

Académie d'Orléans –Tours  
Université François-Rabelais

## FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2012

N°

**THESE**

**Pour le**

**DOCTORAT EN MEDECINE**

**Diplôme d'Etat**

**Par**

**François TRABUT**

Né le 9 janvier 1978 à Tarbes

Présentée et soutenue publiquement le 17 février 2012

**Impact de la Plateforme Alternative d'Innovation en Santé (PAIS)  
sur la fréquentation des services d'urgences des hôpitaux de Blois,  
Amboise et Tours**

**Jury**

**Président de Jury :** Monsieur le Professeur DEQUIN

**Membres du jury :** Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ  
Monsieur le Professeur RUSCH  
Monsieur le Docteur GBADAMASSI

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS  
**FACULTE DE MEDECINE DE TOURS**

**DOYEN**

**Professeur Dominique PERROTIN**

**VICE-DOYEN**

Professeur Daniel ALISON

**ASSESEURS**

Professeur Christian ANDRES, Recherche  
Docteur Brigitte ARBEILLE, Moyens  
Professeur Christian BINET, Formation Médicale Continue  
Professeur Laurent BRUNEREAU, Pédagogie  
Professeur Patrice DIOT, Recherche clinique

**SECRETAIRE GENERALE**

Madame Fanny BOBLETER

\*\*\*\*\*

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966  
*Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962*  
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972  
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994  
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

**PROFESSEURS EMERITES**

Professeur Alain AUTRET  
Professeur Jean-Claude BESNARD  
Professeur Patrick CHOUTET  
Professeur Guy GINIES  
Professeur Olivier LE FLOCH  
Professeur Chantal MAURAGE  
Professeur Léandre POURCELOT  
Professeur Michel ROBERT  
Professeur Jean-Claude ROLLAND

**PROFESSEURS HONORAIRES**

MM. Ph. ANTHONIOZ - A. AUDURIER – Ph. BAGROS - G. BALLON – P.BARDOS - J. BARSOTTI  
A. BENATRE - Ch. BERGER –J. BRIZON - Mme M. BROCHIER - Ph. BURDIN - L. CASTELLANI  
J.P. FAUCHIER - B. GRENIER – M. JAN –P. JOBARD - J.-P. LAMAGNERE - F. LAMISSE – J. LANSAC  
J. LAUGIER - G. LELORD - G. LEROY - Y. LHUINTRE - M. MAILLET - Mlle C. MERCIER - E/H. METMAN  
J. MOLINE - Cl. MORAINÉ - H. MOURAY - J.P. MUH - J. MURAT - Mme T. PLANIOL - Ph. RAYNAUD  
Ch. ROSSAZZA - Ph. ROULEAU - A. SAINDELLE - J.J. SANTINI - D. SAUVAGE - M.J. THARANNE  
J. THOUVENOT - B. TOUMIEUX - J. WEILL.

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

MM.	ALISON Daniel	Radiologie et Imagerie médicale
	ANDRES Christian	Biochimie et Biologie moléculaire
	ARBEILLE Philippe	Biophysique et Médecine nucléaire
	AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Mme	AUTRET-LECA Elisabeth	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
MM.	BABUTY Dominique	Cardiologie
Mmes	BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; Radiothérapie
	BARTHELEMY Catherine	Physiologie
MM.	BAULIEU Jean-Louis	Biophysique et Médecine nucléaire
	BERNARD Louis	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
	BEUTTER Patrice	Oto-Rhino-Laryngologie
	BINET Christian	Hématologie ; Transfusion
	BODY Gilles	Gynécologie et Obstétrique
	BONNARD Christian	Chirurgie infantile
	BONNET Pierre	Physiologie
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
MM.	BOUGNOUX Philippe	Cancérologie ; Radiothérapie
	BRUNEREAU Laurent	Radiologie et Imagerie médicale
	BUCHLER Matthias	Néphrologie
	CALAIS Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
	CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques	Parasitologie et Mycologie
	CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
	CHARBONNIER Bernard	Cardiologie
	COLOMBAT Philippe	Hématologie ; Transfusion
	CONSTANS Thierry	Médecine interne ; Gériatrie et Biologie du vieillissement
	CORCIA Philippe	Neurologie
	COSNAY Pierre	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et Imagerie médicale
	COUET Charles	Nutrition
	DANQUECHIN DORVAL Etienne	Gastroentérologie ; Hépatologie
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique ; médecine d'urgence
	DESTRIEUX Christophe	Anatomie
	DIOT Patrice	Pneumologie
	DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & Cytologie pathologiques
	DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	FAUCHIER Laurent	Cardiologie
	FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FETISSOF Franck	Anatomie et Cytologie pathologiques
	FOUQUET Bernard	Médecine physique et de Réadaptation
	FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
	FUSCIARDI Jacques	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe	Psychiatrie d'Adultes
	GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
	GOUDEAU Alain	Bactériologie -Virologie ; Hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
	GRUEL Yves	Hématologie ; Transfusion
	GUILMOT Jean-Louis	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
	GUYETANT Serge	Anatomie et Cytologie pathologiques
	HAILLOT Olivier	Urologie
	HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique ; médecine d'urgence (Néphrologie et Immunologie clinique)
	HERAULT Olivier	Hématologie ; transfusion
	HERBRETEAU Denis	Radiologie et Imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline	Médecine interne, Gériatrie et Biologie du vieillissement
MM.	HUTEN Noël	Chirurgie générale
	LABARTHE François	Pédiatrie
	LAFFON Marc	Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	LANSON Yves	Urologie
	LARDY Hubert	Chirurgie infantile
	LASFARGUES Gérard	Médecine et Santé au Travail
	LEBRANCHU Yvon	Immunologie
	LECOMTE Pierre	Endocrinologie et Maladies métaboliques
	LECOMTE Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

