés de province. Dans la région, qui regroupe 37 % des cadres de la métropole, les salaires représentent 72 % des revenus contre à peine 63 % en province. C'est à Paris que l'on observe les plus forts écarts de revenus. On compte quinze arrondissements parisiens parmi les vingt communes franciliennes où la répartition des revenus est la plus inégale⁶.

Au 1^{er} janvier 2003, 289 759 personnes bénéficiaient de la Couverture Maladie Universelle⁷, 133 256 de l'Allocation de logement à caractère social, 50 099 du Revenu Minimum d'Insertion⁸, 19 349 de l'Allocation Supplémentaire de Minimum Vieillesse ou encore 18 787 de l'Allocation aux Adultes Handicapés.

⁴ La population est ainsi passée de 2,8 millions en 1962 à 2,3 millions en 1975.

⁵ NLAROCHE Population, logement, activité à Paris INSEE Ile-de-France N° 193 - oct. 2000 6 pages

⁶ Corinne MARTINEZ Les revenus des Franciliens : plus élevés mais plus dispersés qu'en province INSEE Ile-de-France N° 213 - sep 2002 6 pages

⁷ En moyenne 11,17% de la population parisienne est protégée par la CMU complémentaire au 1er avril 2003 pour 8,29% population francilienne

⁸ 366 pour mille personnes de 20 à 59 ans domiciliées à Paris contre 272 pour la région Ile-de-France au 1/01/2001

Au recensement de 1999, 1.301.386 étrangers résidaient en Ile-de-France, soit 11,88% de la population, proportion deux fois supérieure à la moyenne nationale qui est de 5,58%. A Paris la part des étrangers tend à diminuer depuis 1990 : 308 270 étrangers ont été recensés en 1999, soit 14,5 % des habitants du département contre 15,9 % en 1990. Les étrangers résident davantage dans le Nord est et au centre de Paris où leur proportion peut atteindre 22% des habitants.

Paris accueille un grand nombre de personnes immigrées au statut précaire, comme les 13 000 demandeurs d'asile (sans compter les mineurs les accompagnant) et un nombre difficilement quantifiable d'étrangers en situation irrégulière. Les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (AME), destinée aux personnes étrangères qui ne sont pas juridiquement en position de bénéficier de la CMU, sont actuellement 67 309, ce qui est considérable.

Enfin, les personnes sans domicile sont nombreuses à Paris où 13 122 places d'hébergement leur sont proposées.

Au total, les données statistiques convergent pour situer Paris comme une ville de contrastes : ville de cadres, jeunes et à hauts revenus, mais ville située en haut du tableau des indicateurs de précarité avec un nombre de ménages surendettés supérieur à celui de Seine Saint-Denis (1/300 habitants), un nombre élevé de sans domicile fixe (estimé à 1/20), de demandeurs d'asile (1/160), d'allocataires du RMI (1/20), des demandeurs d'emploi (1/10). Un foyer parisien sur 8 est pauvre au sens où il vit avec moins de 670 € par mois, seuil de définition de la pauvreté selon l'INSEE en 2001⁹.

1.4 Le poids de l'aire urbaine de Paris est hégémonique¹⁰.

Réalisé à partir du recensement de 1999, le nouveau zonage en aires urbaines souligne l'hégémonie de l'aire urbaine de Paris. L'aire urbaine de Paris recouvre aujourd'hui un vaste territoire de 14 518 km², couvre entièrement sept des huit territoires et recouvre la presque totalité du dernier, la Seine et Marne, tout en débordant sur six départements limitrophes de la région. Avec près de 11 200 000 habitants et 1 584 communes, l'aire urbaine de Paris recouvre désormais la quasi-totalité du territoire francilien, et étend largement son influence au-delà des frontières régionales.

La ville capitale elle-même est habitée par plus de 3 millions de personnes le jour : parisiens : 1,8 millions, actifs venant y travailler (900 000), étudiants (100 000), habitants de la banlieue se déplaçant pour leurs loisirs ou des achats (180 000) et touristes (entre 100 000 et 300 000 selon la saison)¹¹.

⁹ JM AUDRY Paris, Ville de riches. Conférence du 7 novembre 2003 pour l'université de tous les savoirs. 10 pages.

¹⁰ ME HASSAN 99 % des Franciliens vivent dans l'aire urbaine de Paris INSEE Ile-de-France N° 196 - avril 2001

¹¹ JM AUDRY *op.cit.*

2 L'offre sanitaire générale

2.1 L'offre hospitalière

L'offre est aujourd'hui répartie principalement sur quatre secteurs sanitaires qui recouvrent en totalité le département¹² :

Le taux d'équipement hospitalier de court séjour y est plus élevé qu'en Ile-de-France et France métropolitaine en médecine et en chirurgie. Paris concentre un tiers des lits de court séjour pour 19% de la population.

- En médecine (3,96 lits/mille habitants, contre respectivement 2,28 et 2,18),
- En chirurgie (3,26 lits/mille habitants, contre respectivement 1,93 et 1,81).
- En gynécologie obstétrique (0,59 lits/mille habitants, contre respectivement 0,44 et 0,42)¹³.

L'évolution de l'offre mesurée en lits d'hospitalisation complète est décroissante depuis 1995, avec une croissance d'une offre alternative d'hospitalisation à temps partiel et ambulatoire, comme en Ile-de-France.

L'Ile-de-France se caractérise par une mobilité des patients en matière d'hospitalisation relativement forte retracée dans le tableau ci-dessous¹⁴. Dans tous les départements, les enfants sont plus nombreux à être pris en charge dans les hôpitaux et cliniques de leur département que les adultes.

Tableau 1. Proportion de patients soignés dans leur département (enfants <16 ans) et les adultes (> 16 ans).

En %	adultes	Enfants
75	82,2	86,1
77	69,2	72,6
78	47,6	78,3
91	66,5	70,2
92	60,4	66,5
93	63,9	66
94	62,8	68,3
95	67,1	75,7

Source : ARH-IF

A Paris, les taux d'hospitalisation dans le département sont les plus élevés de la région et sont pratiquement identiques pour les adultes et les enfants, ce qui témoigne de l'abondance et de la diversité de l'offre.

¹² Paris -Est ; Paris - Ouest ; Paris - Sud ; Paris - Nord. Chaque secteur recouvre un ensemble d'arrondissements parisiens et une partie du /des départements limitrophes

¹³ Données au 1^{er} janvier 2001

¹⁴ Source : ARHIF Note sur l'analyse des flux. 21 juin 2004.

2.2 Les professionnels et les établissements de santé du secteur ambulatoire

2.2.1 La tendance générale est à la croissance du nombre de médecins sur la période 1995 – 2001 avec un renversement de tendance à partir de 1999, notamment pour les libéraux

L'évolution du nombre de professionnels de santé est globalement croissante sur la période 1995-2001.

Tableau 2 Professionnels de santé en exercice libéral ou salarié au 1.01 à Paris

Professions	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Médecins généralistes	6153	6196	5896	6116	6359	6555	6435
Médecins spécialistes	9788	10146	10236	10213	9565	9807	10089
Ensemble des médecins	15941	16342	16132	16329	15924	16362	16524
Chirurgiens dentistes	3633	3727	3543	3678	3734	3734	3602
Sages femmes	836	927	927	959	983	982	922

Source : DRESS /DRASS/ADELI

L'évolution globale du nombre de praticiens tant omnipraticiens que spécialistes est croissante ces dernières années, avec un renversement de tendance en 2001 pour les omnipraticiens.

Tableau 3. Evolution du nombre de médecins libéraux en exercice au 1.01 à Paris

Professions	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Médecins généralistes nb	3903	3964	3835	4026	3952	3878	3719
Médecins spécialistes nb	5971	6136	6095	5976	5323	5354	5343
Ensemble médecins libéraux nb	9874	10100	9930	10002	9275	9232	9062

Source : DRESS /DRASS/ADELI

Ce renversement de tendance s'observe dès 1999 pour les omnipraticiens libéraux et s'observe également chez les spécialistes libéraux.

2.2.2 La densité des médecins généralistes libéraux n'ayant pas un mode d'exercice particulier est identique à la moyenne française

Malgré cette évolution décroissante, la proportion d'omnipraticiens libéraux reste particulièrement élevée sur Paris.

Tableau 4 Omnipraticiens libéraux en exercice au 1.01.2003:

➤ Professions Libérales	➤ Paris	Seine et Marne	Yvelines	Essonne	Hauts de Seine	Seine St Denis	Val de Marne	Val d'Oise	Ile-de-France
Médecins omnipraticiens*	3 610 169,9	1 105 <u>92,6</u>	1 343 <u>99,2</u>	1 114 <u>98,2</u>	1 535 <u>107,4</u>	1 224 <u>88,5</u>	1 244 <u>101,4</u>	1 030 <u>93,2</u>	12 205 111,4

Source : D.R.A.S.S. - ADELI

* nombre et densité des médecins omnipraticiens pour 100 000 habitants.

Toutefois, cette densité des omnipraticiens doit être pondérée par la très forte proportion de ceux qui déclarent un mode d'exercice particulier, les MEP¹⁵ : 27,2% à Paris contre 12% en Ile-de-France et 11% en France métropolitaine¹⁶.

Si l'on s'intéresse à cette dernière catégorie de médecins généralistes sans exercice particulier, la densité des praticiens est alors de 91,4 pour 100 000 habitants à Paris contre 75,9 en Ile-de-France et 91,7 en France.

Or le conseil de l'ordre souligne que c'est dans cette dernière catégorie que se recrutent surtout les praticiens actifs en matière de permanence des soins et qu'il ne peut compter que sur un vivier de moins de 1800 professionnels¹⁷.

Par ailleurs, la proportion de médecins femmes généralistes libérales est la plus élevée à Paris : 32,2% en 2001 contre 28% en Ile-de-France et 22,9% en France. Si un quart des praticiens déclarait prendre des gardes dans une enquête réalisée en 2000 auprès d'un échantillon régional de médecins libéraux, les femmes en effectuaient significativement moins que les hommes (14% contre 35%).¹⁸ Dans cette même enquête, près de la moitié des médecins interrogés évoquaient le désir de quitter l'exercice libéral pour des raisons de pénibilité et de risque (39%) ou pour des raisons familiales (24%). Ils déclareraient souhaiter quitter l'exercice libéral pour un exercice salarié (45%), voire une autre profession (25%) ou pour une retraite anticipée (23%).

Dernier point notable concernant les praticiens généralistes, leur densité est également très hétérogène d'un arrondissement à l'autre. Les arrondissements les moins denses sont situés au Nord et à l'Est de la capitale¹⁹. Certains voient même leur densité se réduire comme les 18^{ème}, 19^{ème} et 20^{ème} arrondissements.

¹⁵ Ex : homéopathes, acupuncteurs ...

¹⁶ URCAM IF Eléments de diagnostic sanitaire en Ile-de-France 2003. Offre de soins.
<http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/diagnostic/Foffre.html>

¹⁷ 1958 généralistes d'après le décompte URCAM au premier janvier 2001

¹⁸ URML Ile-de-France. Enquête sur les conditions d'exercice des médecins libéraux d'Ile-de-France mai 2001
39 pages

¹⁹ Rapport régional sur la démographie des professions de santé en Ile-de-France. Comité régional de l'observatoire national de la démographie des professions de santé. 4 juin 2004. 28 pages

2.2.3 La densité des spécialistes libéraux, toutes spécialités confondue, est par contre très élevée.

La densité des médecins spécialistes libéraux à Paris est de loin la plus élevée de la région avec 250,8 praticiens pour 100 000 habitants à Paris contre 119,6 en Ile-de-France et 89,8 en France. Avec près de 5400 praticiens contre 3600 omnipraticiens, le rapport omnipraticien sur spécialiste (0,5) est notoirement déséquilibré par rapport à celui observé sur le reste de la région (0,76) et surtout en France métropolitaine (1,13).

Tableau 5 Pédiatres libéraux en exercice au 1.01.2003

	Paris	Seine et Marne	Yvelines	Essonne	Hauts de Seine	Seine St Denis	Val de Marne	Val d'Oise	Ile-de-France
Pédiatres *	270 88,3	55 20,3	109 36,8	66 26,9	159 58,2	74 24	94 38,4	66 26	893 40,6

Source : D.R.A.S.S. - ADELI

* nombre et densité pour 100 000 habitants des moins de 6ans.

La densité de pédiatres libéraux est également très élevée sur Paris avec 10,8 pédiatres pour 100 000 habitants, contre 7,6 en Ile-de-France et 4,8 en France. Le territoire de santé 75-3, issu du nouveau découpage réalisé pour le SROS 3, avec 114 pédiatres libéraux (densité la plus élevée) détient 12,8% de l'ensemble des pédiatres libéraux franciliens alors que sa population de moins de 16 ans ne représente que 4,5 % de cette tranche d'âge pour la région²⁰.

2.2.4 Les médecins libéraux parisiens ont opté pour le secteur à honoraires libres ; leur activité et leurs honoraires sont plus faibles qu'en Ile-de-France et en France

Tableau 6. Mode d'exercice des médecins libéraux à Paris en 2001

PARIS	Omnipraticiens	dont Généralistes	Spécialistes	dont Pédiatres
Secteur I	51,6%	57,3%	28,2%	30,2%
Conventionnés avec dépassement	0,9%	0,7%	5,9%	6,5%
Secteur II	42,0%	36,0%	65,0%	62,9%
Non conventionnés	5,5%	6,1%	0,9%	0,4%
Total Paris	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

source : URCAM 2003, données 2001, retraitement mission

Un praticien omnipraticien sur deux et moins d'un spécialiste sur trois sont conventionnés en secteur I à Paris et applique donc les tarifs des actes sans dépassement.

Spécialistes ou omnipraticiens ont à Paris une activité et des honoraires totaux plus faibles qu'en Ile-de-France et en France. Ils compensent en partie leur plus faible activité par les tarifs plus élevés que leur permet leur secteur conventionnel.

²⁰ DRASSIF Démographie médicale : situation de l'offre de proximité en Ile-de-France, mars 2004, 8p

Tableau 7. Comparaison des honoraires totaux et de l'activité des médecins libéraux parisiens en 2001, à ceux d'Ile-de-France et de France métropolitaine. Données APE²¹

Données 2001	PARIS		Ile-de-France		France	
	Omnipraticiens	Spécialistes	Omnipraticiens	Spécialistes	Omnipraticiens	Spécialistes
Revenus moyens en €	88 565 €	156 710 €	103 164 €	174 931 €	107 455 €	191293 €
Nombre Consultations	2 436	1 157	3 451	2 000	3 844	2 289
Nombre visites	517	10	753	12	1 091	8
Actes en K	3 135	12 243	2 797	17 199	2 375	22 688
Actes en KKC	178	6 734	315	7 932	250	11 295
Données 2001	PARIS = base 100		Ile-de-France		France	
	Omnipraticiens	Spécialistes	Omnipraticiens	Spécialistes	Omnipraticiens	Spécialistes
Revenus moyens en €	100	100	116	112	121	122
Nombre Consultations	100	100	142	173	158	198
Nombre visites	100	100	146	120	211	80
Actes en K	100	100	89	140	76	185
Actes en KKC	100	100	177	118	140	168

Source : URCAMIF 2003, retraitement mission

2.2.5 Il existe un réseau de prévention très dense en matière de PMI.

Le dispositif re PMI parisien repose sur un réseau 100 centres (11 protection maternelle, 69 de protection infantile et 20 centres de planification familiale). Le département gère 40 centres de protection infantile en direct, 18 sont confiés à des associations agréées et 11 à l'AP-HP. Tous les arrondissements disposent au moins d'un centre de protection infantile et jusqu'à dix pour le 19^{ème} arrondissement. La densité des centres de protection infantile est plus élevée sur le Nord et l'Est et de Paris.

En 2002, 38,3% des enfants parisiens de 0 à 6 ans étaient inscrits (52 379). Le suivi se concentre en fait principalement sur les enfants de moins de deux ans *cf. infra*.

²¹ Les données d'activité concernent uniquement les professionnels Actifs à Part Entière (APE), c'est à dire : Professionnels de santé actifs au 31 décembre de l'année considérée et ayant perçu au moins 1€ d'honoraires pendant l'année considérée, conventionnés, titulaires du droit permanent au dépassement, honoraires libres (exclus les non conventionnés), ayant un exercice libéral intégral, à temps partiel, avec temps partiel hospitalier (exclus les médecins hospitaliers plein temps), qui ne se sont pas installés au cours de l'année considérée, âgés de moins de 65 ans. Il s'agit des données d'activité concernant l'ensemble des prestations réalisées dans le secteur libéral (actes, prescriptions) soumises à remboursement auprès des organismes d'Assurance Maladie : résultats inter-régimes y compris régime des militaires et régime du port autonome de Bordeaux. Seule l'activité des professionnels APE est prise en compte, elle inclut l'activité réalisée au cabinet du professionnel, au domicile du malade ou dans un établissement de soins dès lors qu'elle est identifiée par le numéro du professionnel exécutant ou prescripteur, celui-ci pouvant par ailleurs employer des auxiliaires salariés. L'activité des remplaçants est enregistrée sous l'identifiant du remplacé. Seules les prestations des risques Maladie, Maternité et Accidents du Travail sont retenues à l'exception des arrêts de travail indemnisés dans le cadre du risque maternité.

La population consultante un jour donné a fait l'objet d'une étude en lien avec le département de santé publique de Bichat en février 1995²². Le profil de population suivi en PMI était caractérisé par l'importance des critères de précarité. 2 enfants suivis sur trois avaient moins de deux ans. Deux mères sur trois étaient de nationalité étrangère et un tiers d'entre elles avaient des difficultés pour s'exprimer oralement en français. Parmi l'ensemble des mères 61% des femmes étaient « inactives » au sens de l'INSEE²³. Le RMI était perçu par 4% des familles (contre 2,5% en France en 1995). 11% des enfants suivis n'avaient aucune couverture sociale et 76% pas de mutuelle.

Les familles déclaraient que le suivi de leur enfant était assuré par la PMI seule dans 39% des cas, par un médecin libéral dans 47% des cas, pour 7% par l'hôpital et enfin 3% par l'hôpital et un médecin libéral. En cas de maladie, la PMI était envisagée comme un lieu de consultation par environ 10% des familles, et l'hôpital, sans passer par la médecine de ville par 10 % des familles et 30% uniquement à la médecine de ville. La moitié des familles interrogées envisageaient un recours mixte.

Le recours à l'hôpital était plus fréquemment cité par les consultants plus défavorisés (39%).

L'étude du recours aux soins dans les six mois ayant précédé l'enquête montrait que 6% n'avaient pas consulté, 76% avaient eu un ou plusieurs contacts avec la PMI, 32% avec la médecine libérale, 11% avec les urgences hospitalières et 12 % avec une consultation hospitalière, enfin 3% avaient été hospitalisés²⁴.

L'activité de la PMI est essentiellement préventive mais l'enquête menée en 1995 relevait qu'un tiers des enfants présentaient une pathologie aiguë. 18% de ces enfants étaient venus sans RV. Dans 80% de ces cas, une ordonnance ou des médicaments à visée curative étaient donnés. Dans 10% des cas ils étaient orientés vers un hôpital.

Dans une enquête plus récente réalisée en 2002 auprès de nourrissons consultant dans leur premier mois de vie, 20% des motifs de recours étaient une consultation, ordre de grandeur similaire à celui observé en 1995 sur l'ensemble de la population suivie en PMI²⁵.

La PMI de Paris, outre ses missions de prévention assurait donc pour partie un rôle curatif pour des soins non programmés en 1995. Cette situation a changé aujourd'hui et les enfants sont réadressés vers un service d'urgence ou un médecin libéral d'après la directrice de la PMI. Cette évolution, logique par rapport aux missions première de la PMI ne peut que conduire à renforcer les flux hospitaliers d'urgence.

²² N BENHAMOU, M DELOUR, C ALFARO C VINCELET, P EMPEREUR Les consultations de PMI à Paris : population fréquentant les centres et service rendu par ces établissements. Février 1995. 70 pages et annexes.

²³ Sans activité, étudiantes ou au chômage.

²⁴ Dans une seconde étude sur la clientèle des urgences de R DEBRE, 10% des enfants avaient été hospitalisés dans les six mois précédents.

²⁵ MC BONNEFOI, A FENIERE, M DELOUR et V DUFOUR. La période néonatale et les consultations infantiles. Septembre et octobre 2002.

2.2.6 Le réseau des centres de santé est particulièrement étoffé également dans ce département.

Paris, attractive pour les libéraux installés en ville, dispose aussi d'un réseau étoffé de centres de santé où exercent des médecins salariés à temps plein (pour les généralistes surtout) ou temps partiel (pour les spécialistes). Sur les 305 centres de santé franciliens, 105 sont situés à Paris (34%).

Leur distribution est inégalement répartie sur les arrondissements : seul le 4^{ème} n'en dispose pas alors que le 15^{ème} en a 15. Les arrondissements du Nord de la capitale sont pourvus de 5 centres en moyenne, ceux de l'est de 7, ceux du centre de Paris de 3.

Le nombre de praticiens y exerçant est inconnu à ce jour²⁶. Dans une enquête menée en 2002, ce nombre variait de 4 à 21 et plus pour les généralistes et 22 à 112 et plus pour les spécialistes²⁷. Une partie exerce aussi en ville ou à l'hôpital et la proportion de praticiens n'exerçant qu'en centre de santé est inconnue, mais semble faible dans l'étude déjà citée.

L'activité du réseau des centres de santé parisiens par rapport à l'offre libérale est mal connue. La CPAM de Paris a réalisé une mesure de l'activité de consultation et de visite globale réalisée en ville, au mois de mars 2004 par les omnipraticiens et les pédiatres de ville et des centres de santé. L'activité des centres de santé représente 10% de l'activité des seuls omnipraticiens et 9,5% de l'activité des omnipraticiens et des pédiatres accessibles en ville.

Tableau 8. Distribution des consultations et visites réalisées en mars 2004 à Paris par les omnipraticiens et les pédiatres de ville et des centres de santé.

		Nombre de consultations							
	Date de l'acte	OMNIS LIBERAUX	OMNIS CDS	PEDIATRES LIBERAUX	PEDIATRES CDS	total consultations	OMNIS LIBERAUX	PEDIATRES LIBERAUX	total visites
Total mars 2004		369 414	41 931	40 264	1 069	452 678	53 729	555	54 284
	proportions	81,6%	9,3%	8,9%	0,2%	100,0%	99,0%	1,0%	100,0%

source : CPAM 75 SIAM - règlements à fin mai 2004

A titre de comparaison une autre étude menée en Seine Saint-Denis, second département le mieux doté en centres de santé d'Ile-de-France après Paris, estime que cette activité représente pour l'année 2003 près de 12,5% de l'ensemble des actes remboursés par le régime général (10,27% des actes d'omnipraticiens et 17,15% des actes de spécialistes)²⁸.

²⁶ Une enquête en cours de la DRASS devrait éclairer cette question d'ici fin 2004.

²⁷ Roussel consultants Etude sur les centres de santé à but non lucratifs. Conclusions. Rapport du 22 janvier 2002. 43 pages.

²⁸ Etude spécifique sur les lettres clefs CPAM 93 arrêtée au 23 juin 2004.

La DASES de Paris a commandé une série d'enquête en 2001 et 2002 sur le rôle potentiel du réseau des centres de santé en matière de prise en charge des soins non programmés²⁹. L'étude a porté sur 67% des centres. Un tiers déclarait être ouvert le samedi matin. Deux sur trois déclaraient ne jamais fermer pendant les congés. La moitié des centres interrogés déclarait en 2002 recevoir des patients avec ou sans rendez-vous et 3% uniquement sans rendez-vous. Les $\frac{3}{4}$ déclaraient recevoir des urgences, notamment dentaires, mais n'être pas correctement organisés pour y répondre.

Une enquête menée auprès du public fréquentant ces centres révélait que 10% des motifs de fréquentation étaient liés à la possibilité d'avoir accès à une consultation sans rendez-vous. Les deux tiers de cette même clientèle des centres déclarait se rendre d'abord à l'hôpital en cas d'urgence, vers le médecin de garde dans 14% des cas et vers le centre de santé dans 7% des cas seulement. Enfin plus des $\frac{3}{4}$ de ces patients déclaraient être prêts à se rendre dans un centre de santé en cas d'urgence en raison de la proximité (33%) et du sentiment de confiance (10%) principalement. Mais ils suggéraient : d'augmenter les horaires d'ouverture le soir (29%), d'ouvrir le samedi (29%) voire le dimanche (22%).

Une dizaine de centres étaient prêts à s'engager plus avant dans la permanence des soins et les auteurs recommandaient d'associer à cette démarche les acteurs environnants notamment le centre 15 et les établissements de santé de l'AP-HP.

Force est de constater aujourd'hui que cette étude n'a pour l'instant pas été suivie d'effet manifeste, à l'exception de l'engagement du centre Europe sur le projet de l'hôpital R DEBRE.

Au total, la situation de la démographie médicale apparaît bien fournie à Paris notamment en matière de spécialiste. Cette offre large mais d'accès financier plus difficile explique vraisemblablement l'important développement des centres de santé qui exercent en secteur 1 avec le tiers payant.

Dans un contexte d'offre important les praticiens libéraux ont pu développer leur clientèle au prix d'une diversification importante des modes d'exercice : spécialisations ou exercice particulier chez les omnipraticiens. Le mode d'exercice en secteur à honoraire libre a contribué à protéger leurs revenus (rapport secteur 1/secteur 2 inversé) malgré une activité plus faible.

La diversification des profils d'activité explique aussi pourquoi la situation des généralistes potentiellement mobilisables pour les gardes n'est pas différente du reste de la France. Elle est même vraisemblablement inférieure si l'on tient compte de la féminisation : les femmes médecins proportionnellement plus nombreuses à Paris, semblent prendre moins souvent des gardes.

L'évolution à Paris témoigne aussi d'une transformation de la structure d'emploi libéral/salarié qui évolue au profit des salariés. Une étude précise de ce phénomène serait souhaitable pour comprendre vers quel type de salariat (hospitalier/ centre de santé/ PMI/ administration) se dirigent les nouveaux praticiens et les impacts à en attendre à moyen terme.

²⁹ Roussel Consultants *op. cit.*

3 L'offre et l'activité sanitaire en matière d'urgences, de permanence des soins et de soins non programmés

3.1 L'activité des services d'urgences hospitaliers continue à croître en Ile-de-France mais il existe un infléchissement net depuis 2000

« L'augmentation du nombre des passages aux urgences est importante, soit plus de 37 % depuis 1996 et persistante, 6 % entre 2000 et 2003.

On peut penser que cette augmentation est le résultat de la montée en charge des nombreuses structures autorisées depuis 1997, mais aussi d'un phénomène de société se traduisant par une attractivité croissante des services d'urgences sous tendue par la disponibilité, la technicité et la gratuité apparente.

Le taux d'accroissement annuel du nombre de passages, globalement en diminution depuis 1997 (7,4 % en 1997 - 5,7 % en 2000 - 1,9 % en 2002 - 2,7 % en 2003) fait espérer une stabilisation globale dans la région Ile-de-France »³⁰.

3.2 Ce phénomène est observé à Paris où le tassement de la croissance de l'activité d'urgence hospitalière est le plus marqué sur la période 1996 – 2003.

L'offre hospitalière repose sur quinze services en 2003 (11 SAU, dont 3 POSU spécialisés en pédiatrie et 4 UPATOU). 13 services sur les 15 appartiennent au groupe AP-HP.

Tableau 9 Evolution de l'activité d'urgence à Paris et en Ile-de-France entre 1996 et 2003

Evolution par département	1996	2000	2001	2002	2003	%96-03	%00-03
		%99-00	%00-01	%01-02	%02-03		
75	532060	605869 1,3%	607223 0,2%	618396 1,8%	621502 0,5%	16,8%	2,6%
Total Ile-de-France	2 165 290	2 803 953 5,7%	2 847 493 1,6%	2 902 013 1,9%	2 976 871 2,6%	37,5%	6,2%

Source : ARHIF 2004

L'activité globale des 15 services fonctionnant entre 1996 et 2003 présente une stabilisation du nombre de passages en 2001 après une période de croissance entre 1995 et 2000³¹. Cette tendance se confirme en 2002³² et 2003 : la croissance annuelle n'était plus que respectivement, de 1,8% et 0,5%. L'accroissement sur la période récente persiste ces quatre dernières années mais sa pente s'est nettement infléchi.

30 ARH IF Comité de suivi du SROS "La prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins" - SROS III 1er juillet 2004

31 ARHIF Bilan de l'activité des services d'Urgence en Ile-de-France - Suivi du SROS Urgence - janvier 2003 - 09/05/2003

32 ARHIF Bilan de l'activité des services d'Urgence en Ile-de-France - Suivi du SROS Urgence - octobre 2003 -

Tableau 10. Evolution du nombre de passages aux urgences à Paris

Se ct	Type	Etablissements	Statut	1996	2000	2001	2002	2003	% 96 - 03	% 00 - 03
4	POSU	Hôpital Robert Debré – Paris	AP-HP	61 708	62 089	60 239	59 447	59 544	-3,5%	-4,1%
2	POSU	Hôpital Necker – Paris	AP-HP	40 450	45 941	44 978	44 338	42 609	5,3%	-7,3%
1	POSU	Hôpital Trousseau – Paris	AP-HP	38 448	46 027	46 167	43 740	42 343	10,1%	-8,0%
4	SAU	Hôpital Lariboisière – Paris	AP-HP	46 936	63 106	70 010	65 913	67 293	43,4%	6,6%
2	SAU	Groupe hospitalier Cochin St-Vincent de Paul – Paris	AP-HP	48 735	61 880	68 229	62 792	63 688	30,7%	2,9%
4	SAU	Hôpital Bichat – Paris	AP-HP	44 118	47 898	48 477	48 217	50 560	14,6%	5,6%
2	SAU	Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière – Paris	AP-HP	40 329	43 695	46 152	45 848	44 771	11,0%	2,5%
1	SAU	Hôpital Saint Antoine – Paris	AP-HP	31 125	47 162	47 018	45 231	44 320	42,4%	-6,0%
2	SAU	Hôpital Européen Georges Pompidou – Paris	AP-HP	39 966	26 686	18 831	42 300	40 173	0,5%	50,5%
1	SAU	Hôpital Tenon – Paris	AP-HP	33 341	42 732	42 998	41 506	44 974	34,9%	5,2%
2	SAU	Hôpital Saint-Joseph – Paris	PSPH	23 430	31 262	30 274	31 675	31 805	35,7%	1,7%
2	UP	Hôtel Dieu – Paris	AP-HP	32 842	37 044	32 231	36 697	40 069	22,0%	8,2%
4	UP	Hôpital Saint-Louis – Paris	AP-HP	30 715	27 959	27 194	27 575	27 298	-11,1%	-2,4%
2	UP	Hôpital Léopold Bellan – Paris	PSPH	10 119	11 011	12 299	11 715	10 793	6,7%	-2,0%
1	UP	Hôpital de la Croix Saint-Simon – Paris	PSPH	9 798	11 377	12 126	11 402	11 262	14,9%	-1,0%

Source : ARHIF. 2004. Retraitement mission

Tableau 11. Evolution de la progression des passages aux urgences de 1997-2003 à Paris

Type	Etablissement	Statut	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
POSU	Hôpital Robert Debré – Paris	AP-HP	6%	6%	2%	-1%	-2%	-1%	-4%
POSU	Hôpital Necker – Paris	AP-HP	3%	9%	6%	0%	0%	-5%	-3%
POSU	Hôpital Trousseau – Paris	AP-HP	13%	7%	2%	9%	11%	-6%	2%
SAU	Hôpital Lariboisière – Paris	AP-HP	-1%	5%	8%	14%	10%	-8%	1%
SAU	Groupe hospitalier Cochin St-Vincent de Paul – Paris	AP-HP	14%	5%	5%	-14%	1%	-1%	5%
SAU	Hôpital Bichat – Paris	AP-HP	9%	-13%	9%	5%	6%	-1%	-2%
SAU	Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière – Paris	AP-HP	9%	9%	10%	15%	0%	-4%	-2%
SAU	Hôpital Saint Antoine – Paris	AP-HP	4%	7%	-14%	-30%	-29%	125%	-5%
SAU	Hôpital Européen Georges Pompidou – Paris	AP-HP	5%	6%	9%	6%	1%	-3%	8%
SAU	Hôpital Tenon – Paris	AP-HP	17%	4%	6%	3%	-3%	5%	0%
SAU	Hôpital Saint-Joseph – Paris	PSPH	-1%	8%	10%	-4%	-13%	14%	9%
UP	Hôtel Dieu – Paris	AP-HP	-10%	-3%	-3%	7%	-3%	1%	-1%
UP	Hôpital Saint-Louis – Paris	AP-HP	-8%	0%	6%	11%	12%	-5%	-8%
UP	Hôpital Léopold Bellan – Paris	PSPH	3%	0%	5%	7%	7%	-6%	-1%
UP	Hôpital de la Croix Saint-Simon – Paris	PSPH	5%	4%	4%	1%	0%	2%	1%
	Total		5%	4%	4%	1%	0%	2%	1%

Source : ARHIF. 2004. Retraitement mission

La variation sensible de la croissance des flux d'urgence n'est pas répartie de façon homogène entre les établissements de santé. Alors même qu'ils restent les services recevant le plus grand nombre de passages, il existe notamment un renversement de tendance avec décroissance des flux chaque année sur les trois services d'urgence spécialisés en pédiatrie R DEBRE, NECKER et TROUSSEAU depuis 2000.

Tableau 12. Distribution par département des passages quotidiens dans les établissements de santé en 2001 en Ile-de-France et à Paris.

Département	Nombre de passages par jour	Amplitudes	
		Mini	Maxi
75	104	33	192
Ile-de-France	90	22	194

Source ARHIF, 2003

L'activité journalière correspond à une moyenne de 104 passages hospitaliers sur le département ce qui place ses établissements de santé dans la moyenne haute de la région. On note également les amplitudes très importantes de l'activité d'urgence (33 à 192 passages par 24 heures).

Tableau 13 Evaluation qualitative des patients selon la classification CCMU en 2001 en Ile-de-France

CCMU	Définition	Année 2001	
		Nombre de passages	%
1	Etat clinique jugé stable. Pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique au service d'urgence.	287 061	25,3
2	Etat clinique jugé stable. Décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service d'urgence.	701 398	61,9
3	Etat clinique jugé susceptible de s'aggraver au service d'urgence sans mise en jeu du pronostic vital.	119 777	10,6
4	Pronostic vital jugé engagé et prise en charge ne comportant pas de gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat.	19 919	1,8
5	Pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat.	5 696	0,5
Total		1 133 851	100

Source : ARHIF 2003

Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences, relativement bas (20% en 1996 et 14% en 2002) ainsi que les classifications actuelles des patients aux urgences (CCMU et GEMSA) soulignent qu'une part notable d'entre eux, de gravité relative, pourrait bénéficier d'une consultation dans un autre cadre (permanence des soins en ville ou consultation hospitalière). L'activité d'urgences pédiatriques hospitalière suit les mêmes évolutions que l'activité générale. Elle représente environ un tiers des flux généraux.

Tableau 14 Répartition des enfants aux urgences par à Paris en Ile-de-France 2001

Département	Nombre d'établissements	Total passages	Enfants	% des Passages	Passages d'enfants par jour	Amplitudes		Répartition des enfants par dépt.
						Mini	Maxi	
75	16	607 223	182 120	30,0	31	0,1	165	21,6 %
77	11	301 601	91 469	30,3	23	7	44	10,8 %
78	9	306 506	91 483	29,8	28	8	52	10,8 %
91	11	267 920	83 553	31,2	21	4	52	9,9 %
92	12	350 156	105 648	30,2	24	1	79	12,5 %
93	10	364 086	115 175	31,6	32	0,3	72	13,6 %
94	6	284 193	99 484	35,0	45	2	79	11,8 %
95	8	311 165	75 587	24,3	26	8	58	9,0 %
Ile-de-France	83	2 792 850	844 519	30,2	28	0,1	165	100,0 %

Source ARHIF, 2003

La part des grands établissements de santé pédiatriques POSU dans la prise en charge des enfants reçus en urgence à Paris est prépondérante : en 2001, 182 120 enfants ont été reçus dont 151 384 dans les trois POSU soit 83,1% du total.

Cette concentration des enfants sur un tout petit nombre de sites parisiens explique le phénomène de saturation en période épidémique.