	LEMARIE Etienne	Pneumologie
	LESCANNE Emmanuel	Oto-Rhino-Laryngologie
	LINASSIER Claude	Cancérologie ; Radiothérapie
	LORETTE Gérard	Dermato-Vénérologie
	MACHET Laurent	Dermato-Vénérologie
	MAILLOT François	Médecine Interne
	MARCHAND Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	MARRET Henri	Gynécologie et Obstétrique
	MULLEMAN Denis	Rhumatologie
	NIVET Hubert	Néphrologie
	PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, Pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric	Biophysique et Médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique	Réanimation médicale ; médecine d'urgence
	PERROTIN Franck	Gynécologie et Obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
	RICHARD-LENOBLE Dominique	Parasitologie et Mycologie
	ROBIER Alain	Oto-Rhino-Laryngologie
	ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
	RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
	SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie	Biologie et Médecine du développement et de la Reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et Médecine Nucléaire
	SIRINELLI Dominique	Radiologie et Imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
	TOUTAIN Annick	Génétique
	VAILLANT Loïc	Dermato-Vénérologie
	VELUT Stéphane	Anatomie
	WATIER Hervé	Immunologie.

### **PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

Mme LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie Médecine Générale

### **PROFESSEURS ASSOCIES**

MM. HUAS Dominique Médecine Générale  
LEBEAU Jean-Pierre Médecine Générale  
MALLET Donatien Soins palliatifs  
POTIER Alain Médecine Générale

### **MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

Mme ARBEILLE Brigitte Biologie cellulaire  
M. BARON Christophe Immunologie  
Mme BAULIEU Françoise Biophysique et Médecine nucléaire  
M. BERTRAND Philippe Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication  
Mme BLANCHARD-LAUMONIER Emmanuelle Biologie cellulaire  
M BOISSINOT Eric Physiologie  
MM. BRILHAULT Jean Chirurgie orthopédique et traumatologique  
CORTESE Samuele Pédiopsychiatrie  
Mmes DUFOUR Diane Biophysique et Médecine nucléaire  
EDER Véronique Biophysique et Médecine nucléaire  
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et Cytologie pathologiques  
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie - Virologie ; Hygiène hospitalière  
M. GIRAUDEAU Bruno Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication  
Mme GOUILLEUX Valérie Immunologie  
MM. GUERIF Fabrice Biologie et Médecine du développement et de la reproduction  
GYAN Emmanuel Hématologie, transfusion  
M. HOARAU Cyrille Immunologie  
M. HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire

Mme	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
Mmes	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale ; Pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et Cytologie pathologiques
MM.	MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
	MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière
M.M	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et Droit de la santé
M.	VOURC'H Patrick	Biochimie et Biologie moléculaire

### MAITRES DE CONFERENCES

Mlle	BOIRON Michèle	Sciences du Médicament
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mlle	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - Orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire

### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	ROBERT Jean	Médecine Générale
----	-------------	-------------------

### CHERCHEURS C.N.R.S. - INSERM

MM.	BIGOT Yves	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	BOUAKAZ Ayache	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	CHALON Sylvie	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
MM.	COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – U 618
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 6239
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	HEUZE-VOURCH Nathalie	Chargée de Recherche INSERM – U 618
MM.	LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche INSERM - UMR CNRS-INSERM 930
	LE PAPE Alain	Directeur de Recherche CNRS – U 618
Mmes	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR CNRS-INSERM 930
	POULIN Ghislaine	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS-INSERM 930

### CHARGES D'ENSEIGNEMENT

#### *Pour l'Ecole d'Orthophonie*

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
M	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
M.	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle	Orthophoniste

#### *Pour l'Ecole d'Orthoptie*

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel	Praticien Hospitalier

#### *Pour l'Ethique Médicale*

Mme	BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
-----	------------------	-----------------------

**A Monsieur le Professeur Dequin,**

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de Thèse. Soyez assuré de ma gratitude et de mon estime les plus profondes.

**A Monsieur le Professeur Rusch,**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail.

**A Madame le Professeur Lehr-Drylewicz,**

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse et de me guider dans cette tâche difficile.

**A Monsieur le Docteur Gbadamassi,**

Isaac, tu es à l'origine du projet qui est le cœur de ma thèse. Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail. J'espère qu'il contribuera à la réussite de cette belle initiative.

**A Monsieur Expert,**

Patrick, tu es avec Isaac le concepteur de PAIS. Merci pour tes conseils et ton dévouement pour répondre à mes nombreuses demandes. J'espère avoir apporté une pierre à l'édifice PAIS.

**A Monsieur le Docteur Gouin,**

Je vous remercie d'avoir recueilli malgré les obstacles les données qui m'étaient capitales.

**A Madame Briault,**

Je vous remercie d'avoir pris sur votre temps pour m'aider dans mon travail.

**A Monsieur Dumetz,**

Je vous remercie pour l'aide de qualité que vous m'avez fournie.

**A mes confrères de Saint-Georges-sur-Cher,**

Merci de m'avoir confié vos patients et donné votre confiance. C'est un plaisir de travailler avec vous. J'espère que notre belle entente durera toujours.

**A Bernadette et Delphine,**

Merci de votre sympathie et de votre dévouement quotidien. Vous m'avez permis de trouver le temps de mener mon travail à bon port.

**Aux patients,**

Qui me donnent une raison de me lever le matin et qui m'incitent chaque jour à devenir meilleur.