Le taux de recours aux services d'urgences peut-être estimé en rapportant le nombre de passages à la population du département. Il y a eu en moyenne 249 passages pour mille habitants en 2002, avec des variations entre départements allant de 287 pour le 93 à 206 pour le 91. Le taux de recours parisien est de 289 pour mille. Ceci témoigne d'un niveau élevé. Cependant, une part non négligeable de patients de la grande et petite couronne consulte les services de Paris, notamment en pédiatrie, ce qui conduit à surestimer ce taux de recours parisien.

3.3 La permanence des soins de ville repose à Paris sur un dispositif mal appréhendé et insuffisamment coordonné

La permanence des soins repose d'abord sur des associations médicales assurant des visites à domicile. Aucun secteur de garde n'était fonctionnel avant la réforme de septembre 2003. L'arrêté de sectorisation n'en établit aujourd'hui qu'un seul, couvrant toute la capitale³³, ce qui consiste à privilégier *de facto* un *statu quo*.

Les missions de la PMI ne la conduisent pas à participer à la permanence des soins, par contre cinq centres de santé sont ouverts le samedi matin et après-midi, d'après une récente étude de la DRASS début 2004³⁴. Le centre de santé de l'aérogare des Invalides est le seul centre de santé parisien ouvert le dimanche.

3.3.1 SOS médecins Ile-de-France

L'association SOS médecins est la plus ancienne association de médecine d'urgence parisienne. Créée en 1966 à Paris, elle s'est depuis développée sur tout le territoire métropolitain et outre-mer avec un réseau de 70 associations regroupées au sein de SOS médecins France.

L'association SOS Ile-de-France dont le siège est parisien, intervient 24 h/24 sur Paris et les trois départements de la petite couronne parisienne (92, 93 et 94). 153 médecins associés et 18 médecins « temporaires »³⁵ intervenaient fin juin 2004³⁶.

La plupart des praticiens sont des médecins généralistes. Les associés exercent pour la plupart à temps complet³⁷ et les praticiens temporaires, plutôt à temps partiel. Tous les praticiens exercent en secteur 1, mais 10 à 30% pratiquent des dépassements.

Il commence à exister quelques difficultés pour recruter de nouveaux praticiens. Ceci est compensé par le fait que beaucoup d'associés font maintenant toute leur carrière à SOS, alors qu'antérieurement, ils y restaient entre 10 et 15 ans en moyenne.

Le « droit d'entrée » dans l'association est aujourd'hui autour de 120 000€. Le chiffre d'affaire annuel moyen est de 91 000 €, avec 60% de charges environ.

³³ Arrêté du 4 juin 2004 de sectorisation de la permanence des soins, du Préfet de Police, après avis du CODAMUPS du 17 novembre 2003 et du Conseil départemental de l'Ordre des Médecins.

³⁴ **Centre de Santé de Belleville** – 750012148 162, rue de Belleville - 75020 PARIS ; **Centre de Santé Médical et Dentaire ATLAS-COSEM** M. : 750826091 - D. : 750826109 15, avenue de l'Atlas - 75019 PARIS ; **Centre de Santé BEAUGRENELLE** – 750802449 16, rue Linois - 75015 PARIS ; **Centre de Santé Médical et Dentaire "EUROPE"** – 750010712 44, rue d'Amsterdam - 75009 PARIS ; **Centre de Santé Médical** – 750831182 Aérogare des Invalides 2, rue Esnault Pelterie - 75007 PARIS

20 centres de santé médicaux sont aussi ouverts le samedi matin.

³⁵ Ces praticiens viennent souvent sur des contrats d'association court de 3 mois, renforcer les effectifs de SOS pendant les périodes de congés et/ou d'activité élevée. Il s'agit souvent d'un mode d'exercice qui permet au praticien de peser son intérêt pour intégrer ou pas l'association.

³⁶ Ces données sont différentes de celles relevées par la CPAM, compte tenu notamment de la rotation des praticiens « temporaires » qui relève que 174 praticiens différents ont facturé des visites en 2003 au titre de SOS, pour les trois principaux régimes d'assurance maladie.

³⁷ Estimé par SOS à 15 périodes de garde de 12 heures par mois. Le minimum est de 8 gardes par mois et peut aller pour certains à 30 gardes.

SOS médecin dispose d'un numéro d'appel et d'un standard propre qui repose sur 36 salariés (en ETP). Deux à trois standardistes assurent la réception des appels en période normale et jusqu'à quinze en période hivernale. Un médecin associé assure la régulation médicale des appels derrière les standardistes.

SOS Ile-de-France mobilise à un moment donné dans la journée entre 23 et 25 médecins sur la petite couronne répartis sur 4 secteurs et 16 sur Paris répartis sur six secteurs. Ce nombre peut doubler en période hivernale. Il est également ajusté selon l'heure.

SOS Ile-de-France est la principale association d'urgentistes intervenant sur la capitale tant en nombre de praticiens et qu'en volume d'activité. Elle reçoit autour de 750 000 appels par an et réalise sur les quatre départements autour de 415 000 visites par an en 2003, dont environ 263 885 000 à Paris.

Environ 70% des appels donnent lieu à une visite et 30% à un conseil. Ce dernier est donné soit par le standardiste ou leur responsable, soit par le médecin SOS de régulation. Cette dernière activité, obligatoire pour les associés, n'est pas rémunérée.

La plupart des appels sont adressés directement par le public de son domicile ou par des structures non sanitaires (hôtels, écoles, administrations...). En 2003, le SAMU 75 a sollicité SOS Ile-de-France pour 9540 appels (1,3%)^{38,39}. Cette sollicitation a cru entre 2001 et 2003 de 40%⁴⁰. Les autres SAMU ne sollicitent que très rarement SOS Ile-de-France.

L'activité de visite, croissante depuis la création de l'association, s'est inversée depuis les années 2000. On relève une baisse d'environ 9% de l'activité entre 2001 et 2003 sur l'Ile-de-France. Cette baisse est de 10% à Paris en 2002, avec une stabilisation en 2003.

Figure 1 Evolution de l'activité de SOS médecin Ile-de-France entre 2001 et 2003

		2001	2002	2003
75	PARIS	291 262	260 693	263 885
92	LES HAUTS DE SEINE	67 483	67 782	65 199
93	LA SEINE ST DENIS	40189	38995	37129
94	LE VAL DE MARNE	55348	51969	49732
	TOTAL	454 282	419 439	415 945

Source : SOS médecins Ile-de-France

Les deux tiers de l'activité de SOS Ile-de-France se sont concentrés à Paris en 2003.

³⁸ Ces données ne concordent pas complètement avec les données de SOS qui a enregistré pour sa part 7854 visites réalisées sur appel du SAMU en 2003

³⁹ SOS Ile-de-France souligne que ce chiffre est sous estimé, car le SAMU conseillerait parfois aux appelants de rappeler directement SOS. Cette « bascule » n'est donc pas comptabilisée officiellement. Dans une évaluation portant sur une journée de WE à Paris, SOS l'a estimée à 6% du total des appels reçus.

⁴⁰ Nombre de visites sur Paris sur appel du SAMU de 4732 en 2001, 6153 en 2002 et 7854 en 2003. Source SOS Ile-de-France.

Une vingtaine de motifs de recours rassemble plus de 80% des visites⁴¹.

Tableau 15. Principaux motifs de recours à SOS médecins en 2003, dans les départements de la petite couronne.

	% 2003	% cumulé 2003
Fièvre	25,0%	25,0%
Vomissement – Intoxication Alimentaire	9,5%	34,5%
Dl. Abdominale - Dl. Estomac	8,3%	42,8%
Toux	5,7%	48,5%
Dl. Gorge	5,6%	54,1%
Otite - Otalgie – Dl. Oreille	3,9%	58,0%
Sciatique - Dl. Dos	3,3%	61,3%
Céphalées	2,7%	63,9%
Rhino-pharyngite	2,6%	66,6%
Diarrhée	2,3%	68,9%
Vertiges	2,2%	71,1%
Eruptions – Boutons	1,7%	72,8%
Angine	1,6%	74,4%
Cystite – Infection urinaire – Pyélonéphrite	1,4%	75,8%
Nausée	1,1%	76,9%
Bronchite	0,9%	77,8%
Migraine	0,8%	78,7%
Chute – Traumatologie	0,8%	79,5%
Angine de poitrine – Douleur Thoracique	0,8%	80,3%

Source : SOS médecins Ile-de-France 2004, retraitement mission

Un tiers des consultants a moins de 16 ans.

Tableau 16. Proportion de la population CMU sur l'ensemble des visites réalisées en 2003 par SOS Ile-de-France.

		2003	%
75	PARIS	13293	5,0%
92	LES HAUTS DE SEINE	1544	2,40%
93	LA SEINE ST DENIS	3216	8,70%
94	LE VAL DE MARNE	2043	4,10%
	TOTAL	20096	4,10%

Source : SOS Médecins Ile-de-France 2004

⁴¹ SOS utilise la classification internationale des soins primaires (CISP) remaniée pour décrire son activité.

3.3.2 Urgences médicales de Paris UMP

Urgences médicales de Paris est une association d'une taille importante. Créée en 1982, cette société civile de moyens (SCM) regroupe 35 médecins associés et 5 ou 6 jeunes médecins, dont l'activité est dédiée à la visite en urgence, sur le même modèle que SOS.

Elle fonctionne 24h/24 et 7j/7.

Elle reçoit en moyenne 130 000 appels par an, aboutissant à 85 000 visites (soit 65% des appels) essentiellement sur Paris. Après une hausse continue de l'activité (10 % par an en moyenne), l'association a vu son activité baisser en 2002 de 7 % dans le cadre de l'accord sur le bon usage de la visite. Depuis, l'activité semble se stabiliser autour de 82 000 visites annuelles.

Le standard téléphonique, outre des standardistes médicaux spécialisés, comprend en permanence un médecin régulateur. La fonction de conseil téléphonique seule représente environ 6 500 appels/an soit 8% des appels.

Une part importante de la clientèle de l'UMP viendrait de médecins installés qui renvoient leur répondeur vers eux pendant les périodes de fermeture des cabinets, les soirs, week-ends surtout. L'UMP est également médecin correspondant de l'AP-HP pour l'HAD, membre du réseau quiétude (soins palliatifs gérés par Gustave Roussy)...

En moyenne, pendant les soirées, 10 à 11 médecins font des visites intervenant sur 7 secteurs de garde ; pendant la nuit, 4 ou 5 médecins travaillent en même temps. Il peut y avoir des pics d'activité importants, par exemple un dimanche d'hiver, jusqu'à 20 médecins peuvent travailler en même temps.

Tableau 17. Nombre d'effecteurs de garde UMP à Paris selon l'heure en période « normale ».

6 h – 7 h	7 h – 13 h	13 h – 16 h	16 h – 19 h	19 h – 24 h	0 h – 6 h
1 à 3	8 à 16	7	10	8 à 12	3 à 5

Source : UMP

95 % des visites sont réalisées sur appel direct du patient. Les visites effectuées sur appel du SAMU ne représentent que 2%.

Plus d'un tiers de l'activité est réalisé les samedis et dimanches (34,5%). Les deux tiers de l'activité se concentrent sur 8 arrondissements⁴² L'activité hors Paris est marginale (0,6%).

Les patients sont hospitalisés dans 3,2% des cas après une visite UMP et restent à leur domicile dans la plupart des cas (96,3%).

Les enfants de moins de 16 ans représentent plus d'un tiers des consultants (36,6%).

⁴² Par ordre décroissant les 15, 16, 17, 19, 20, 18, 13 et 11^{èmes} arrondissements

La proportion des patients en CMU n'est pas connue.

3.3.3 Garde médicale de Paris GMP

La **Garde médicale de Paris (GMP)** est la troisième association à intervenir sur Paris. Créée en 1975, elle ne regroupe que des médecins généralistes installés, contrairement aux deux autres structures.

La réception des appels est assurée via une centrale d'appel non médicalisée (A3COM), sur le même modèle que nombre de secrétariats centralisés utilisés aujourd'hui par les cabinets médicaux.

L'association est financée par le reversement de 15 % des honoraires de chaque médecin, ces sommes servant principalement à payer le standard téléphonique de l'association. Il n'y a pas de régulation médicale des appels. L'association avait présenté une demande au FAQSV pour médicaliser le standard mais celle-ci a été refusée.

Paris est divisé en 9 secteurs avec un médecin par secteur. Le tableau de garde est établi 24h/24 mais les visites ne sont réalisées qu'entre 8h heures et 24 heures. Les appels sont basculés vers les autres associations la nuit, notamment l'UMP. Entre 70 et 80 médecins généralistes participaient au tour de garde dans le cadre de cette association. Il existe un problème de recrutement ces dernières années pour compléter le tableau de garde et environ 50 médecins étaient mobilisés en 2003.

L'activité de la GMP est de ce fait également sur une tendance de baisse structurelle.

Tableau 18 . Evolution du nombre de visites annuelle à domicile par la GMP entre 2001 et 2003

	2001	2002	2003
Nombre de visites	22 996	18173	15 679
Evolution annuelle		-21,0%	-13,7%

Source : GMP 2004

Le système d'information est beaucoup moins structuré que dans les deux premières associations et la GMP ne dispose pas de données statistiques sur les caractéristiques de sa clientèle. Ainsi, le nombre de prises en charge au titre de la CMU ou de l'AME n'est pas connu.

De même, en l'absence de l'identification aisée des praticiens de garde au titre de la GMP à un moment donné, l'activité de cette association est plus difficilement repérable par la caisse d'assurance maladie.

La GMP porte depuis l'hiver 2003, un projet complémentaire d'ouverture des cabinets généralistes parisiens le WE, les jours fériés et en soirée (19 – 24 heures)⁴³. Ces consultations postées sont assurées par un médecin volontaire dans chacun des neuf secteurs de garde déjà définis pour les visites à domicile. Elles ne sont accessibles qu'après régulation par le centre 15. Débuté sans financement spécifique les WE et jours fériés, l'activité entre décembre 2003 et mai 2004 a concerné entre 4 et 7 secteurs, pour un total de 1792 consultations en cabinet effectuées après régulation.

Le projet vient d'obtenir un financement FAQSV. Il a pour objectif de se déployer complètement en mobilisant entre 200 et 300 médecins volontaires⁴⁴, pour une garde de WE tous les deux à trois mois et en soirée de 18 à 24 heures, avec 15 cabinets ouverts le samedi AM et 10 le dimanche, assurant après régulation du 15, une moyenne de 1000 consultations non programmées par mois. Ce projet pose la nécessité d'organiser une régulation libérale forte auprès du 15, probablement avec un numéro spécifique⁴⁵ et l'intérêt d'une sectorisation sur Paris d'une dizaine de secteurs⁴⁶.

3.3.4 SOS pédiatrie

Créé en 1988 par deux pédiatres, SOS pédiatrie visait à suppléer le travail à domicile des pédiatres de ville pendant les heures de permanence des soins et ce jusqu'à minuit.

Elle repose aujourd'hui sur quatre pédiatres installés⁴⁷ et quelques pédiatres collaborateurs occasionnels. Deux praticiens exercent en secteur 1 et deux en secteur 2. Le droit d'entrée est de l'ordre de 7 500 €. L'association est également confrontée à un problème de recrutement.

Le numéro d'appel du public aboutit à la même centrale d'appel que celle de la GMP (A3COM).

Très petite, l'association assure la présence d'un seul pédiatre à un moment donné, parfois deux en période épidémique. Elle ne dispose pas de statistiques ni de rapport d'activité. Elle assurerait entre 30 et 40 visites le WE (8 - 24 heures) et 2 à 6 visites en soirée (20 – 24 heures). L'estimation annuelle d'activité est donc comprise entre 2500 et 4000 visites.

L'association interviendrait plutôt sur le Nord – Est de Paris (secteur R DEBRE – TROUSSEAU), un peu sur le 15^{ème}.

Au total, la permanence des soins organisée repose à Paris sur quatre associations. En dehors de celles-ci il n'y a pas d'associations de garde à Paris comme cela existe en province ou dans les départements de la grande couronne.

⁴³ GMP Ouverture des cabinets généralistes parisiens le WE, les jours fériés et en soirée. Projet FAQSV présenté au bureau d'avril 2004. Version 14/01/2004 25 pages

⁴⁴ Soit entre 10 et 15 % des 1950 médecins généralistes potentiellement mobilisables.

⁴⁵ Il existe en effet un risque important de saturer davantage encore le numéro 15 déjà encombré sur Paris.

⁴⁶ GMP Pour un centre de régulation libérale de la permanence des soins non programmés à Paris. Contribution au cahier des charges. Dossier de propositions élaboré en mai 2004 par la GMP dans le cadre des travaux du CODAMUPS. 25 pages.

⁴⁷ Trois des pédiatres ont leur cabinet hors de Paris (2 en 78 et 1 en 92) et y viennent spécifiquement prendre leur garde.

De ce fait, la permanence des soins « organisée » a toujours fonctionné sur la base du volontariat à partir de ces quatre associations. Il n'y a donc jamais eu besoin de procéder à des exemptions particulières pour la garde. Jusqu'à l'hiver 2003, date du début des travaux du CODAMUPS, le système de permanence des soins sur Paris, s'auto-organisait en quelque sorte tout seul, sans intervention ni de la DASS de Paris, ni du CDOM⁴⁸.

3.4 La réponse à une demande non programmée représente plus de la moitié de l'activité quotidienne des généralistes libéraux installés en ville.

Une enquête récente sur les consultations et visites des médecins généralistes (sans mode d'exercice particulier) en France métropolitaine, portant notamment sur leur activité sans rendez-vous, estime que cette activité représente environ 58% des actes (56% des consultations au cabinet et 69% des visites, essentiellement au domicile du patient mais pas seulement). Les praticiens ont estimé que 14% de ces consultations et visites sans rendez-vous présentaient un caractère d'urgence (24% pour les visites sans rendez-vous et environ 11% des consultations au cabinet sans rendez-vous)⁴⁹.

Sur ces bases, l'activité de consultation sans rendez-vous par les généralistes libéraux représenterait un ordre de grandeur de 3 354 000 actes en 2001 à Paris (soit 2 810 000 C et 544 000 V). La part de l'activité considérée comme urgente serait de 440 000 actes (310 000 C et 130 000 V).

Par ailleurs, les premiers résultats d'une enquête lancée en octobre 2003, par la CNAMTS sur l'activité de permanence des soins observée pendant 3 jours d'un échantillon de 4 880 omnipraticiens français montrent que les praticiens d'astreinte répondent à une part plutôt faible des demandes de soins de nuit (20 à 30% des actes de nuit) ou de dimanche (40% des actes)⁵⁰.