**A mon père,**

Merci de m'avoir transmis la passion de ce métier merveilleux, et pour tout ce que tu m'as appris de la vie.

**A ma mère,**

Pour ton soutien de chaque instant, tes conseils et ton amour inconditionnel.

**A Anne, Joseph, Agnès et Philippe,**

Vous m'avez accompagné dans les moments de joie et dans les coups durs. Vous aurez toujours une immense place dans mon cœur.

**A Olivier,**

Mon pote, tu m'as donné le coup de pouce qui me manquait, merci des conseils que toi seul a su me donner. Je te souhaite de t'éclater toute ta vie comme tu sais si bien le faire. Je serai toujours là pour partager les bons moments.

**A mes amis,**

Merci de m'offrir une vie en dehors de la médecine. A tout ce que nous avons vécu ensemble et à ce qui nous reste à vivre !

**Enfin,**

**A ma femme, Anne-Catherine,**

Tu es tout pour moi. Tu es toujours là pour moi. Tu es ma meilleure amie et l'amour de ma vie.

Je t'aime.

# **SOMMAIRE :**

## **I. Introduction .....3**

### I.1. Diminution de l'accès aux soins

#### I.1.1. Diminution de l'offre de soins

##### I.1.1.1. Baisse de la démographie médicale

##### I.1.1.2. Causes de la pénurie de médecins généralistes

##### I.1.1.3. Evolution des pratiques

##### I.1.1.4. Diminution de la permanence des soins

#### I.1.2. Augmentation de la demande de soins émanant de la population

##### I.1.2.1. Consumérisme médical

##### I.1.2.2. Vieillesse de la population

#### I.1.3. Conséquence : encombrement des services d'urgences

### I.2. Stratégies gouvernementales

#### I.2.1. Le Plan Urgence 2003-2008

#### I.2.2. Le rapport du Dr Hubert en 2010

### I.3. Le projet PAIS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé)

#### I.3.1. Présentation

#### I.3.2. Objectifs et modalités

#### I.3.3. Actions mises en œuvre

## **II. Matériel et méthode .....10**

### II.1. Type d'étude

### II.2. Eléments mesurés

### II.3. Populations étudiées

### II.4. Sources

### II.5. Analyse statistique

## **III. Résultats .....11**

### III.1. Centre Hospitalier de Blois

#### III.1.1. Nombre total de passages

#### III.1.2. Patients de plus de 70 ans

#### III.1.3. Enfants de moins de 2 ans

#### III.1.4. Passages de nuit

#### III.1.5. Hospitalisations par les urgences

III.2. Centre Hospitalier de Tours	
III.2.1. Nombre total de passages	
III.2.2. Patients de plus de 70 ans	
III.2.3. Enfants de moins de 2 ans	
III.2.4. Passages de nuit	
III.2.5. Hospitalisations par les urgences	
III.3. Centre Hospitalier d'Amboise	
III.3.1. Nombre total de passages	
III.3.2. Hospitalisations par les urgences	
III.4. Résultats cumulés	
III.4.1. Répartition des patients	
III.4.2. Nombre total de passages	
III.4.3. Patients de plus de 70 ans	
III.4.4. Enfants de moins de 2 ans	
III.4.5. Passages de nuit	
III.4.6. Hospitalisations par les urgences	
<b>IV. Discussion .....</b>	<b>22</b>
IV.1. Critique de l'étude	
IV.2. Analyse des résultats	
IV.3. Revue de la littérature	
IV.3.1. En France	
IV.3.2. A l'étranger	
<b>V. Conclusion .....</b>	<b>27</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>28</b>
<b>Annexes</b>	

# **I. Introduction :**

## **I.1. Diminution de l'accès aux soins :**

### **I.1.1. Diminution de l'offre de soins :**

#### **I.1.1.1. Baisse de la démographie médicale :**

D'après les chiffres de la DREES, la densité de médecins généralistes en France est de 109,5 pour 100000 habitants (-3,2% par rapport à 2000). En Région Centre : 92 pour 100000 habitants (-4,3%). En Loir-et-Cher : 97 pour 100000h (1).

On observe de plus un vieillissement des praticiens en exercice : au niveau national, 37% des généralistes ont plus de 55 ans, 39,6% en région Centre, 46,7% en Loir-et-Cher (1). Les départs à la retraite vont donc s'accélérer dans les années à venir.

Selon les projections, le nombre de médecins continuerait de diminuer jusqu'en 2019 (2). De plus, la population continuant d'augmenter, la densité médicale sera durablement inférieure à son niveau actuel (2).

Le rapport de M. Boënnec en 2008 va dans le même sens, en évoquant une diminution continue de la densité médicale jusqu'en 2025, notamment en raison du départ à la retraite des « baby-boomers » (3). Au niveau national, l'âge moyen des généralistes en activité est de 48 ans, 28% des généralistes ont plus de 55 ans (3).

Ce rapport souligne également l'existence de fortes disparités dans la densité médicale entre la moitié sud mieux dotée et le reste de la France.

#### **I.1.1.2. Causes de la pénurie de médecins généralistes :**

Outre le vieillissement du corps médical déjà mentionné, plusieurs éléments sont à prendre en compte. En premier lieu, la baisse du *numérus clausus*, surtout entre 1983 et 1993, date à laquelle il était à son niveau le plus bas, a créé un déficit dans le remplacement des médecins retraités.

Les départs anticipés à la retraite ont été nombreux entre 1988 et 2003, encouragés par les pouvoirs publics grâce au mécanisme d'incitation à la cessation de l'activité (MICA) qui organisait une préretraite dès l'âge de 57 ans.