Concernant l'activité en ville, la mission rejoint ce constat : beaucoup des praticiens qui interviennent dans les heures de permanence des soins ne sont pas des praticiens connus pour être de garde. Ainsi à Paris, pendant la nuit du vendredi 20 au samedi 21 juin, 128 omnipraticiens soit plus de 4,8 % des praticiens ont réalisé un ou plusieurs actes (moyenne 3,3), alors qu'il y avait environ 50 praticiens urgentistes généralistes mobilisés : SOS (30), UMP (12), GMP(9), soit 2,7 % des praticiens parisiens. Les urgentistes représentent donc 40% des praticiens ayant effectué un ou plusieurs actes de garde.

⁴⁸ La DASS de Paris n'a pas fait fonctionner de CODAMU avant la transformation de celui-ci fin 2003 en CODAMUPS.

⁴⁹ G LABARTHE Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. DREES Etudes et résultats n°315 juin 2004.11 pages

⁵⁰ R DHORDAIN Gardes, les vrais chiffres. Fait du jour du 30 juin 2004 site : 33docpro.com

Tableau 19. Répartition des praticiens ayant effectué des actes pendant les heures de permanence des soins le vendredi 20 juin 2003 en Ile-de-France

Département	Nb. actes PERMANENCE DES SOINS	nb prat. en PDS	Nb omnipraticiens	% prat. en PDS / omnipraticiens
75 – Paris	421	128	2655	4,8%
77- Seine-et-Marne	85	40	1021	3,9%
78 – Yvelines	148	51	1205	4,2%
91- Essonne	112	50	991	5,0%
92 – Hauts-de-Seine	101	45	1224	3,7%
93 – Seine-Saint-Denis	179	44	1073	4,1%
94 – Val-de-Marne	66	32	1056	3,0%
95 –Val-d'Oise	107	44	923	4,8%
Région Ile-de-France	1219	434	10148	4,3%

Source : URCAM Ile-de-France⁵¹

Un dimanche, cette proportion de praticiens mobilisés peut atteindre près de 15% des omnipraticiens, comme cela a pu être établi par l'URCAM à Paris pour les dimanches 22 juin et 7 décembre 2003.

Sur requête de la mission, l'URCAM a essayé de mesurer la part du volume des actes prise en charge par les médecins urgentistes, c'est à dire appartenant à une organisation identifiée comme telle⁵².

Tableau 20 Répartition des actes réalisés pendant les heures de permanence des soins le vendredi 20 juin 2003 sur Paris et la petite couronne

Département	Vendredi 20 juin 2003				
	Nb MG en PERMANENCE DES SOINS	Nb MG URG	nb actes PERMANENCE DES SOINS	actes MG URG	% actes MG URG
75 – Paris	128	86	421	360	85,5%
92 – Hauts-de-Seine	45	16	101	51	50,5%
93 – Seine-Saint-Denis	44	7	179	53	29,6%
94 - Val-de-Marne	32	*	66	*	*

Source : URCAM Ile-de-France

En volume d'acte, la proportion des actes réalisés par les urgentistes représente plus de quatre actes sur cinq réalisés en période de permanence des soins cette nuit du vendredi 20 juin.

Ces données doivent être considérées comme une première approche. En effet, les actes ne sont pas domiciliés alors que les praticiens le sont. Ce double mouvement conduit à ignorer les actes des praticiens de SOS Ile-de-France intervenant sur la petite couronne tout en les rattachant sur Paris. Ceci revient à minorer la part de l'activité imputable aux médecins urgentistes sur la petite couronne et à la majorer sur Paris.

⁵¹ URCAM Permanence des soins en Ile-de-France juin 2004. Annexe 6 p 93

⁵² Les données présentées concernent l'activité des médecins d'un département et non l'aire d'activité de ceux-ci. Il ne s'agit pas de consommation de soins. Autrement dit, le total des actes réalisés par les omnipraticiens (et non les seuls généralistes) parisiens, par exemple, peut concerner une population plus étendue que les seuls affiliés parisiens.

3.5 Au total, il existe deux dispositifs de prise en charge des soins non programmés qui assurent également la couverture de la permanence des soins à Paris.

L'un est organisé et visible repose sur les associations « ayant pignon sur rue ».

L'autre repose sur des praticiens intervenant hors de toute organisation formalisée et probablement comme le souligne l'URCAM d'abord pour le suivi de leur patientèle⁵³. Comme le rappelle le sénateur DESCOURS⁵⁴, « *La permanence des soins n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique imposée par l'article 47 du code de déontologie médicale, au praticien envers sa patientèle* » Cependant, les frontières entre continuité et permanence ne sont pas étanches.

L'absence de visibilité apparente de ce dispositif ne doit pas le faire sous estimer. L'importance du nombre de praticiens mobilisés et le volume d'actes réalisés peuvent, si ce système se réduit davantage entraîner des effets sérieux sur les autres effecteurs de l'urgence tant libéraux qu'hospitaliers.

3.6 La place particulière de la BSPP en Ile-de-France et à Paris⁵⁵

L'article 4 du décret n° 2000-1662 du 28 novembre 2000 définit les missions de la BSPP : « Dans le cadre de ses missions, elle intervient dans [...] l'assistance et les secours d'urgence aux personnes en détresse ou victimes d'accidents, de sinistres ou de catastrophes, ainsi que leur évacuation ».

Ce même article 4 définit également sa zone d'intervention : les départements de Paris et de la petite couronne (Hauts de Seine, Seine St Denis, Val de Marne). Ces 4 départements sont divisés en 3 secteurs regroupant chacun plusieurs arrondissements de Paris et 1 département périphérique. Chaque secteur est protégé par un groupement d'incendie.

La BSPP assure un maillage efficace de son territoire d'élection. En 2002, 6 965 sapeurs-pompiers (112 pour 100 000 habitants) répartis en 77 casernes ont assuré 280 394 secours à victimes au bénéfice de la population domiciliée dans les 4 départements, mais aussi de celle y travaillant ou y résidant temporairement pour des raisons professionnelles ou touristiques. 66% des interventions des sapeurs-pompiers de Paris, dont la mission originelle était la lutte contre l'incendie, ont donc une raison médicale.

⁵³ « On peut penser que, lorsque le nombre d'actes réalisés par un médecin est très faible (notamment le dimanche s'il est inférieur à trois), ce médecin a très certainement effectué une "permanence des soins" pour sa seule patientèle nécessitant une intervention rapide, en dehors de tout cadre organisé » in permanence des soins en Ile-de-France 2004 *op. cit.*

⁵⁴ C DESCOURS Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Janvier 2003.

⁵⁵ Ce paragraphe est reproduit à partir de l'étude URCAM Permanence des soins *op. cit.*

Par ailleurs, les sapeurs-pompiers sont soutenus par le service de santé et de secours médical (SSSM). Sous l'autorité du médecin-chef de la brigade, interviennent 52 médecins tous formés à l'urgence (25 militaires et 27 civils contractuels), 1 pharmacien, 2 vétérinaires, 1 ingénieur bio-médical et 57 infirmiers. Outre la régulation médicale des appels, ils complètent l'équipage de 7 ambulances de réanimation médicalisées, disponibles 24 H/24. En 2002, ces ambulances ont effectué 8 601 sorties ».

3.7 La régulation des acteurs de l'urgence et de la permanence des soins : un dispositif peu coordonné.

Il n'y a pas d'interconnexion entre les quatre régulations libérales et la régulation du SAMU comme cela peut exister dans 6 des 8 départements d'Ile-de-France. Il existe par contre une ligne de téléphone prioritaire à 4 chiffres reliant les urgentistes au SAMU.

La Brigade des sapeurs pompiers de Paris (BSPP) assure de même sa propre régulation médicale sur les affaires médicales transitant par le 18. En cas d'affaire médicale, aux côtés des permanenciers du CCOT, 2 médecins-pompiers militaires, à la réception du bilan secouriste adressé par l'équipe de premier secours, décident de la médicalisation ou non d'un transport⁵⁶. Comme le note l'URCAM : « *Il semble exister une fracture (culturelle, technique ?) entre la BSPP et le SAMU* »⁵⁷.

Le centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) du SAMU de Paris a reçu 729 604 appels en 2001. Près de 125 414 dossiers ou affaires ont été ouverts (17% des appels). L'origine des appels est quatre fois sur cinq un particulier. 45% des affaires aboutissent à un conseil médical.

L'activité du CRRRA est fluctuante et très liée à la fermeture des cabinets libéraux d'après ses responsables : en soirée et jusqu'à 22 heures en semaine, dès le début d'après-midi le samedi. L'activité de WE représente 40% de l'activité totale.

3.8 Synthèse sur l'activité d'urgence et de permanence des soins à Paris

L'activité et l'ensemble des effecteurs contribuant à la permanence des soins sont mal appréhendés aujourd'hui à Paris. Il existe notamment trois principaux problèmes de définition des champs couverts qui contribuent à brouiller fortement l'analyse départementale :

1. Le périmètre géographique des données ne correspond pas toujours au territoire départemental selon que les effecteurs interviennent au-delà (SOS, BSPP, secteurs sanitaires) ou en deçà (bassins d'urgence hospitalier). Les données sont encore aujourd'hui présentées en les rapportant à l'effecteur (activité constatée) et non à un territoire (activité domiciliée).
2. Le périmètre temporel de la permanence des soins est le mieux défini. Il peut exister des effets de frontières mais ils sont plutôt faibles par rapport au premier biais. Les données relevées par les effecteurs s'inscrivent pour partie sur ces deux temps et ne sont donc pas toujours comparables.

⁵⁶ 8 601 transports médicalisés ont été assurés en 2002 par la BSPP.

⁵⁷ URCAM Permanence des soins en Ile-de-France *op.cit.*

3. Les concepts utilisés sont perméables entre continuité des soins principalement assurée pour la clientèle propre du médecin installé et permanence des soins d'une part, permanence des soins et urgences d'autre part.

La mission a tenté de chiffrer les principaux flux. Dans un premier temps la notion de consultation sans rendez-vous, a été privilégiée. En son sein, s'inscrivent des actes qui relèvent d'une urgence ressentie par le patient et qui diffèrent classiquement de ceux identifiés par le médecin. Nous ne disposons en France que d'une estimation de ce second indicateur.

Le tableau 21 suivant résume l'ensemble des informations recueillies sur Paris. Il s'agit d'une estimation qui utilise l'ensemble des données disponibles et n'évite pas complètement les effets de champs décrit plus haut, voire même compare des données d'années différentes (2001 à 2003). **Il convient donc de les regarder comme des ordres de grandeur vraisemblables** et en aucun cas comme la réalité mesurée précisément.

Le tableau propose tout d'abord de rassembler les données des effecteurs classiques de l'urgence : urgentistes de ville et hospitalier (Synthèse 1), puis s'intéresse à l'activité non programmée des médecins de ville⁵⁸ (Synthèse 2) et à la part de cette activité qui relève de l'urgence d'après les médecins généralistes (Synthèse 3).

1. Si l'on ne s'intéresse qu'à l'activité des urgentistes hospitaliers ou libéraux : 1 017 000 actes annuels sont produits à Paris. Ils sont répartis pour 36% sur les associations libérales (SOS médecins Ile-de-France principalement) et 64% pour les établissements de santé.

A partir d'une estimation basée sur l'étude DREES, la répartition de la réponse aux soins non programmés pourrait être la suivante à Paris :

2. Si l'on s'intéresse à l'activité des urgentistes hospitaliers ou libéraux et à l'activité qualifiée d'urgence des généralistes (omnipraticiens non MEP) : 1 456 000 actes annuels sont produits. Ils sont répartis pour 25% sur les associations libérales et 44 % pour les établissements de santé et 30% pour les médecins généralistes.
3. Si l'on s'intéresse cette fois à l'activité des urgentistes hospitaliers ou libéraux et à l'activité non programmée des généralistes (omnipraticiens non MEP) : 4 372 000 actes annuels répartis pour 8,5% sur les associations libérales et 14,5% pour les établissements de santé et 76% pour les médecins généralistes.

⁵⁸ Les données des centres de santé n'existent pas sur ce sujet. La mission a montré que 10% des actes de ville relèvent des centres de santé à Paris. Elle estime que 10% des ces actes relèvent du non programmé soit 1% de l'activité de consultation réalisée en médecine ambulatoire à Paris.

Tableau 21. Synthèse de l'activité de soins non programmés, réalisés en dehors ou pendant les heures de la permanence des soins par les différents effecteurs généralistes parisiens tant publics que privés, à l'exception des centres de santé.

			Parts de l'activité		
Effecteurs		Nombre d'actes ou de passages	Synthèse 1	Synthèse 2	Synthèse 3
Généralistes non MEP, des cabinets libéraux *					
C + Visites non programmés		3 354 689			76,7%
C + Visites non programmés, jugés Urgents		439 725		30,2%	
Centres de santé		pour mémoire			
Urgentistes **			36,3%	25,3%	8,4%
	SOS	263 885	26,0%	18,1%	6,0%
	UMP	82 000	8,1%	5,6%	1,9%
	GMP	20 000	2,0%	1,4%	0,5%
	Sos pédiatrie	3 000	0,3%	0,2%	0,1%
Etablissements de santé **			63,2%	44,1%	14,7%
	15 services fixes	623 505	61,3%	42,8%	14,3%
	SMUR*	19 338	1,9%	1,3%	0,4%
Sapeurs pompiers BSPP***					
	Transports médicalisés	5 160	0,5%	0,4%	0,1%
Total					
Synthèse 1	Dispositifs d'urgence seuls	1 016 889	100,0%	69,8%	23,3%
Synthèse 2	Total avec activité non programmée estimée et jugée urgente	1 456 614		100%	33,3%
Synthèse 3	Total avec activité estimée non programmée	4 371 577			100%

* données estimées sur activité 2001 à partir de l'enquête DREES.

** données 2003.

*** données estimées pour Paris : 60% des transports réalisés par une antenne médicalisée sur Paris et petite couronne.

Annexe II

**L'offre et l'activité sanitaire en matière d'urgences, de
permanence des soins et de soins non programmés
en Seine Saint-Denis en 2004**

1	CADRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE DE LA SEINE SAINT-DENIS	3
2	L'OFFRE SANITAIRE GÉNÉRALE.....	4
2.1	L'OFFRE HOSPITALIÈRE.....	4
2.2	LES PROFESSIONNELS ET LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU SECTEUR AMBULATOIRE	5
2.2.1	<i>La tendance générale est à la croissance du nombre de médecins entre 1995 et 2001 au profit de l'exercice salarié</i>	<i>5</i>
2.2.2	<i>La densité des omnipraticiens libéraux est nettement plus faible en Seine Saint-Denis qu'en Ile-de-France et en France métropolitaine.</i>	<i>6</i>
2.2.3	<i>La densité des spécialistes libéraux, toutes spécialités confondue, est également faible par rapport aux densités franciliennes et françaises.....</i>	<i>7</i>
2.2.4	<i>Les médecins libéraux de Seine Saint-Denis ont opté pour le secteur à honoraires conventionné ; leur activité et leurs honoraires sont les plus élevés d'Ile-de-France.....</i>	<i>7</i>
2.2.5	<i>Il existe un réseau de prévention très dense en matière de PMI.....</i>	<i>9</i>
2.2.6	<i>Le réseau des centres de santé est particulièrement étoffé également dans ce département.....</i>	<i>9</i>
3	L'OFFRE ET L'ACTIVITÉ SANITAIRE EN MATIÈRE D'URGENCES, DE PERMANENCE DES SOINS ET DE SOINS NON PROGRAMMÉS	11
3.1	L'ACTIVITÉ DES SERVICES D'URGENCES HOSPITALIERS CONTINUE À CROÎTRE EN ÎLE-DE-FRANCE MAIS IL EXISTE UN INFLÉCHISSEMENT NET DU TAUX D'ACCROISSEMENT DEPUIS 2000.....	11
3.2	CE PHÉNOMÈNE N'EST PAS OBSERVÉ DANS LE 93 OÙ L'ACTIVITÉ D'URGENCE HOSPITALIÈRE RESTE FORTEMENT CROISSANTE	11
3.3	LA PERMANENCE DES SOINS DE VILLE REPOSE SUR UN DISPOSITIF MAL APPRÉHENDÉ ET COORDONNÉ.....	15
3.4	AU TOTAL, IL EXISTE AU MOINS TROIS DISPOSITIFS DE PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMÉS QUI ASSURENT ÉGALEMENT LA COUVERTURE DE LA PERMANENCE DES SOINS EN SEINE SAINT-DENIS.	19
3.5	LA RÉGULATION DES ACTEURS DE L'URGENCE ET DE LA PERMANENCE DES SOINS : UN DISPOSITIF ORIGINAL ET BIEN INTÉGRÉ DANS LE 93 À L'EXCEPTION NOTABLE DE L'ACTIVITÉ DE SOS MÉDECINS.....	19
3.6	SYNTHÈSE SUR L'ACTIVITÉ D'URGENCE ET DE PERMANENCE DES SOINS EN SEINE SAINT-DENIS.....	20

1 Cadre socio-démographique de la Seine Saint-Denis

Le département est découpé en trois arrondissements, 40 cantons et 40 communes. Il comptait 1 383 319 habitants au recensement général de la population et de l'habitat en 1999. Il enregistre 24 000 naissances domiciliées dans le 93 en moyenne annuelle.

Le département est caractérisé par des indicateurs de population urbaine, dense, jeune, à fort renouvellement, avec une proportion élevée d'habitants d'origine étrangère et des indicateurs de précarité très supérieurs aux moyennes nationales :

- Sa petite superficie : 236 km² soit un espace de 15 km sur 15 qui place le département au 93^{ème} rang des départements de la France métropolitaine.
- Sa forte densité de population : 5854,6 habitants/km².
- Une forte dynamique urbaine : 23 communes ont une population comprise entre 20 000 et 50 000 habitants. Six communes dépassent les 50 000 habitants.
- Un solde naturel très élevé, le plus élevé de France, qui compense un important déficit migratoire. La population s'est fortement renouvelée entre 1990 et 1999 avec 32% de départs et 23% d'arrivées.
- 26,4% de la population est issue de l'immigration¹ contre 6,3% en France. Dans certaines communes, ce nombre peut atteindre la moitié de la population.
- Sa population jeune : l'indice de vieillissement² était en 2000 de 36,7 contre 69,2 en France métropolitaine. Le département comptait 305 374 enfants de moins de 15 ans soit 22% de la population ;
- Sa population active qui ne représente 50,2% de la population du département, soit 5 points de moins que le taux national. La plupart des cadres et de nombreux salariés n'y habitent pas.
- Un taux d'allocataires du RMI est de 49,61/ 1000 habitants de 20 à 59 ans en 2001, contre 30,5 en France métropolitaine.
- Un taux de bénéficiaire de la CMU complémentaire proche de 11% en 2002 contre 6% en moyenne française. Dans une étude exploitant les certificats de santé expérimentaux menée en 2002, 5% des femmes ayant accouché dans le département ne bénéficiait pas d'une couverture sociale.
- Le parc de logements sociaux est très important (36% des logements sont des HLM contre 23% en Ile-de-France) avec une concentration dans les localités du Nord-ouest et centre (45% du parc locatif HLM). Ces logements sont souvent anciens (62% construits entre 1948 et 1974).
- Un parc privé locatif individuel et collectif qui est faible, souvent dégradé dans les centres-villes avec des copropriétés en déshérence.
- Le saturnisme infantile est important. 9000 enfants y seraient exposés.

¹ Née dans un pays étranger.

² Rapport des populations de 65 ans et + sur les 20 ans et moins

2 L'offre sanitaire générale

2.1 L'offre hospitalière

L'offre est aujourd'hui répartie principalement sur trois secteurs sanitaires qui recouvrent en presque totalité le département : PARIS-NORD, PARIS-EST et AULNAY-BONDY-MONTFERMEIL.

Le taux d'équipement hospitalier de court séjour y est plus faible qu'en Ile-de-France et France métropolitaine en médecine et en chirurgie :

- En médecine (1,66 lits/mille habitants, contre respectivement 2,28 et 2,18),
- En chirurgie (1,65 lits/mille habitants, contre respectivement 1,93 et 1,81).

Il est par contre plus élevé en gynécologie obstétrique (0,5 lits/mille habitants, contre respectivement 0,44 et 0,42)³.

L'évolution de l'offre mesurée en lits d'hospitalisation complète est décroissante depuis 1995, avec une croissance d'une offre alternative d'hospitalisation à temps partiel et ambulatoire, comme en Ile-de-France.

L'Ile-de-France se caractérise par une mobilité des patients en matière d'hospitalisation relativement forte retracée dans le tableau ci-dessous⁴. Dans tous les départements, les enfants sont plus nombreux à être pris en charge dans les hôpitaux et cliniques de leur département que les adultes.

Tableau 1. Proportion de patients soignés dans leur département (enfants <16 ans) et les adultes (> 16 ans).

En %	adultes	Enfants
75	82,2	86,1
77	69,2	72,6
78	47,6	78,3
91	66,5	70,2
92	60,4	66,5
93	63,9	66
94	62,8	68,3
95	67,1	75,7

Source : ARH-IF

En Seine Saint-Denis, les taux d'hospitalisation dans le département sont parmi les plus bas de la région et sont pratiquement identiques pour les adultes et les enfants.

³ Données au 1^{er} janvier 2001

⁴ Source : ARHIF Note sur l'analyse des flux. 21 juin 2004.

Cette situation est sensiblement différente si on observe ce même indicateur au niveau infra départemental. La Seine Saint-Denis recoupe trois bassins hospitaliers principaux (Nord, Sud et ouest). Les populations résidant dans ces deux derniers bassins sont majoritairement hospitalisées en dehors des établissements de leur zone, au profit notamment des établissements de santé parisiens. Ceci semble notamment le cas en pédiatrie, pour les enfants du bassin sud, hospitalisés dans les établissements de santé du bassin 1 : Robert DEBRE et TROUSSEAU.

Tableau 2 Proportion de patients hospitalisés dans établissements de santé des bassins de population de Seine Saint-Denis.

Bassins	Adultes	Enfants
Seine-Saint-Denis ouest (bassin 11)	49,5	41,5 (+ 18,9 dans le 1)
Seine-Saint-Denis nord (bassin 12)	62,2	69,8
Seine-Saint-Denis sud (bassin 5)	35,3	44 (et 28,5 dans le 1)
Paris est (bassin 1)	45,6	68,8

Source : ARH-IF

2.2 Les professionnels et les établissements de santé du secteur ambulatoire

2.2.1 La tendance générale est à la croissance du nombre de médecins entre 1995 et 2001 au profit de l'exercice salarié

L'évolution du nombre de professionnels de santé est globalement croissante sur la période 1995-2001. Cette croissance s'atténue voire s'inverse pour certaines professions notamment libérales comme les dentistes (pic en 96), les masseurs kinésithérapeutes et les dentistes (pic en 2000) et les pharmaciens d'officine (pic en 2000).

Tableau 3 Professionnels de santé en exercice libéral ou salarié au 1.01

Professions	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Médecins généralistes	1801	1870	2085	1946	2123	2107	2202
Médecins spécialistes	1662	1715	1988	1903	1704	1747	1763
Ensemble des médecins	3463	3585	4073	3849	3827	3854	3965
Chirurgiens dentistes	734	805	770	743	761	764	731
Sages femmes	203	240	261	260	258	258	267
Infirmiers diplômés d'Etat et autorisés	3988	5759	5536	5681	5638	5628	6083
Infirmiers de secteur psychiatrique	1591	2042	2015	2014	2004	2004	1773
Masseurs kinésithérapeutes	994	1191	1044	972	989	990	966
Pharmaciens	1176	1335	859	926	1631	1632	1499
Dont titulaires d'officine	553	625	307	489	931	844	754

Source : DRESS /DRASS/ADELI

Ce phénomène se retrouve également chez les médecins libéraux avec un retournement dès 1997 pour les généralistes et les spécialistes. Les installations de médecins libéraux ne compensent plus les départs depuis cette date dans ce département. Les nouveaux praticiens s'inscrivant dans le département sont principalement des salariés : pour $\frac{3}{4}$ des médecins en 2002 et pour $\frac{4}{5}$ en 2003 d'après le conseil de l'ordre.

Tableau 4. Evolution du nombre de médecins libéraux en exercice au 1.01

Professions	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Médecins généralistes nb	1284	1321	1448	1314	1371	1339	1323
Médecins spécialistes nb	1030	1055	1148	1086	962	987	985
Ensemble médecins libéraux nb	2314	2376	2596	2400	2333	2326	2308

Source : DRESS /DRASS/ADELI

2.2.2 La densité des omnipraticiens libéraux est nettement plus faible en Seine Saint-Denis qu'en Ile-de-France et en France métropolitaine⁵.

Tableau 5 Nombre et densité des omnipraticiens libéraux en exercice au 1.01.2003:

Professions Libérales	Paris	Seine et Marne	Yvelines	Essonne	Hauts de Seine	Seine St Denis	Val de Marne	Val d'Oise	Ile-de-France
Médecins omnipraticiens*	3 610 169,9	1 105 <u>92,6</u>	1 343 <u>99,2</u>	1 114 <u>98,2</u>	1 535 <u>107,4</u>	1 224 <u>88,5</u>	1 244 <u>101,4</u>	1 030 <u>93,2</u>	12 205 111,4

Source : DRESS /DRASS/ADELI

* nombre et densité des médecins omnipraticiens pour 100 000 habitants.

La densité est également très hétérogène d'une commune à l'autre. Six communes sur quarante à l'image de SAINT-DENIS ou TREMBLAY en France ont une densité supérieure à la densité métropolitaine, mais les autres ont une densité de 25 à plus de 100% inférieure⁶.

Cette densité des omnipraticiens doit être de plus pondérée par la proportion de ceux qui déclarent un mode d'exercice particulier, les MEP⁷ : 15,8 % en Seine Saint-Denis contre 12% en Ile-de-France et 11% en France métropolitaine⁸.

Si l'on s'intéresse à cette dernière catégorie de médecins généralistes sans exercice particulier, la densité des praticiens est alors de 66,3 pour 100 000 habitants en Seine Saint-Denis contre 75,9 en Ile-de-France et 91,7 en France.

⁵ Ce phénomène est en partie compensé par le fait que des praticiens, bien qu'exerçant dans le 93, sont inscrits dans un autre département notamment Paris. Ainsi, la mission relève que six praticiens de SOS médecins, dont le siège est à Paris, habitent le 93 et y exercent en garde. D'autres praticiens dont le lieu d'exercice principal est le 93, préféreraient être inscrits également sur Paris.

⁶ cartographie CPAM ASV93

⁷ Ex : homéopathes, acupuncteurs ...

⁸ URCAM IF Eléments de diagnostic sanitaire en Ile-de-France 2003. Offre de soins.

<http://www.urcamif.assurance-maladie.fr/diagnostic/Foffre.html>

Or le conseil de l'ordre souligne que c'est dans cette dernière catégorie que se recrutent surtout les praticiens actifs en matière de permanence des soins et qu'il ne peut compter que sur un vivier d'environ 900 professionnels⁹.

Par ailleurs, la proportion de médecins femmes généralistes libérales est relativement plus élevée en Seine Saint-Denis : 23,5%% en 2001 contre 28% en Ile-de-France et 22,9% en France. Si un quart des praticiens déclarait prendre des gardes dans une enquête réalisée en 2000 auprès d'un échantillon régional de médecins libéraux, les femmes en effectuaient significativement moins que les hommes (14% contre 35%).¹⁰ Dans cette même enquête, près de la moitié des médecins interrogés évoquaient le désir de quitter l'exercice libéral pour des raisons de pénibilité et de risque (39%) ou pour des raisons familiales (24%). Ils déclaraient souhaiter quitter l'exercice libéral pour un exercice salarié (45%), voire une autre profession (25%) ou pour une retraite anticipée (23%).

Dernière caractéristique notable, les médecins de Seine Saint-Denis, sont souvent domiciliés hors du département d'après le conseil de l'ordre. Pourtant, dans une étude réalisée par la CPAM en 2004 sur un échantillon de 171 médecins généralistes exerçant dans le département, 38 % des praticiens seulement habitaient hors du département. Ces chiffres seraient plus élevés lorsque l'on considère l'ensemble des praticiens d'après le conseil de l'ordre.

2.2.3 La densité des spécialistes libéraux, toutes spécialités confondue, est également faible par rapport aux densités franciliennes et françaises

La densité des médecins spécialistes libéraux est une des plus faibles de la région avec 72,4 praticiens pour 100 000 habitants en Seine Saint-Denis contre 119,6 en Ile-de-France et 89,8 en France.

Tableau 6 Pédiatres libéraux en exercice au 1.01.2003

	Paris	Seine et Marne	Yvelines	Essonne	Hauts de Seine	Seine St Denis	Val de Marne	Val d'Oise	Ile-de-France
Pédiatres *	270 88,3	55 20,3	109 36,8	66 26,9	159 58,2	74 24	94 38,4	66 26	893 40,6

Source : D.R.A.S.S. - ADELI

* nombre et densité pour 100 000 habitants des moins de 6ans.

La densité de pédiatres libéraux est également très faible en Seine Saint-Denis avec 10,8 pédiatres pour 100 000 habitants, contre 7,6 en Ile-de-France et 4,8 en France.

2.2.4 Les médecins libéraux de Seine Saint-Denis ont opté pour le secteur à honoraires conventionné ; leur activité et leurs honoraires sont les plus élevés d'Ile-de-France

Quatre praticiens omnipraticiens sur cinq et un spécialiste sur deux sont conventionnés en secteur I en Seine Saint-Denis et appliquent donc les tarifs des actes sans dépassement.

⁹ 1958 généralistes d'après le décompte URCAM au premier janvier 2001

¹⁰ URML Ile-de-France. Enquête sur les conditions d'exercice des médecins libéraux d'Ile-de-France mai 2001
39 pages

Tableau 7. Mode d'exercice des médecins libéraux en Seine Saint-Denis en 2001

Seine Saint-Denis	Omnipraticiens	dont Généralistes	Spécialistes
Secteur I	86,2%	90,7%	58,5%
Conventionnés avec dépassement	0,3%	0,2%	1,5%
Secteur II	13,4%	9,1%	40,1%
Non conventionnés	0,1%	0,0%	0,0%
Total Seine Saint-Denis	100,0%	100,0%	100,0%

source : URCAM 2003, données 2001, retraitement mission

Quatre praticiens omnipraticiens sur cinq et un spécialiste sur deux sont conventionnés en secteur I en Seine Saint-Denis et appliquent donc les tarifs des actes sans dépassement.

Tableau 8. Comparaison des honoraires totaux et activité des médecins libéraux de Seine Saint-Denis en 2001, à ceux d'Ile-de-France et de France métropolitaine. Données APE¹¹

Données 2001	Seine Saint-Denis		Ile-de-France		France	
	Omnipraticiens	Spécialistes	Omnipraticiens	Spécialistes	Omnipraticiens	Spécialistes
Revenus moyens en €	115 448 €	204 794 €	103 164 €	174 931 €	107 455 €	191 293 €
Nombre Consultations	4 188	2 333	3 451	2 000	3 844	2 289
Nombre visites	968	13	753	12	1 091	8
Actes en K	3 454	27 007	2 797	17 199	2 375	22 688
Actes en KKC	386	11 424	315	7 932	250	11 295
Données 2001	Seine Saint-Denis = base 100		Ile-de-France		France	
	Omnipraticiens	Spécialistes	Omnipraticiens	Spécialistes	Omnipraticiens	Spécialistes
Revenus moyens en €	100	100	89	85	93	93
Nombre Consultations	100	100	82	86	92	98
Nombre visites	100	100	78	92	113	62
Actes en K	100	100	81	64	69	84
Actes en KKC	100	100	82	69	65	99

Source : URCAMIF 2003, retraitement mission

¹¹ Les données d'activité concernent uniquement les professionnels Actifs à Part Entière (APE), c'est à dire : Professionnels de santé actifs au 31 décembre de l'année considérée et ayant perçu au moins 1€ d'honoraires pendant l'année considérée, conventionnés, titulaires du droit permanent au dépassement, honoraires libres (exclus les non conventionnés), ayant un exercice libéral intégral, à temps partiel, avec temps partiel hospitalier (exclus les médecins hospitaliers plein temps), qui ne se sont pas installés au cours de l'année considérée, âgés de moins de 65 ans. Il s'agit des données d'activité concernant l'ensemble des prestations réalisées dans le secteur libéral (actes, prescriptions) soumises à remboursement auprès des organismes d'Assurance Maladie : résultats inter-régimes y compris régime des militaires et régime du port autonome de Bordeaux. Seule l'activité des professionnels APE est prise en compte, elle inclut l'activité réalisée au cabinet du professionnel, au domicile du malade ou dans un établissement de soins dès lors qu'elle est identifiée par le numéro du professionnel exécutant ou prescripteur, celui-ci pouvant par ailleurs employer des auxiliaires salariés. L'activité des remplaçants est enregistrée sous l'identifiant du remplacé. Seules les prestations des risques Maladie, Maternité et Accidents du Travail sont retenues à l'exception des arrêts de travail indemnisés dans le cadre du risque maternité.

Spécialistes ou omnipraticiens ont à Paris une activité et des honoraires totaux plus élevés qu'en Ile-de-France et en France.

2.2.5 Il existe un réseau de prévention très dense en matière de PMI.

Près de 200 médecins (150 temps pleins et 50 vacataires) et 45 sages-femmes interviennent dans un réseau de 110 centres de quartiers et 5 consultations intra-hospitalières de PMI. Le maillage est très dense puisqu'il existe 2 à 3 centres par commune pour 38 des 40 communes du département. Deux « petites communes » de moins de 5000 habitants n'ont pas de centre.

L'activité de ce réseau est considérable : les consultations de protections infantiles représentent 11% du total national alors que sa population des moins de 6 ans représente moins de 3% de la population française enfantine¹². Cette activité est essentiellement préventive. Une enquête récente menée en octobre 2002 par la PMI relève que 1,5% seulement de l'ensemble des consultations en PMI concernent une pathologie aiguë.¹³

2.2.6 Le réseau des centres de santé est particulièrement étoffé également dans ce département.

Le département, peu attractif pour les libéraux installés en ville, dispose d'un réseau étoffé de centres de santé où exercent des médecins salariés à temps plein (pour les généralistes surtout) ou temps partiel (pour les spécialistes). Sur les trois cent cinq centres de santé franciliens, soixante treize sont situés en Seine Saint-Denis (23%). 52 spécialistes et 95 généralistes y exerçant comme salariés, étaient inscrits au tableau du conseil de l'ordre¹⁴. Une partie exerce aussi en ville ou à l'hôpital et la proportion de praticiens n'exerçant qu'en centre est inconnue.

L'activité du réseau des centres de santé du 93 représente pour l'année 2003 près de 12,5% de l'ensemble des actes remboursés par le régime général (10,27% des actes d'omnipraticiens et 17,15% des actes de spécialistes)¹⁵.

¹² Rapport n°2003-140 IGAS. Contrôle des services de l'aide sociale à l'enfance et de la PMI de Seine Saint-Denis. Rapport définitif. Février 2004.

¹³ S DRAGOS, L RIVERA et al. Etude sur l'existence d'un médecin traitant chez les enfants consultant dans les centres de PMI de Seine Saint-Denis. Conseil général de Seine Saint-Denis Direction de l'enfance et de la famille 2003 30 pages.

¹⁴ Données actualisées par le conseil de l'ordre au 1^{er} juillet 2004. LA DDASS 93 fait état de 209 professionnels dans son état des lieux PDS CODAMUPS du 19/11/2003

¹⁵ Etude spécifique sur les lettres clefs CPAM 93 arrêtée au 23 juin 2004.

Tableau 9. Actes et lettres clefs entre professionnels libéraux et centres de santé de Seine Saint-Denis en 2003. Distribution en nombre d'actes et en proportion.

Actes / spécialités	Libéraux du 93		Centres de santé du 93		Total
	1	1/3	2	2/3	3
Médecins généralistes					
C	4 158 554	89,73%	476 220	10,27%	4 634 774
CA	1 173	98,90%	13	1,10%	1 186
Total médecins généralistes	4 159 727	89,73%	476 233	10,27%	4 635 960
Médecins spécialistes					
C	108 188	94,01%	6 898	5,99%	115 086
CS	1 447 195	80,99%	339 599	19,01%	1 786 794
CSC	70 530	87,21%	10 343	12,79%	80 873
CNP	155 730	92,86%	11 982	7,14%	167 712
Total médecins spécialistes	1 781 643	82,85%	368 822	17,15%	2 150 464
Total médecins	5 941 370	87,55%	845 055	12,45%	6 786 424

Source : CPAM 93 2004

Au total, la situation de la démographie médicale est préoccupante pour les professionnels libéraux. Si les effectifs globaux de généralistes restent croissants, la structure d'emploi libéral/salarié se transforme au profit des salariés¹⁶.