Ce phénomène est aggravé par le retard à l'installation des jeunes médecins. En région Centre, en 2010, l'âge moyen d'installation était de 42 ans (6).

On assiste à une réorientation fréquente des médecins généralistes vers d'autres spécialisations qui leur sont accessibles ou vers un exercice salarié. On estime qu'environ seulement 55% des omnipraticiens ont une activité effective en médecine libérale de premier recours (3).

### **I.1.1.3. Evolution des pratiques :**

Les jeunes médecins sont plus enclins à revendiquer des conditions de travail conformes à la société des « 35 heures » dans laquelle ils vivent. Pouvoir disposer d'horaires convenables et garder une vie extra-professionnelle sont des priorités plus fortes que pour les générations précédentes (3). Les données de l'Ordre des médecins vont dans le même sens, soulignant que les jeunes médecins aspirent à une durée de travail moindre, notamment les femmes (17). Or, on assiste à une féminisation de la profession. Selon les projections de la DREES, les femmes médecin seront majoritaires à partir de 2020 (7). Diverses études montrent une durée de travail hebdomadaire moindre pour les médecins femmes par rapport à leurs confrères masculins (9, 18, 19, 20, 21, 22).

### **I.1.1.4. Diminution de la permanence des soins (PDS) :**

La PDS peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux (13). Les modalités de la PDS ont été arrêtées par le décret du 7 avril 2005 et par l'avenant n°4 à la convention médicale du 12 janvier 2005. Elle est organisée dans chaque département sur la base d'une sectorisation arrêtée par le Préfet après avis du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins (CODAMUPS).

Actuellement, on note certaines défaillances dans le système de la PDS qui n'est pas toujours assurée. Sur le plan législatif, la PDS est basée sur le volontariat des médecins libéraux (Article R 6315-4 du code de la Santé Publique), bien qu'ils puissent être réquisitionnés en cas de nécessité, et on observe de plus en plus un désengagement des médecins installés pour les gardes pour des motifs variés, tenant à la fois à la démographie médicale, aux revendications du corps médical, et notamment des jeunes médecins, relatives aux conditions de travail (insécurité, temps et rythme de travail), ou encore aux modalités d'indemnisation du service de gardes (14).

## **I.1.2. Augmentation de la demande de soins émanant de la population :**

### **I.1.2.1. Consumérisme médical :**

Dans une société de l'immédiateté et avec le développement d'un certain consumérisme médical, les exigences de la population en termes de délai de réponse et de prise en charge sanitaire s'accroissent et le taux de recours au médecin a augmenté (3).

La relation entre patient et système de santé a évolué. Le temps du paternalisme médical est terminé (5). Cette évolution se traduit essentiellement par l'intégration des patients dans la gestion individuelle et collective du système de santé. Le patient passif, docile et soumis a laissé place à un usager actif, revendicateur et en quête d'autonomie (5).

Alors qu'il bénéficiait d'une aura sociale très importante, le praticien est de plus en plus perçu comme un prestataire de service (5). Dans le même esprit, le développement de l'information en santé, notamment par le biais d'internet, l'augmentation du nombre de recours en justice et de condamnations, mais aussi l'exigence d'une qualité et d'une sécurité maximum dans les soins, sont les témoins d'une certaine consumérisation du statut du patient (5).

En pratique, il s'agit de patients qui viennent par leurs propres moyens aux urgences afin de recevoir des soins pour des problèmes mineurs qui auraient pu attendre la consultation d'un médecin généraliste, ou bien de patients qui estiment anormal d'attendre et d'être pris en charge plus tardivement que d'autres traités prioritairement pour des problèmes plus graves, ou enfin de patients qui consultent plusieurs médecins différents pour bénéficier d'examen complémentaires injustifiés ou pour obtenir la prescription d'un traitement que d'autres praticiens leur refusent (5).

De plus, le remboursement des actes par l'assurance maladie donne une importance relative au prix des soins, qui n'est donc pas un facteur essentiel dans le comportement du patient *consommateur* (5).

### **I.1.2.2. Vieillesse de la population :**

Au-delà de cette évolution sociologique, les besoins sanitaires devraient être de plus en plus importants dans les prochaines années compte tenu du vieillissement de la population et notamment du souhait de favoriser le maintien des personnes âgées à domicile, ainsi que du développement de formes alternatives à l'hospitalisation (HAD). (3)

Actuellement, en France métropolitaine, selon l'INSEE, 23,3% de la population ont plus de 60 ans et 9% plus de 75 ans. En région Centre, les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 24,6%, et celles de plus de 75 ans 9,96%. Ces proportions sont encore plus marquées en Loir-et-Cher avec 27,2% pour les plus de 60 ans et 11,55% pour les plus de 75 ans. Les deux principales causes du vieillissement de la population sont l'avancée en âge des générations nombreuses du baby-boom (1947-1973) et l'augmentation de l'espérance de vie. En 2011, l'espérance de vie à 60 ans est de 22,4 ans pour les hommes et de 27,2 ans pour les femmes. Les projections faites en 2007 par l'INSEE prévoient en 2060 une augmentation de 10,4 millions (+80%) des personnes âgées de plus de 60 ans, soit un nombre total de 23,6 millions.

Sur le plan médical, la personne âgée est caractérisée par le concept de fragilité qui dépend de plusieurs facteurs. D'une part, la prévalence des maladies chroniques augmente avec l'âge, mais surtout la caractéristique essentielle du patient âgé malade est la polypathologie. A 75 ans, plus de 50% des patients sont atteints d'une des 30 affections de longue durée (ALD 30) reconnues par l'Assurance maladie (8).

De nos jours, 28% des consultations des médecins généralistes concernent des patients de plus de 70 ans<sup>9</sup>. On peut donc concevoir qu'avec l'augmentation de la population âgée, le travail des praticiens va également s'accroître, d'autant plus qu'il s'agit souvent de patients qui ne peuvent pas se déplacer au cabinet médical (selon une étude de la DREES en 2000, la part des visites à domicile effectuées par les omnipraticiens représente 65,5% pour les plus de 80 ans). (9)

Parallèlement, le recours aux urgences et les hospitalisations vont croissant. Le rapport de la Cour des Comptes de 2007 (10) a souligné que le taux de recours aux urgences des patients de plus de 80 ans est de 40%. D'autres études de ce rapport montrent que le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans se présentant aux urgences augmente vite : +9,6% entre 2000 et 2004 en Ile-de-France. Enfin, ce rapport souligne que les personnes âgées sont hospitalisées dans plus de la moitié des cas (10).

### **I.1.3. Conséquence : encombrement des services d'urgences.**

Depuis les années 90, la fréquentation des services d'urgences augmente de façon exponentielle. Dans son rapport de 2007, la Cour des Comptes note que le nombre de passages aux urgences en France a doublé en 15 ans (de 1990 à 2005) pour atteindre 14 millions en 2004, tout en soulignant que 75% des patients reçus ne sont pas hospitalisés (10).

Il en résulte un encombrement problématique de ces services en termes de logistique mais aussi de coût des soins (bien supérieurs à l'hôpital, notamment en raison de la réalisation d'actes complémentaires).

Plusieurs études montrent que la difficulté d'accès à un médecin généraliste est une raison très fréquente d'une consultation inappropriée aux urgences. Selon la thèse du Dr Billemont (11), 36% des patients qui ont consulté directement aux urgences n'ont pu avoir de rendez-vous avec leur médecin. De même, l'étude d'Afilalo en 2004 retrouve comme facteur de consultation inappropriée aux urgences l'inaccessibilité du médecin traitant dans 32% des cas (12).

## **I.2. Stratégies gouvernementales :**

### **I.2.1. Le Plan Urgence 2003-2008 (15) :**

Le Plan Urgence a été mis en place suite à l'épisode de canicule de 2003 qui a sensibilisé les pouvoirs publics sur le problème grave de l'encombrement des urgences. Il s'intéresse à toute filière d'accès aux soins non programmés, et se décline en plusieurs mesures :

- Organiser la PDS ambulatoire déjà mentionnée.
- Encourager et développer les Maisons Médicales de Garde (MMG).
- Créer des postes de praticiens hospitaliers dans les SAMU-Centre 15.
- Renforcer et mettre aux normes les SMUR.
- Augmenter les moyens médicaux et paramédicaux, soignants et logistiques des structures d'urgences hospitalières.
- Développer la prise en charge gériatrique, les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), l'Hospitalisation à Domicile (HAD).

### **I.2.2. Le Rapport du Dr Hubert en 2010 (16):**

La mission confiée au Dr Hubert par le Président de la République en 2010 était de trouver des propositions pour permettre aux Français d'accéder de façon satisfaisante et équitable aux soins de premier recours dispensés par la médecine de proximité. Parmi les principales propositions, on peut noter :

- La réforme des études médicales en favorisant la filière de médecine générale.
- La modernisation de l'exercice en développant l'informatisation et la télémédecine.
- L'aide au regroupement des praticiens, notamment en promouvant les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), les Pôles de Santé Pluridisciplinaires (PSP) et les centres de santé.
- L'aide à l'installation des jeunes généralistes.
- Le renforcement de la PDS.
- Diverses mesures temporaires dans les zones les plus déficitaires, basées sur le volontariat, comme l'appel aux médecins retraités ou l'incitation des internes à effectuer une année supplémentaire de mission de service public.

## **I.3. Projet PAIS (Plateforme Alternative d'Innovation en Santé) :**

### **I.3.1. Présentation :**

PAIS a été conçu par deux hospitaliers : Le Dr Isaac Gbadamassi, anesthésiste-réanimateur, praticien hospitalier au SAMU 41, et Patrick Expert, directeur adjoint du Centre hospitalier de Blois, spécialiste des questions de financement. Ils ont été missionnés par l'ARH et l'URCAM du Centre en 2008 (fusionnés depuis dans l'ARS).

Le projet s'inscrit dans les possibilités d'expérimentation de nouveaux modes de rémunération et d'organisation des professionnels libéraux offertes par la loi de financement de la sécurité sociale de 2008 (art.44).

Il est financé par des structures sanitaires publiques (l'ARS par l'intermédiaire du FIQCS et du FNPEIS, et la CPAM de Loir-et-Cher), mais aussi privées (la Mutualité Française du Centre et Harmonie Mutualité, le groupement de coopération sanitaire *Télesanté Centre*), et les collectivités locales.

PAIS vise à réorganiser la médecine de proximité afin que la permanence des soins de ville, la prévention et l'éducation retrouvent une place prépondérante dans le système de soins. Les motivations principales sont d'améliorer l'accès aux soins et de diminuer au maximum l'hospitalo-centrisme, générateur de dépenses inutiles. Il envisage également de repenser le système de financement du système de santé et le mode de rémunération des praticiens.

### **I.3.2. Objectifs et modalités :**

Les médecins généralistes expérimentateurs signent une convention en entrant dans PAIS. Ces praticiens perçoivent un complément financier versé chaque mois par l'ARS (via l'aide à la contractualisation) et les mutuelles afin de **renforcer et développer le secrétariat** (par du personnel qui est mutualisé). Ce renforcement leur permet de mieux filtrer les demandes émanant de la population et d'alléger leurs tâches administratives. Les secrétaires sont formées au filtrage auprès du SAMU 41 – CRAA 15.