¹⁶ Une étude précise de ce phénomène serait souhaitable pour comprendre vers quel type de salariat (hospitalier/ centre de santé/ PMI/ administration) se dirigent les nouveaux praticiens.

3 L'offre et l'activité sanitaire en matière d'urgences, de permanence des soins et de soins non programmés

3.1 L'activité des services d'urgences hospitaliers continue à croître en Ile-de-France mais il existe un infléchissement net du taux d'accroissement depuis 2000

« L'augmentation du nombre des passages aux urgences est importante, soit plus de 37 % depuis 1996 et persistante, 6 % entre 2000 et 2003.

On peut penser que cette augmentation est le résultat de la montée en charge des nombreuses structures autorisées depuis 1997, mais aussi d'un phénomène de société se traduisant par une attractivité croissante des services d'urgences sous tendue par la disponibilité, la technicité et la gratuité apparente.

Le taux d'accroissement annuel du nombre de passages, globalement en diminution depuis 1997 (7,4 % en 1997 - 5,7 % en 2000 - 1,9 % en 2002 - 2,7 % en 2003) fait espérer une stabilisation globale dans la région Ile-de-France »¹⁷.

3.2 Ce phénomène n'est pas observé dans le 93 où l'activité d'urgence hospitalière reste fortement croissante

L'offre hospitalière repose sur douze services en 2003 (cinq SAU et sept UPATOU¹⁸).

Tableau 10 Evolution de l'activité d'urgence en Ile-de-France et en Seine Saint-Denis entre 1996 et 2003.

Evolution par département	1996	2000	2001	2002	2003		%00-03
		%99-00	%00-01	%01-02	%02-03	%96-03	
		9,3%	0,4%	-1,4%	2,2%	39,5%	
93	272 380	370 194 8,6%	386 152 4,3%	396 940 2,8%	424 620 7,0%	55,9%	14,7%
Total	2 165 290	2 803 953 5,7%	2 847 493 1,6%	2 902 013 1,9%	2 976 871 2,6%	37,5%	6,2%

Source : ARHIF 2004

¹⁷ ARH IF Comité de suivi du SROS "La prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins" - SROS III 1er juillet 2004

¹⁸ Deux nouvelles UPATOU ont été autorisées en mai (Bagnolet) et décembre 2002 (Stains)

L'activité globale des 11 services autorisés entre 1996 et 2001 présente une stabilisation du nombre de passages en 2001 après une forte croissance entre 1995 et 2000¹⁹. Cette tendance semblait se confirmer en 2002 : la croissance annuelle n'était plus que de 2,8%²⁰. Mais en 2003, sur 12 services reconnus, la croissance annuelle est à nouveau de 7% en lien avec la montée en charge des UPATOU privées.

L'accroissement sur la période même récente reste donc considérable dans ce département. Il est de loin le plus élevé de la région.

Tableau 11. Evolution du nombre de passages aux urgences dans les établissements de santé de Seine Saint-Denis

Se ct	Type	Etablissements	Statut	1996	2000	2001	2002	2003	% 96 - 03	% 00 - 03
5	SAU	Centre hospitalier intercommunal Robert Ballanger – Aulnay	EPS	47 167	55 623	60 250	65 962	63 897	35,5%	14,9%
4	SAU	Centre hospitalier de Saint-Denis	EPS	48 284	56 689	62 240	63 198	62 860	30,2%	10,9%
1	SAU	Centre hospitalier intercommunal de Montreuil	EPS	37 540	53 523	51 399	50 435	53 687	43,0%	0,3%
5	SAU	Centre hospitalier de Montfermeil	EPS	29 887	40 680	39 978	40 453	43 633	46,0%	7,3%
4	SAU	Hôpital Avicenne – Bobigny	AP-HP	22 117	28 028	28 207	29 051	29 228	32,2%	4,3%
5	UP	Hôpital Jean Verdier – Bondy	AP-HP	37 094	49 617	51 995	53 444	56 166	51,4%	13,2%
4	UP	Hôpital Européen La Roseraie – Aubervilliers	PL	19 102	27 212	25 891	30 008	33 690	76,4%	23,8%
5	UP	Clinique du Vert Galant - Tremblay en France	PL	8 429	15 062	15 793	17 279	20 542	143,7%	36,4%
1	UP	Centre chirurgical Floréal - Bagnolet	PL	5 774	12 348	14 602	14 385	15 391	166,6%	24,6%
5	UP	Hôpital Privé de l'Est Parisien - Clinique d'Aulnay	PL	2 970	10 060	11 840	14 077	16 573	458,0%	64,7%
4	UP	Clinique de l'Estrée – Stains	PL	4 849	8 327	10 226	11 350	13 450	177,4%	61,5%
5	UP	Hôpital Privé de Seine Saint-Denis - Le Blanc Mesnil	PL	9 167	13 025	13 731	7 298	15 503	69,1%	19,0%
		Tendance accroissement annuel			8,6%	4,3%	2,8%	7,0%		

Source : ARHIF. 2004. *Retraitement mission*

La variation sensible de la croissance des flux d'urgence n'est pas répartie de façon homogène entre les établissements de santé. L'accroissement reste très marqué principalement dans les UPATOU et notamment dans les établissements privés à but lucratif (PL), il existe ailleurs un tassement voire un renversement de tendance comme à R BALLANGER et au CH de Saint-Denis en 2003.

¹⁹ ARHIF Bilan de l'activité des services d'Urgence en Ile-de-France - Suivi du SROS Urgence - Janvier 2003 - 09/05/2003

²⁰ ARHIF Bilan de l'activité des services d'Urgence en Ile-de-France - Suivi du SROS Urgence - Octobre 2003 -

Tableau 12. Evolution de la progression des passages aux urgences de 1997 à 2003 en Seine Saint-Denis

Type	Etablissement	Statut	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
SAU	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL ROBERT BALLANGER – AULNAY	EPS	5%	5%	3%	3%	8%	9%	-3%
SAU	CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DENIS	EPS	-3%	5%	7%	8%	10%	2%	-1%
SAU	CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE MONTREUIL	EPS	1%	7%	13%	17%	-4%	-2%	6%
SAU	CENTRE HOSPITALIER DE MONTFERMEIL	EPS	3%	5%	13%	11%	-2%	1%	8%
SAU	HÔPITAL AVICENNE - BOBIGNY	AP-HP	7%	14%	5%	-1%	1%	3%	1%
UP	HÔPITAL JEAN VERDIER - BONDY	AP-HP	3%	11%	9%	8%	5%	3%	5%
UP	HÔPITAL EUROPÉEN LA ROSERAIE – AUBERVILLIERS	PL	15%	2%	6%	14%	-5%	16%	12%
UP	CLINIQUE DU VERT GALANT - TREMBLAY EN FRANCE	PL	44%	14%	3%	5%	5%	9%	19%
UP	CENTRE CHIRURGICAL FLORÉAL - BAGNOLET	PL	12%	13%	14%	48%	18%	-1%	7%
UP	HÔPITAL PRIVÉ DE L'EST PARISIEN - CLINIQUE D'AULNAY	PL	251%	13%	5%	-19%	18%	19%	18%
UP	CLINIQUE DE L'ESTRÉE - STAINS	PL	12%	12%	12%	22%	23%	11%	19%
UP	HÔPITAL PRIVÉ DE SEINE SAINT-DENIS - LE BLANC MESNIL	PL	7%	2%	21%	7%	5%	-47%	112%
	TOTAL SEINE SAINT-DENIS		7,6%	7,4%	8,3%	8,6%	4,3%	2,8%	7,0%

Source : ARHIF. 2004. Retraitement mission

L'activité journalière correspond à une moyenne de 94 passages hospitaliers sur le département ce qui place ses établissements de santé dans la moyenne de la région. On note également les amplitudes très importantes de l'activité d'urgence (32 à 171 passages par 24 heures)

Tableau 13. Distribution par département des passages quotidiens dans les établissements de santé en 2001.

Département	Nombre de passages par jour	Amplitudes	
		Mini	Maxi
75	104	33	192
77	75	25	140
78	87	26	151
91	67	38	129
92	80	29	148
93	94	32	171
94	114	22	192
95	107	40	194
Ile-de-France	90	22	194

Source ARHIF, 2003

Tableau 14 Evaluation qualitative des patients selon la classification CCMU en 2001 en Ile-de-France.

CCMU	Définition	Année 2001	
		Nombre de passages	%
1	Etat clinique jugé stable. Pas de décision d'acte complémentaire diagnostique ou thérapeutique au service d'urgence.	287 061	25,3
2	Etat clinique jugé stable. Décision d'actes complémentaires diagnostiques ou thérapeutiques au service d'urgence.	701 398	61,9
3	Etat clinique jugé susceptible de s'aggraver au service d'urgence sans mise en jeu du pronostic vital.	119 777	10,6
4	Pronostic vital jugé engagé et prise en charge ne comportant pas de gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat.	19 919	1,8
5	Pronostic vital jugé engagé et prise en charge comportant des gestes de réanimation destinés à préserver le pronostic vital immédiat.	5 696	0,5
Total		1 133 851	100

Source : ARHIF 2003

Le taux d'hospitalisation après passage aux urgences, relativement bas (20% en 1996 et 14% en 2002) ainsi que les classifications actuelles des patients aux urgences (CCMU et GEMSA) soulignent qu'une part notable d'entre eux, de gravité relative, pourrait bénéficier d'une consultation dans un autre cadre (permanence des soins en ville ou consultation hospitalière).

L'activité d'urgences pédiatriques hospitalière suit les mêmes évolutions que l'activité générale. Elle représente environ un tiers des flux généraux.

Tableau 15 Répartition des enfants aux urgences par département en 2001

Département	Nombre d'établissements	Total passages	Enfants	% des Passages	Passages d'enfants par jour	Amplitudes		Répartition des enfants par dépt.
						Mini	Maxi	
75	16	607 223	182 120	30,0	31	0,1	165	21,6 %
77	11	301 601	91 469	30,3	23	7	44	10,8 %
78	9	306 506	91 483	29,8	28	8	52	10,8 %
91	11	267 920	83 553	31,2	21	4	52	9,9 %
92	12	350 156	105 648	30,2	24	1	79	12,5 %
93	10	364 086	115 175	31,6	32	0,3	72	13,6 %
94	6	284 193	99 484	35,0	45	2	79	11,8 %
95	8	311 165	75 587	24,3	26	8	58	9,0 %
Ile-de-France	83	2 792 850	844 519	30,2	28	0,1	165	100,0 %

Source ARHIF, 2003

Le taux de recours aux services d'urgences peut-être estimé en rapportant le nombre de passages à la population du département. Il y a eu en moyenne 249 passages pour mille habitants en 2002, avec des variations entre départements allant de 287 pour le 93 à 206 pour le 91. Ceci témoigne d'un niveau particulièrement élevé de recours pour le 93, et ce d'autant qu'une part non négligeable de patients consultent les services de Paris, notamment en pédiatrie et ne figurent donc pas dans cette estimation.

3.3 La permanence des soins de ville repose sur un dispositif mal appréhendé et coordonné

La permanence des soins reposait sur 31 secteurs de garde avant la réforme issue des décrets de septembre 2003 et sur un service de visite à domicile. Cette organisation s'est progressivement essoufflée, puisque fin 2003, seules quatre listes de garde de secteur fonctionnaient les WE et jours fériés.

La PMI ne participe pas à la permanence des soins, par contre 2 centres de santé sont ouverts le samedi matin et après-midi, d'après une récente étude de la DRASS²¹.

La nouvelle organisation arrêtée en mars 2004 par le préfet, repose sur 19 secteurs de permanence des soins fixes fonctionnant les dimanches, jours fériés et soirées entre 20 et 24 heures. Une seconde garde découpée en trois secteurs intervient à domicile sur l'ensemble des horaires de permanence des soins, y compris la nuit entre minuit et 8 heures du matin. Cette organisation devait prendre effet au 1^{er} juin 2004, mais n'a pas démarré compte tenu de l'impossibilité de constituer l'ensemble des listes de garde requises par les 19 secteurs.

²¹ Centre Médico-Social Municipal "Pierre ROUQUES" - 930010145 1, rue de l'Aviation - 93000 à BOBIGNY et Centre de Santé Municipal "H. WALLON" 930010236 2, rue de la République - 93700 à DRANCY
21centres de santé médicaux sont aussi ouverts le samedi matin.

L'essentiel de l'activité de permanence des soins des médecins installés repose donc sur un fonctionnement informel, vraisemblablement pour leur clientèle propre. *cf. infra*.

Parallèlement une association de praticiens exerçant uniquement la médecine d'urgence 24h/24 assure, sous la régulation du SAMU et de praticiens libéraux²², les interventions à domicile. Lors de la création de la société civile de moyens (SCM) en 1980 comptait 17 praticiens, le Service d'URgence (SUR) départemental en compte aujourd'hui 15. Il existe une difficulté certaine à recruter de nouveaux praticiens, malgré des « droits d'entrée » dans la SCM modestes, de l'ordre de 4 500€. Le Sur n'a recruté aucun nouveau praticien depuis 10 ans alors qu'il estime qu'il lui faudrait entre 25 et 30 praticiens pour pouvoir offrir la même qualité de réponse, notamment en terme de délai qu'à sa création.

Tous les praticiens exercent en secteur 1. Une activité de 3000 visites annuelles/médecin génère un chiffre d'affaire d'environ 150 000€/an avec des charges d'environ 50% du CA.

Selon les heures de la journée entre 2 et 3 praticiens sont de garde sur le département. Les délais d'intervention sont inférieurs à une heure pour les cas urgents et entre 2 et 3 heures pour les autres. En période épidémique, ces derniers délais peuvent monter à 6 – 7 heures témoignant de la saturation de la capacité d'intervention du SUR.

La SCM ne dispose pas de standard téléphonique propre et « sous-traite » cette fonction à une association loi 1901 « PS 93 »²³ qui assure cette fonction dans les locaux même du SAMU 93. Il existe des liens étroits entre cette régulation libérale et le SUR : les 15 praticiens participent tous à la garde de régulation, en sus de leur activité de visite à domicile. Ils sont rétribués pour cette activité sous forme d'honoraires (environ 20 €/heure).

Le SUR réalise environ 42 000 visites par an dont 40% sont des actes de type CMU en tiers payant. Cette activité qui plafonne autour de 40 000 visites par an, est légèrement croissante ces deux dernières années : 41 718 actes en 2002 et 42 886 en 2003.

Une seconde association, SOS médecins Ile-de-France, dont le siège est parisien, intervient aussi 24 h/24 sur les départements de la petite couronne et donc le 93²⁴. SOS médecin qui dispose d'un numéro d'appel et d'un standard propre, mobilise en permanence sur la Seine Saint-Denis, entre 3 et 5 praticiens dans la journée et en début de nuit en période normale. Les effectifs peuvent être doublés en période épidémique.

SOS a réalisé 37 000 visites dans le département en 2003. Cette activité est décroissante depuis le début des années 2000 : de 7,6% entre 2001 et 2003. Elle se distribue sur la totalité des communes du département. La population couverte par la CMU représente 8,7% des visites en 2003.

Au regard de ces premières données, on peut estimer que l'activité de visite à domicile d'urgence repose principalement sur deux dispositifs autonomes dans le département qui se partagent pour moitié une activité globale d'environ 80 000 visites. Une part importante d'activité est également prise en charge par les praticiens installés, libéraux ou de centre de santé²⁵.

²² cf. *infra*

²³ La SCM finance cette régulation pour 70 000 €/an environ

²⁴ . Son mode de fonctionnement est développé dans l'annexe I relative à Paris

²⁵ Si l'on admet que l'activité curative des PMI est très faible.

La réponse à une demande non programmée représente en effet une partie de l'activité quotidienne de tout praticien. Une enquête récente de la DREES sur les consultations et visites des médecins généralistes (sans mode d'exercice particulier) en France métropolitaine, portant notamment sur leur activité sans rendez-vous, estime que cette activité représente environ 58% des actes (56% des consultations au cabinet et 69% des visites, essentiellement au domicile du patient mais pas seulement). Les praticiens ont estimé que 14% de ces consultations et visites sans rendez-vous présentaient un caractère d'urgence (24% pour les visites sans rendez-vous et environ 11% des consultations au cabinet sans rendez-vous)²⁶.

Sur ces bases, l'activité de consultation sans rendez-vous par les généralistes libéraux représenterait un ordre de grandeur de 2 815 000 actes en 2001 en Seine Saint-Denis (2 168 000 C et 646 000 V). La part de l'activité considérée comme urgente serait de 390 000 actes (238 000 C et 155 000 V).

Par ailleurs, les premiers résultats d'une enquête lancée en octobre 2003, par la CNAMTS sur l'activité de permanence des soins observée pendant 3 jours d'un échantillon de 4 880 omnipraticiens français montrent que les praticiens d'astreinte répondent à une part plutôt faible des demandes de soins de nuit (20 à 30% des actes de nuit) ou de dimanche (40% des actes)²⁷.

Concernant l'activité en ville, la mission rejoint ce constat : beaucoup des praticiens qui interviennent dans les heures de permanence des soins ne sont pas des praticiens connus pour être de garde. En Seine Saint-Denis 44 omnipraticiens soit plus de 4% des omnipraticiens ont ainsi réalisé un ou plusieurs actes (moyenne 4,1) dans la nuit du vendredi 22 juin 2003, alors qu'il y a en principe moins d'une quinzaine de praticiens urgentistes mobilisés (SUR ou SOS) ou sur les 4 secteurs de garde encore fonctionnels, soit 2% des effectifs environ²⁸.

Tableau 16. Répartition des praticiens ayant effectué des actes pendant les heures de permanence des soins le vendredi 20 juin 2003 en Ile-de-France

Département	nb actes PERMANENCE DES SOINS	nb MG en PDS	Nb moyen actes
75 – Paris	421	128	3,3
77- Seine-et-Marne	85	40	2,1
78 – Yvelines	148	51	2,9
91- Essonne	112	50	2,2
92 – Hauts-de-Seine	101	45	2,2
93 – Seine-Saint-Denis	179	44	4,1
94 - Val-de-Marne	66	32	2,1
95 – Val-d'Oise	107	44	2,4
Région Ile-de-France	1219	434	2,8

Source : URCAM Ile-de-France²⁹

²⁶ G LABARTHE Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie. DREES Etudes et résultats n°315 juin 2004.11 pages

²⁷ R DHORDAIN Gardes, les vrais chiffres. Fait du jour du 30 juin 2004 site : 33docpro.com

²⁸ Les données présentées concernent l'activité des médecins d'un département et non l'aire d'activité de ceux-ci. Il ne s'agit pas de consommation de soins. Autrement dit, le total des actes réalisés par les omnipraticiens (et non les seuls généralistes) de Seine Saint-Denis, par exemple, peut concerner une population plus étendue que les seuls affiliés du département.

²⁹ URCAM Permanence des soins en Ile-de-France juin 2004. Annexe 6 p 93

Un dimanche, cette proportion de praticiens mobilisés peut atteindre près de 16%, comme cela a pu être établi par l'URCAM en Seine Saint-Denis pour les dimanches 22 juin et 7 décembre 2003.

Sur requête de la mission, l'URCAM a essayé de mesurer la part du volume des actes prise en charge par les médecins urgentistes, c'est à dire appartenant à une organisation identifiée comme telle.

Tableau 17 Répartition des actes réalisés pendant les heures de permanence des soins le vendredi 20 juin 2003 sur Paris et la petite couronne

Département	Vendredi 20 juin 2003				
	Nb MG en PERMANENCE DES SOINS	nb MG URG	nb actes PERMANENCE DES SOINS	actes MG URG	% actes MG URG
75 – Paris	128	86	421	360	85,5%
92 – Hauts-de-Seine	45	16	101	51	50,5%
93 – Seine-Saint-Denis	44	7	179	53	29,6%
94 – Val-de-Marne	32	*	66	*	*

Source : URCAM Ile-de-France

Ces données doivent être considérées comme une première approche. En effet, les actes ne sont pas domiciliés alors que les praticiens le sont. Ce double mouvement conduit à ignorer les actes des praticiens de SOS Ile-de-France intervenant sur le 93 tout en les rattachant sur Paris. Ceci revient à minorer la part de l'activité imputable aux médecins urgentistes sur le 93 et à la majorer sur Paris.

Ces données recoupent en partie une dernière étude plus ponctuelle menée par la CPAM à la demande de la mission sur les dimanches et jours fériés de novembre 2003³⁰ en identifiant cette fois l'activité de SOS. L'essentiel de l'activité réalisée en permanence des soins est ici aussi rapportée aux généralistes hors système de garde « visible ». Une part échoit probablement aux praticiens des quatre secteurs encore opérationnels, mais ceci ne suffit pas à expliquer la totalité du phénomène.

Tableau 18. Dénombrement des visites et des consultations avec majoration ou complément d'acte 'férié', 'nuit' ou 'urgence' réalisées un dimanche ou jour férié du mois de novembre 2003 par des médecins généralistes du 93 et des médecins urgentistes de paris et réglées du 01/11/2003 au 31/05/2004

ACTE					PART EN %
	Généralistes 93	Urgentistes 93	Urgentistes 75	Total actes	des Généralistes
V férié	923	404	57	1 384	66,69%
V nuit	478	370	1	849	56,30%
V urgence	6	0	0	6	100,00%
C férié	1 684	66	15	1 765	95,41%
C nuit	236	50	1	287	82,23%
C urgence	0	0	0	0	
TOTAL	3 327	890	74	4 291	77,53%

Source : CPAM 93.

³⁰ Dans cette étude, le volume d'activité des praticiens de SOS ne correspond pas aux données annuelles générale, ce qui laisse penser à un sous repérage par lors de la requête.

3.4 Au total, il existe au moins trois dispositifs de prise en charge des soins non programmés qui assurent également la couverture de la permanence des soins en Seine Saint-Denis.

L'un est organisé et visible repose sur les associations « ayant pignon sur rue ».

Le deuxième sollicite les praticiens des quatre anciens secteurs de garde, encore opérationnels en 2003.

Le dernier repose sur des praticiens intervenant hors de toute organisation formalisée et probablement comme le souligne l'URCAM d'abord pour le suivi de leur patientèle³¹. Comme le rappelle le sénateur DESCOURS³², « *La permanence des soins n'est pas la continuité des soins, obligation déontologique imposée par l'article 47 du code de déontologie médicale, au praticien envers sa patientèle* » Cependant, les frontières entre continuité et permanence ne sont pas étanches.

L'absence de visibilité apparente de ce dispositif ne doit pas le faire sous estimer. L'importance du nombre de praticiens mobilisés et le volume d'actes réalisés peuvent, si ce système se réduit davantage entraîner des effets sérieux sur les autres effecteurs de l'urgence tant libéraux qu'hospitaliers.

3.5 La régulation des acteurs de l'urgence et de la permanence des soins : un dispositif original et bien intégré dans le 93 à l'exception notable de l'activité de SOS médecins.

L'articulation des régulations hospitalières et libérales est réalisée depuis plus de 20 ans dans le département. La régulation libérale repose sur l'ensemble des médecins intervenant au SUR, renforcés de 7 généralistes non urgentistes. Tous ces professionnels interviennent dans le même espace et avec les mêmes outils. L'appel au centre 15 ou au numéro des urgentistes du SUR aboutit sur le même permanencier qui bascule vers l'un ou l'autre selon la gravité pressentie.

Le centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) a reçu 709 015 appels en 2001 et 754 151 en 2002. Près de 150 000 dossiers ont été ouverts et régulés par un médecin du SAMU (1/3 des dossiers) ou par un médecin de la régulation libérale PS 93 (2/3 des dossiers).

1/3 des dossiers aboutissent à un conseil médical, essentiellement assuré par le régulateur libéral.

Une des particularités notables du CRRRA tient à la possibilité pour chaque régulateur hospitalier ou libéral de pouvoir mobiliser l'ensemble des moyens du SAMU : médecin généraliste, ambulance ou SMUR sans avoir à rebasculer vers une seconde régulation.

³¹ « On peut penser que, lorsque le nombre d'actes réalisés par un médecin est très faible (notamment le dimanche s'il est inférieur à trois), ce médecin a très certainement effectué une "permanence des soins" pour sa seule patientèle nécessitant une intervention rapide, en dehors de tout cadre organisé » in permanence des soins en Ile-de-France 2004 *op. cit.*

³² C DESCOURS Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. Janvier 2003.

L'activité du CRRA est fluctuante et très liée à la fermeture des cabinets libéraux d'après ses responsables : en soirée et jusqu'à 22 heures en semaine, dès le début d'après-midi le samedi. L'activité de WE représente 40% de l'activité totale.

Les médecins semblent renvoyer principalement vers le centre 15 lorsqu'ils ne sont pas disponibles, d'après une enquête menée par la CPAM en juin 2004 auprès de 63 généralistes.

Tableau 19 « Vers qui les patients sont renvoyés lors de l'absence du médecin généraliste ? »

1 - la journée	vers le remplaçant uniquement	6	(9.5%)
	vers le remplaçant ou à défaut vers le centre 15	34	(54%)
	vers le centre 15 uniquement	23	(36.5%)
2 - la nuit	vers le 15 uniquement	63	(100%)

Source : CPAM 93 Etude spécifique juin 2004

La régulation apparaît un maillon fort du système de soins non programmés en Seine Saint-Denis. Il serait, comme à Paris, plus qu'utile de rapprocher ses responsables de ceux de SOS médecin Ile-de-France, ne serait-ce que pour débiter, en les invitant à siéger au CODAMUPS.

3.6 Synthèse sur l'activité d'urgence et de permanence des soins en Seine Saint-Denis

L'activité d'urgence et de permanence des soins se distribue en Seine Saint-Denis sur un réseau dense d'établissements de santé et d'effecteurs libéraux, œuvrant dans un territoire de 15 km sur 15 km.

Le nouveau système de permanence des soins des soins fixe arrêté en mars 2004 ne pourra vraisemblablement pas fonctionner sur la base de 19 secteurs. Il faut en effet mobiliser entre 25 et 30 praticiens distincts pour organiser un tableau de garde³³. Ceci dépasse largement les possibilités du département. Le conseil de l'ordre avait estimé après enquête réalisée début 2004, qu'il ne disposerait que d'un peu plus de 200 volontaires. Seuls deux secteurs disposaient de plus de 20 noms³⁴.

En pratique, une analyse territoriale plus réaliste devrait être faite tenant compte de l'ensemble de l'offre existante, notamment hospitalière ainsi que de la possibilité de faire tourner entre 5 et 10 listes de garde maximum.

L'activité et l'ensemble des effecteurs contribuant à la permanence des soins sont mal appréhendés en Seine Saint-Denis. Il existe notamment trois principaux problèmes de définition des champs couverts qui contribuent à brouiller fortement l'analyse départementale.

³³ Le cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins en Seine Saint-Denis prévoit que le rythme de garde ne devrait pas excéder une garde par mois et une garde par trimestre pour les dimanches et jours fériés (CODMAUPS du 19/11/2003).

³⁴ Secteur 1 : Tremblay-Vaujours-Villepinte et Secteur 3 : Sevrans, Libry Gargan.

1. Le périmètre géographique des données ne correspond pas toujours au territoire départemental selon que les effecteurs interviennent au-delà (SOS, BSPP, secteurs sanitaires) ou en deçà (bassins d'urgence hospitalier). Les données sont encore aujourd'hui présentées en les rapportant à l'effecteur (activité constatée) et non à un territoire (activité domiciliée).
2. Le périmètre temporel de la permanence des soins est le mieux défini. Il peut exister des effets de frontières mais ils sont plutôt faibles par rapport au premier biais. Les données relevées par les effecteurs s'inscrivent pour partie sur ces deux temps et ne sont donc pas toujours comparables.
3. Les concepts utilisés sont perméables entre continuité des soins principalement assurée pour sa clientèle propre et permanence des soins d'une part, permanence des soins et urgences d'autre part.

La mission a tenté de chiffrer les principaux flux. Dans un premier temps la notion de consultation sans rendez-vous, a été privilégiée. En son sein, s'inscrivent des actes qui relèvent d'une urgence ressentie par le patient et qui diffèrent classiquement de ceux identifiés par le médecin. Nous ne disposons en France que d'une estimation de ce second indicateur.

Le tableau 20 suivant résume l'ensemble des informations recueillies en Seine Saint-Denis. Il s'agit d'une estimation qui utilise l'ensemble des données disponibles et n'évite pas complètement les effets de champs décrit plus haut, voire même compare des données d'années différentes (2001 à 2003). **Il convient donc de les regarder comme des ordres de grandeur vraisemblables** et en aucun cas comme la réalité mesurée précisément.

Le tableau propose tout d'abord de rassembler les données des effecteurs classiques de l'urgence : urgentistes de ville et hospitalier (Synthèse 1), puis s'intéresse à l'activité non programmée des médecins de ville³⁵ (Synthèse 2) et à la part de cette activité qui relève de l'urgence d'après les médecins généralistes (Synthèse 3).

1. Si l'on ne s'intéresse qu'à l'activité des urgentistes hospitaliers ou libéraux : 520 000 actes annuels sont produits en Seine Saint-Denis. Ils sont répartis pour 15% sur les associations libérales (SOS médecins Ile-de-France principalement) et 84% pour les établissements de santé.

A partir d'une estimation basée sur l'étude DREES, la répartition de la réponse aux soins non programmés pourrait être la suivante en Seine Saint-Denis :

2. Si l'on s'intéresse à l'activité des urgentistes hospitaliers ou libéraux et à l'activité qualifiée d'urgence des généralistes (omnipraticiens non-MEP) : 914 000 actes annuels sont produits. Ils sont répartis pour 8% sur les associations libérales et 48 % pour les établissements de santé et 43% pour les médecins généralistes.
3. Si l'on s'intéresse cette fois à l'activité des urgentistes hospitaliers ou libéraux et à l'activité non programmée des généralistes (omnipraticiens non-MEP) : 3 336 000 actes annuels répartis pour 2,5% sur les associations libérales et 13,2% pour les établissements de santé et 84,5% pour les médecins généralistes.

³⁵ Les données des centres de santé n'existent pas sur ce sujet. La mission a montré que 10% des actes de ville relèvent des centres de santé à Paris. Elle estime que 10% des ces actes relèvent du non programmé soit 1% de l'activité de consultation réalisée en médecine ambulatoire à Paris.

Tableau 20. Synthèse de l'activité de soins non programmés, réalisés en dehors ou pendant les heures de la permanence des soins par les différents effecteurs généralistes parisiens tant publics que privés, à l'exception des centres de santé.

SEINE SAINT-DENIS			Parts de l'activité		
Effecteurs		Nombre d'actes ou de passages	Synthèse 1	Synthèse 2	Synthèse 3
Généralistes non-MEP, des cabinets libéraux *					
C + Visites non programmés		2 815 058			84,4%
C + Visites non programmés, jugés Urgents		393 691		43,1%	
Centres de santé		pour mémoire			
Urgentistes **			36,3%	25,3%	8,4%
	SUR	42 886	8,2%	4,7%	1,3%
	SOS	37 000	7,1%	4,0%	1,1%
Etablissements de santé **			84,4%	48,1%	13,2%
	12 services fixes	424 620	81,6%	46,4%	12,7%
	SMUR*	14 836	2,8%	1,6%	0,4%
Sapeurs pompiers AR-BSPP***					
	Transports médicalisés	1 300	0,2%	0,1%	0,0%
Total					
Synthèse 1	Dispositifs d'urgences seuls	520 632	100,0%	56,9%	15,6%
Synthèse 2	Total avec activité non programmée estimée et jugée urgente	914 323		100,0%	27,4%
Synthèse 3	Total avec activité estimée non programmée	3 335 690			100,0%

* données estimées sur activité 2001 à partir de l'enquête DREES.

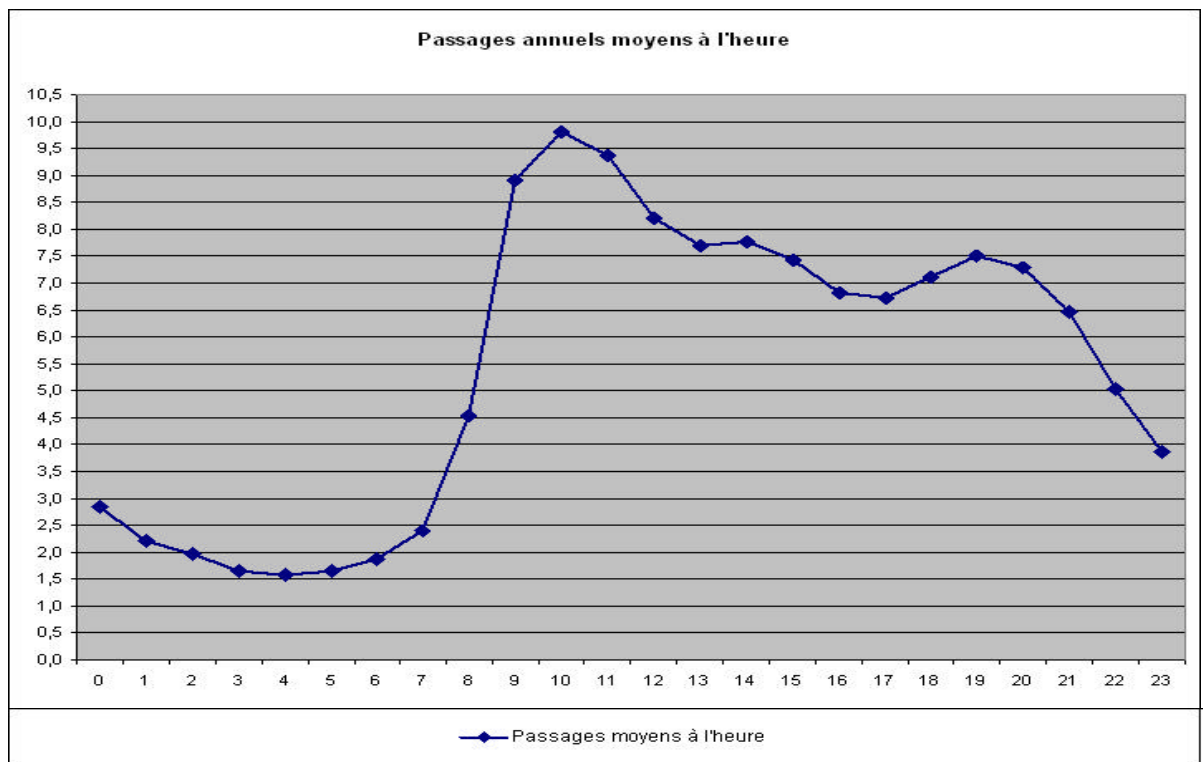
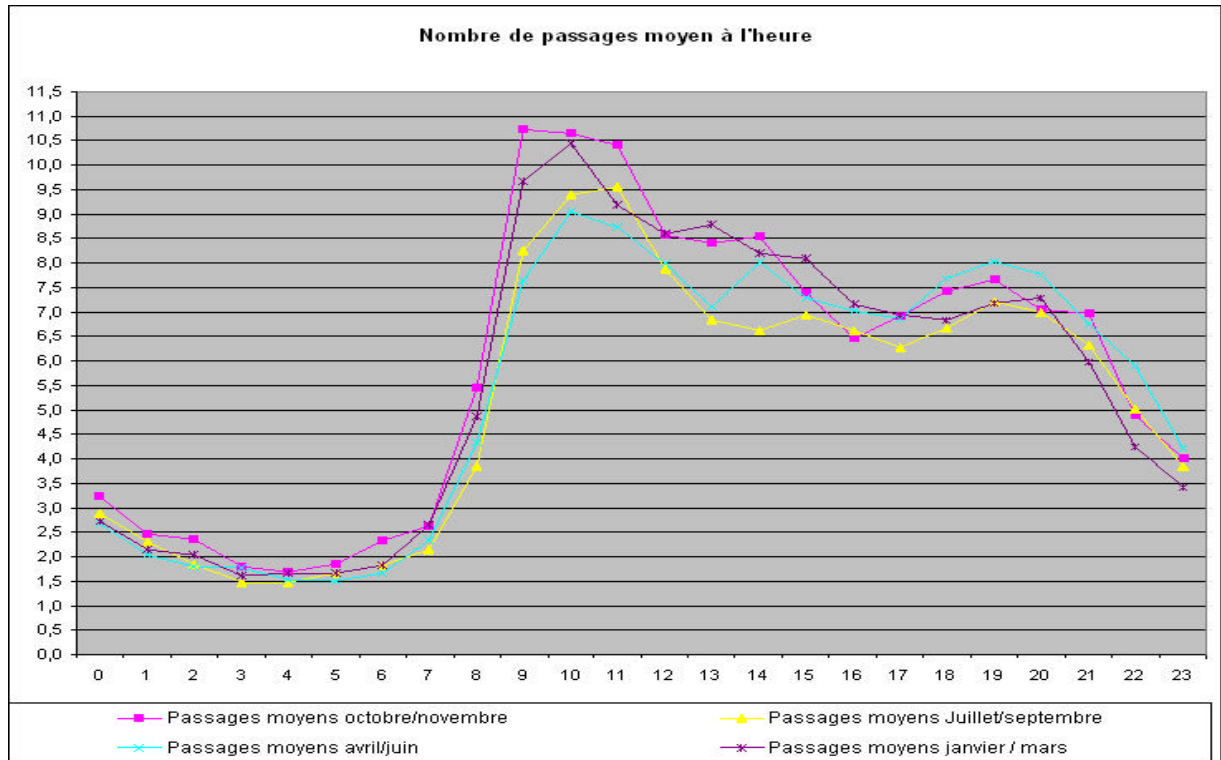
** données 2003.