Grâce à ce gain de temps, les médecins s'engagent à réaliser à tour de rôle une **prise en charge des demandes imprévues**, en aménageant des plages horaires dans leur agenda pour y faire face. A ce titre, ils perçoivent un complément de rémunération apporté par le FIQCS. Le gain de temps leur permet aussi de participer à des **actions de formation, de prévention et d'éducation** (qui leur sont rémunérées via le FNPEIS).

**Le regroupement des médecins** est favorisé, d'une part, par le développement du secrétariat médical commun, mais aussi par la remise gratuite de **solutions informatiques** par le groupement de coopération de santé *Télesanté Centre*, qui permet la mise en commun des dossiers médicaux et donc améliorer la prise en charge des patients.

La meilleure prise en charge des demandes imprévues doit permettre de revoir **l'organisation de la permanence des soins** de 20h à minuit. En effet, la majorité des appels concerne des cas non traités en journée, et reportés, de ce fait, en début de nuit. Pour ce qui est des cas lourds, l'intervention du SAMU reste, de toute façon inévitable. Le projet PAIS propose donc une prise en charge par le SAMU-CRAA 15 à partir de 20h.

Enfin, par l'amélioration de la qualité de vie offerte par le dispositif, PAIS vise à attirer de jeunes praticiens dans les secteurs concernés. Il prévoit de plus le paiement d'un **forfait de pénibilité**.

### **I.3.3. Actions mises en œuvre :**

L'expérimentation a débuté le 1<sup>er</sup> Octobre 2009 avec le renforcement du filtrage des appels reçus par un cabinet de 4 médecins généralistes volontaires situé à Saint-Georges-sur-Cher, commune du Loir-et-Cher, dont le secteur de garde compte 16 418 habitants.

En mars 2010, des interventions de formation et d'éducation dans des EHPAD locales ont commencé et un cinquième médecin s'est installé au sein du même cabinet, adhérant lui aussi au projet.

En mai 2010, le système de roulement pour la prise en charge des demandes imprévues survenant en journée a été mise en place.

En novembre 2010, un nouveau secteur du Loir-et-Cher s'engage dans la démarche avec 2 médecins volontaires à Soings-en-Sologne.

En janvier 2011, le projet s'étend à un 3<sup>e</sup> secteur du département, celui de Saint-Aignan-sur-Cher, avec un groupe de quatre médecins généralistes.

En mars 2011, un médecin remplaçant adhère au projet PAIS dans le secteur de Saint-Georges-sur-Cher.

A ce jour, PAIS compte 12 médecins généralistes exerçant dans 3 cantons dont la population totale s'élève à environ 48 000 habitants.

**Ce travail s'interroge sur la différence de fréquentation des services d'accueil des urgences de Tours, Blois et Amboise avant et après la mise en place du projet PAIS.**

## **II. Matériel et Méthode :**

### **II.1. Type d'étude :**

L'étude est quantitative rétrospective avant/après la mise en place de PAIS.

### **II.2. Eléments mesurés :**

Nous avons recueilli le nombre de passages dans les SAU des centres hospitaliers de Tours, de Blois et d'Amboise, qui sont les trois principaux centres susceptibles d'accueillir les patients du secteur médical de Saint-Georges-sur-Cher où est appliqué PAIS. La période étudiée va du 1<sup>er</sup> mai 2009 au 30 avril 2011, c'est-à-dire un an avant et après la mise en place de PAIS. Nous avons différencié les passages de jour et de nuit, et relevé le nombre d'hospitalisations consécutives à une consultation aux urgences.

### **II.3. Populations étudiées :**

L'étude concerne les consultants aux urgences de Tours, Blois et Amboise. Nous avons séparé cette population totale en deux groupes : un groupe concernant les patients provenant du secteur où PAIS est appliqué, c'est-à-dire des communes de code postal 41400, et l'autre groupe comprenant tous les autres patients. Nous avons créé deux sous-groupes supplémentaires : les patients âgés de moins de 2 ans et ceux de plus de 70 ans. Il n'y avait pas de critère d'exclusion.

### **II.4. Sources :**

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

### **II.5. Analyse statistique :**

Les données ont été saisies dans le logiciel Excel. Nous avons comparé les proportions des consultants provenant des communes 41400 l'année précédant la mise en place de PAIS (du 01/05/2009 au 30/04/2010) et l'année suivante (du 01/05/2010 au 30/04/2011). Nous avons utilisé le test du Chi<sup>2</sup> en fixant le seuil de significativité statistique  $p < 0,05$ .

### III. Résultats :

#### III.1. Centre hospitalier de Blois :

##### III.1.1. Nombre total de passages :

**Tableau n°1** : Nombre de passages aux urgences de Blois

	Communes 41400 N (%)	Autres communes N	Total N
Avant PAIS	1338 (3)	42968	44306
Après PAIS	1189 (2,6)	43987	45176

Après la mise en place de PAIS, le nombre de patients provenant des communes 41400 a diminué de 11,1% alors que le nombre de patients provenant des autres communes a augmenté de 2,4%.

La proportion des patients des communes 41400 consultant aux urgences de Blois a significativement diminué ( $p < 0,001$ ).

##### III.1.2. Patients de plus de 70 ans :

**Tableau n°2** : Nombre de patients de plus de 70 ans consultant aux urgences de Blois.

	Communes 41400 N (%)	Autres communes N	Total N
Avant PAIS	457 (6,1)	7023	7480
Après PAIS	369 (4,9)	7152	7521

Le nombre de consultants âgés de plus de 70 ans a diminué de 19,2% pour les communes 41400 alors qu'il a augmenté de 1,8% pour les autres communes cumulées.

La proportion de patients âgés de plus de 70 ans provenant des communes 41400 a significativement diminué ( $p < 0,001$ ).

Les patients de plus de 70 ans représentaient 34,16% des passages en provenance des communes 41400 aux urgences de Blois avant PAIS, et 31,03% après PAIS. Cette différence n'est pas significative.

### III.1.3. Enfants de moins de 2 ans :

**Tableau n°3 :** Nombre d'enfants de moins de 2 ans consultant aux urgences de Blois.

	<b>Communes 41400</b>	<b>Autres communes</b>	<b>Total</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
Avant PAIS	84 (1,52)	5427	5511
Après PAIS	83 (1,43)	5687	5770

Le nombre d'enfants de moins de 2 ans des communes 41400 a diminué de 0,01%. Pour les autres communes cumulées, il a augmenté de 4,8%.

La proportion d'enfants de moins de 2 ans provenant des communes 41400 n'a pas diminué de façon significative.

Les enfants de moins de 2 ans représentaient 6,28% des passages provenant des communes 41400 aux urgences de Blois avant PAIS, et 6,98% après PAIS. Cette différence est non significative.

### III.1.4. Passages de nuit :

**Tableau n°4 :** Nombre de passages entre 20h et 8h aux urgences de Blois.

	<b>Communes 41400</b>	<b>Autres communes</b>	<b>Total</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
Avant PAIS	161 (5,18)	2 945	3 106
Après PAIS	140 (4,79)	2 779	2 919

Le nombre de passages de nuit provenant des communes 41400 a diminué de 13,04%. Il a diminué de 5,63% pour les autres communes cumulées.

Il n'y a pas de différence significative entre la proportion des passages de nuit provenant des communes 41400 avant PAIS et celle après PAIS.

**Tableau n°5 :** Pourcentage de passages entre 20h et 8h aux urgences de Blois.

	<b>Communes 41400</b>	<b>Autres communes</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
Avant PAIS	12,03	6,85
Après PAIS	11,77	6,64

Il n'y a pas de différence significative entre le pourcentage de passages de nuit aux urgences de Blois pour les communes 41400 avant et après PAIS.

### III.1.5. Hospitalisations par les urgences :

**Tableau n°6** : Nombre d'hospitalisations consécutives à un passage aux urgences de Blois.

	<b>Communes 41400</b>	<b>Autres communes</b>	<b>Total</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
Avant PAIS	560 (5)	10670	11230
Après PAIS	474 (4)	11186	11660

Le nombre d'hospitalisations par les urgences de patients des communes 41400 a diminué de 15,3%. Il a augmenté de 4,8% pour les autres communes cumulées.

La proportion d'hospitalisations par les urgences de patients des communes 41400 a significativement diminué ( $p < 0,001$ ).

**Tableau n°7** : Taux d'hospitalisation aux urgences de Blois (rapport nombre de patients hospitalisés par les urgences/nombre de passages aux urgences).

	<b>Communes 41400</b>	<b>Autres communes</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
Avant PAIS	41,80	24,83
Après PAIS	39,80	25,43

Il n'y a pas de différence significative entre les taux d'hospitalisations pour les communes 41400 avant et après PAIS.

## III.2. Centre hospitalier de Tours :

### III.2.1. Nombre total de passages :

**Tableau n°8** : Nombre de passages aux urgences de Tours.

	<b>Communes 41400</b> <b>N (%)</b>	<b>Autres Communes</b> <b>N</b>	<b>Total</b> <b>N</b>
Avant PAIS	318 (0,47)	66602	66920
Après PAIS	358 (0,47)	75846	76204

Le nombre de consultants provenant des communes 41400 a augmenté de 12,5%. Il a augmenté de 13.8% pour les autres communes cumulées.

La proportion des passages provenant des communes 41400 avant PAIS est identique à celle après PAIS.

### III.2.2. Patients de plus de 70 ans :

**Tableau n°9** : Nombre de patients de plus de 70 ans consultant aux urgences de Tours.

	<b>Communes 41400</b> <b>N (%)</b>	<b>Autres communes</b> <b>N</b>	<b>Total</b> <b>N</b>
Avant PAIS	60 (0,54)	10914	10974
Après PAIS	44 (0,38)	11369	11413

Le nombre de patients âgés de plus de 70 ans provenant des communes 41400 a diminué de 26,6%. Il a augmenté de 4,1% pour les autres communes cumulées.

Il n'y a pas de différence significative entre la proportion des passages provenant des communes 41400 avant PAIS et celle après PAIS.

Les patients de plus de 70 ans représentaient 18,87% des passages en provenance des communes 41400 aux urgences de Tours avant PAIS, et 12,29% après PAIS. Cette différence est significative ( $p=0,018$ ).

### III.2.3. Enfants de moins de 2 ans :

**Tableau n°10** : Nombre d'enfants de moins de 2 ans consultant aux urgences de Tours.

	<b>Communes 41400</b>	<b>Autres communes</b>	<b>Total</b>
<b>&lt; 2ans</b>	<b>N (%)</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
Avant	57 (0,96)	5835	5892
Après	57 (0,70)	8013	8070

Le nombre d'enfants de moins de 2 ans provenant des communes 41400 n'a pas changé. Il a augmenté de 37.3% pour les autres communes.

Il n'y a pas de différence significative entre les proportions de passages provenant des communes 41400 avant PAIS et après PAIS.