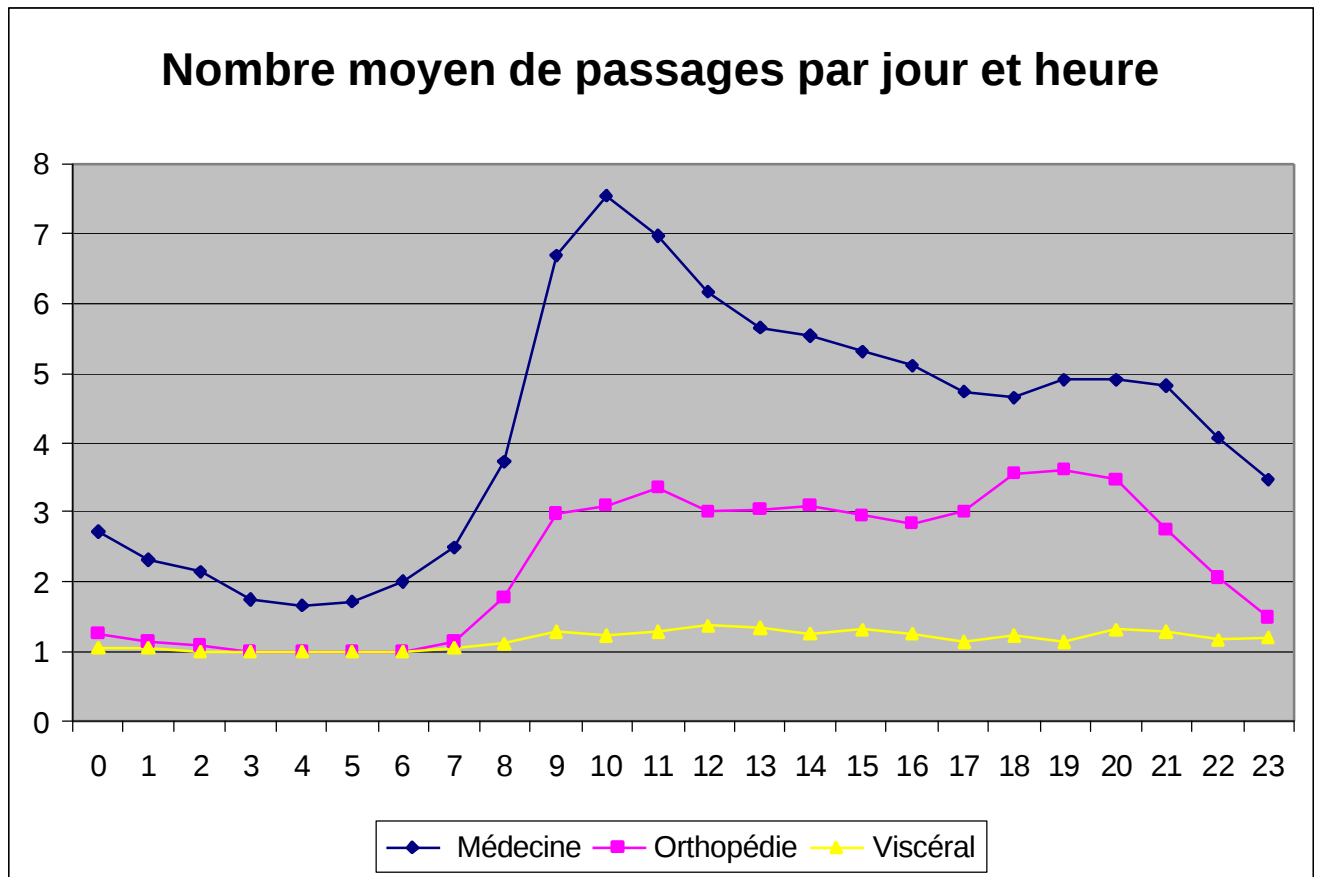
*** 15% des transports annuels médicalisés réalisés par BSPP sur Paris et petite couronne, soit en Seine-Saint-Denis : 1309 en 2002 et 1310 en 2003. Source SAMU 93

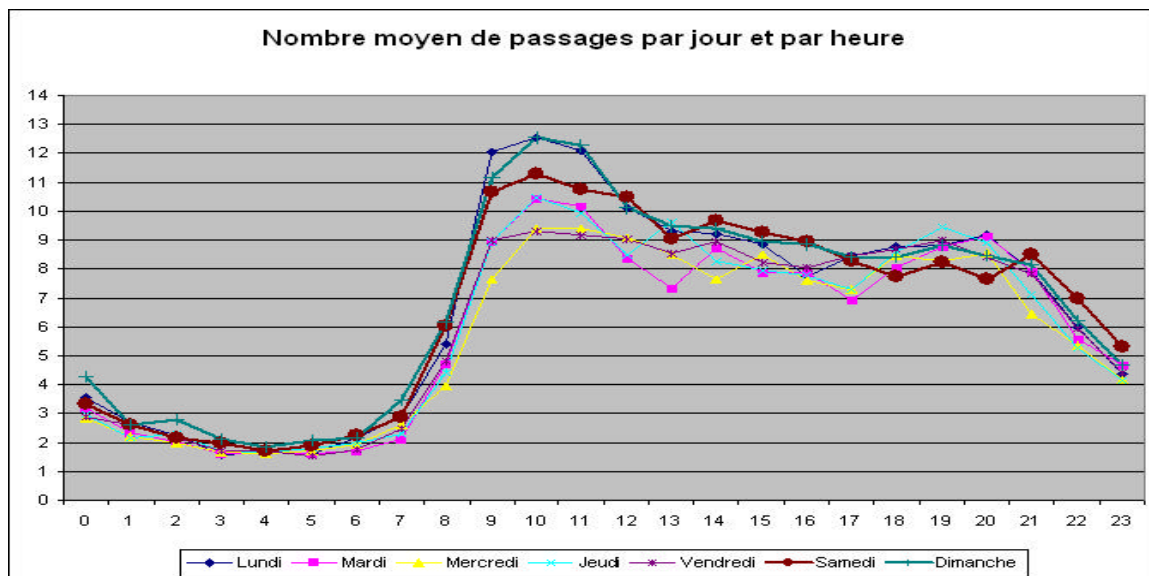
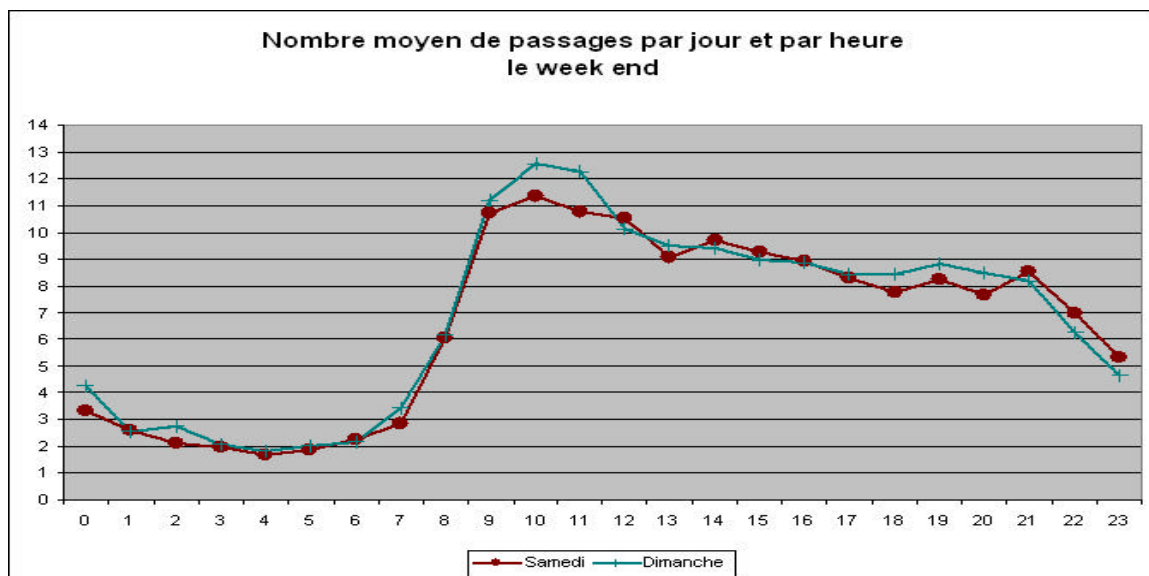
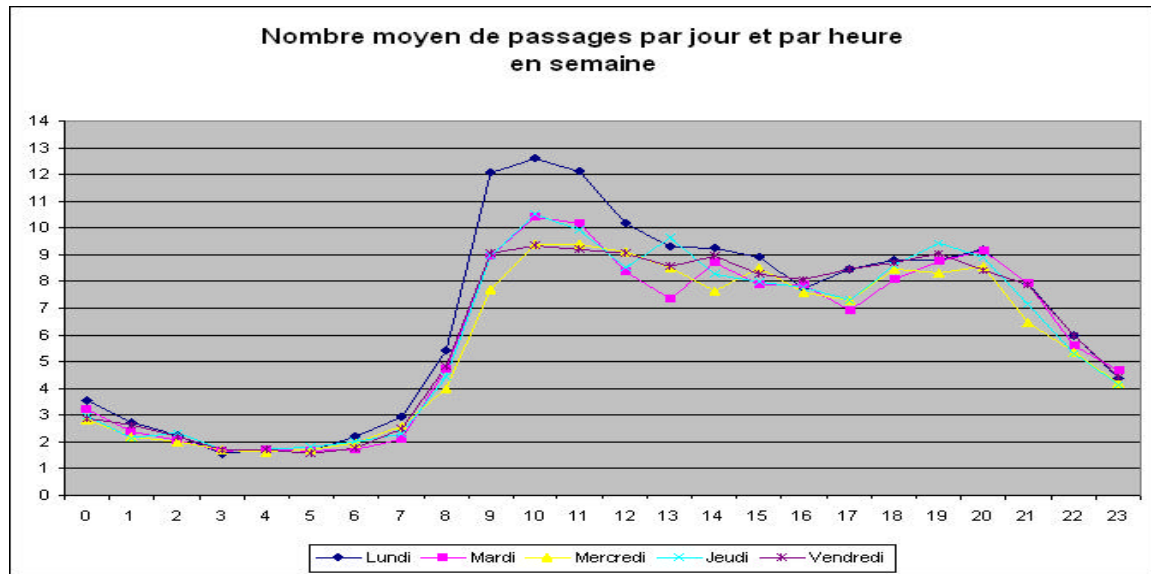
ANNEXE. III

Analyse des flux horaires du service d'urgence de l'hôpital R.DEBRE¹

¹ Source : C VITOUX, POSU Robert Debré 2004.







ANNEXE IV

PERSONNES RENCONTREES

	nom	Titre et fonction	Institution
Dr	MARGELISCH	Coordonateur Amicale	Amicale médecins du 19ème
M	BOULANGER	Secrétaire général AP-HP	AP-HP
M	CAMPHIN	Départements des projets médicaux, Direction de la politique médicale	AP-HP
Dr	CARRICABURU	Médecin chargée de mission, Départements des projets médicaux, Direction de la politique médicale	AP-HP
M	DO HUU	Directeur de cabinet du président de l'AP-HP	AP-HP
P.	HOUSSIN	Directeur de la politique médicale	AP-HP
Mme	VAN LERBERGHE	Directrice générale AP-HP	AP-HP
M	ECHARDOUR	ARH IF Chargé de mission relations AP-HP	ARH-IF
M	EVENOU	Président Association Réseau bronchiolite Ile-de-France	Association ARB
Dr	SEBBAN	Coordonateur Réseau bronchiolite Ile-de-France	Association ARB
Dr	BRODARD	Directeur CMS et secrétaire comité national de liaison des centres de santé	Centre de santé de DUGNY
M	CAPMARTIN	Conseiller juridique	Centre médical Europe
Mme	GUEZ	Directrice bureau médical en charge des relations auprès des médecins et des entreprises	Centre médical Europe
Dr	JUMELLE-DUPUY	Président directeur général du centre médical Europe	Centre médical Europe
Mme	LALOUM	Directrice des ressources humaines	Centre médical Europe
Mme	GAUTIER	Adjointe direction du risque	CPAM 75
M	TEREYGEOL	Directeur de la gestion du risque et prévention	CPAM 75
M	RAVOUX	Directeur CPAM 93	CPAM 93
M	COSTE	Directeur des affaires sanitaires et sociale 75	DASS 75
Dr	ZASLAVSKY	Responsable pôle santé publique DASS 75	DASS 75
M	BLANCHARD	Directeur DDASS 93	DDASS 93
Mme	ESTAY	Directrice adjointe DDASS 93	DDASS 93
Dr	GUICHARD	MISP DDASS 93	DDASS 93
Dr	BAUBEAU	Médecin inspecteur régional Ile-de-France	DRASS IF
Mme	BELLOT	Chef du service Politiques hospitalières DRASSIF	DRASS IF
M	COURTEL	IASS Pôle SOCIAL-PPS-SECOSS DRASSIF	DRASS IF
Mme	L'HELGOUALC'H	Chef Pôle santé DRASSIF	DRASS IF
Dr	MONCHICOURT	Président Association Garde Médicale de Paris	GMP
Mme	BOULANGER	Cadre supérieur de santé fédération des urgences	Hopital JEAN VERDIER
Pr	GAUDELUS	Chef de service de pédiatrie	Hopital JEAN VERDIER
Mme	HEMMART	Directeur des soins	Hopital JEAN VERDIER
M	HOTTE	Directeur CH Jean VERDIER	Hopital JEAN VERDIER
Dr	LACHASSINE	Praticien hospitalier responsable néonatalogie	Hopital JEAN VERDIER
M	MALHERBE	Adjoint au directeur chargé de la stratégie	Hopital JEAN VERDIER

Pr	PATERON	Coordinateur de la fédération des urgences	Hopital JEAN VERDIER
Dr	TEYCHENE	Praticien hospitalier responsable des urgences pédiatriques	Hopital JEAN VERDIER
M	CHARLES	Directeur adjoint	Hopital LARIBOISIERE
Mme	GRENOUILLEAU	Directrice	Hopital LARIBOISIERE
Pr	CHERON	Chef de service des urgences POSU de Necker	Hopital NECKER
Pr.	BEAUFILS	Président Commission consultative médicale	Hopital ROBERT DEBRE
Mme	CHAOUI	Ingénieur organisation des soins	Hopital ROBERT DEBRE
Mme	GATINEAU-SAILLANT	Direction des soins	Hopital ROBERT DEBRE
M	LEGLISE	Directeur	Hopital ROBERT DEBRE
Dr	VITOUX	chef de service POSU Robert Debré	Hopital ROBERT DEBRE
Mme	WEIGEL	Surveillante urgences pédiatriques	Hopital ROBERT DEBRE
Dr	DEMEULEMEESTER	Chef du département programmation	INPES
M	LAMOUREUX	Directeur	INPES
M	LHOSTIS	Adjoint au Maire de Paris, chargé de la santé et des relations avec l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, président suppléant du conseil d'administration de l'AP-HP	Mairie de Paris
Dr	VEBER	conseillère chargée des questions de Santé, Sida, Toxicomanie au cabinet du maire	Mairie de Paris
Mme	BARAT	Chargée de mission DHOS	Ministère/DHOS
M	COUTY	Directeur DHOS	Ministère/DHOS
M	GRACIEUX	Sous directeur DHOS	Ministère/DHOS
Dr	MARDEGAN	Chargé de mission Plan ministériel Urgences DHOS	Ministère/DHOS
Mme	REVEL	Sous directrice DHOS	Ministère/DHOS
M	DESCOURS	Président de la commission nationale de suivi de la permanence des soins	Ministère/DHOS
Dr	BOISSIN	Vice-Président conseil départemental de l'ordre des médecins du 75	Ordre des médecins 75
Dr	ZEIGER	Président conseil départemental de l'ordre des médecins du 75	Ordre des médecins 75
Dr	FELLOUS	Président du conseil département de l'ordre des médecins du 93	Ordre des médecins 93
Dr	DELOURS	Responsable service PMI de Paris	PMI 75
Dr	TOPUZ	Directeur service de PMI du 93	PMI 93
M	DALBAVIE	chargé de mission dossier permanence des soins	Prefecture de police 75
Dr	FOURNIER	Président association des médecins régulateurs libéraux du 93	PS 93
Dr	SIAVELLIS	Coordinateur association urgentistes libéraux du 93	PS 93

Pr	CARLI	Directeur SAMU 75	SAMU 75
Pr	CUPA	Directeur SAMU 93	SAMU 93
Dr	HUA	Coordinateur association urgentistes libéraux du 93	Service Urgence SUR
Dr	BRASSEUR	Gérant de SOS médecins Ile de France	SOS médecins
Dr	PEGUET	Associé SOS pédiatrie	SOS pédiatrie
M	FONDOULIS	Président comité départemental Associations familiales laïques	UDAF 75
Mme	THIEBAULT	Secrétaire comité départemental Associations familiales laïques	UDAF 75
M	GAUTHIER	Directeur UDAF 93	UDAF 93
Dr	EL FASSI	Responsable système d'information UMP	UMP
Dr	TRAUCHESSEC	Directeur association Urgences médicales de Paris	UMP
M	CHERASSE	Directeur URCAM Ile de France	URCAM
Dr	HUYNH	Président de l'Union régionale des médecins libéraux d'Ile-de-France.	URML