Les enfants de moins de 2 ans représentaient 17,92% des passages provenant des communes 41400 aux urgences de Tours avant PAIS, et 15,92% après PAIS. Cette différence est non significative.

### III.2.4. Passages de nuit :

**Tableau n°11** : Nombre de passages entre 20h et 8h aux urgences de Tours.

	<b>Communes 41400</b>	<b>Autres communes</b>	<b>Total</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
Avant PAIS	67 (0,36)	17661	17728
Après PAIS	86 (0,42)	20203	20289

Le nombre de passages de nuit provenant des communes 41400 a augmenté de 28,3%. Il a augmenté de 14,4% pour les autres communes cumulées.

Il n'y a pas de différence significative entre la proportion des passages de nuit provenant des communes 41400 avant PAIS et celle après PAIS.

**Tableau n°12** : Pourcentage de passages entre 20h et 8h aux urgences de Tours.

	<b>Communes 41400</b>	<b>Autres communes</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
Avant PAIS	21,07	26,52
Après PAIS	24,02	26,64

Il n'y a pas de différence significative entre le pourcentage de passages de nuit aux urgences de Tours pour les communes 41400 avant et après PAIS.

### III.2.5. Hospitalisations par les urgences :

**Tableau n°13** : Nombre d'hospitalisations consécutives à un passage aux urgences de Tours.

	<b>Communes 41400</b> N (%)	<b>Autres communes</b> N	<b>Total</b> N
Avant PAIS	141 (0,64)	21873	22014
Après PAIS	139 (0,62)	22325	22464

Le nombre d'hospitalisations a diminué de 1,4% pour les communes 41400 et a augmenté de 2% pour les autres communes cumulées.

Il n'y a pas de différence significative entre les proportions d'hospitalisations de patients des communes 41400 avant et après PAIS.

**Tableau n°14** : Taux d'hospitalisation aux urgences de Tours (rapport nombre de patients hospitalisés par les urgences/nombre de passages aux urgences).

	<b>Communes 41400</b> %	<b>Autres communes</b> %
Avant PAIS	44,34	32,84
Après PAIS	38,83	29,43

Il n'y a pas de différence significative entre les taux d'hospitalisation pour les communes 41400 avant et après PAIS.

### III.3. Centre hospitalier d'Amboise :

#### III.3.1. Nombre total de passages :

**Tableau n°15** : Nombre de passages aux urgences d'Amboise.

<b>PASSAGES</b>	<b>Communes 41400 N (%)</b>	<b>Autres communes N</b>	<b>Total N</b>
Avant PAIS	1037 (7,37)	13035	14072
Après PAIS	1195 (7,91)	13905	15100

Le nombre de passages aux urgences d'Amboise provenant des communes 41400 a augmenté de 15,23%. Il a augmenté de 6,67% pour les autres communes cumulées.

Il n'y a pas de différence significative entre les proportions de passages provenant des communes 41400 avant et après PAIS.

#### III.3.2. Hospitalisations par les urgences:

**Tableau n°16** : Nombre d'hospitalisations consécutives à un passage aux urgences d'Amboise.

	<b>Communes 41400 N (%)</b>	<b>Autres communes N</b>	<b>Total N</b>
Avant PAIS	257 (7,92)	2987	3244
Après PAIS	342 (9,94)	3097	3439

Le nombre d'hospitalisations a augmenté de 33% pour les communes 41400 et de 3,68% pour les autres communes cumulées.

La proportion d'hospitalisations venant des communes 41400 a significativement augmenté après PAIS ( $p=0,0038$ ).

**Tableau n°17** : Taux d'hospitalisation aux urgences d'Amboise (rapport nombre de patients hospitalisés par les urgences/nombre de passages aux urgences).

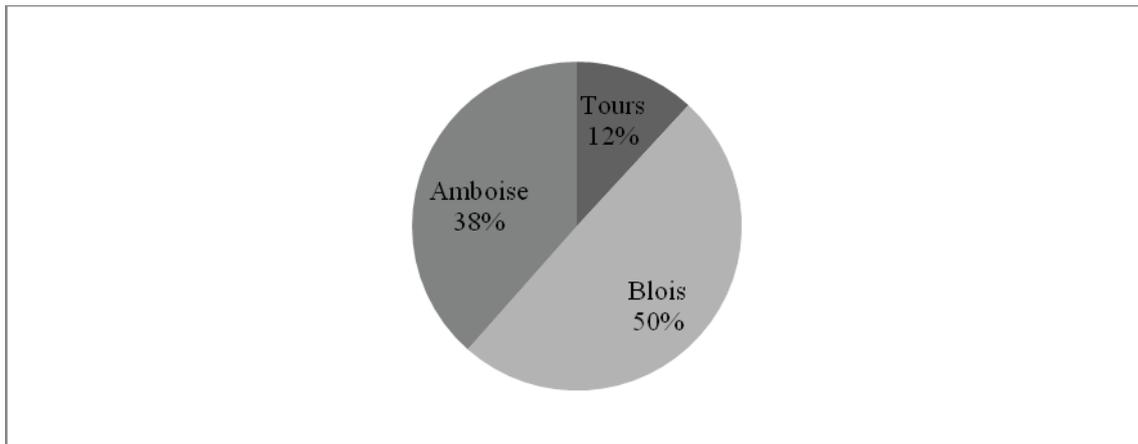
	<b>Communes 41400 %</b>	<b>Autres communes %</b>
Avant PAIS	24,78	20,94
Après PAIS	28,62	19,81

Le taux d'hospitalisation pour les communes du 41400 a significativement augmenté après PAIS ( $p=0,04$ ).

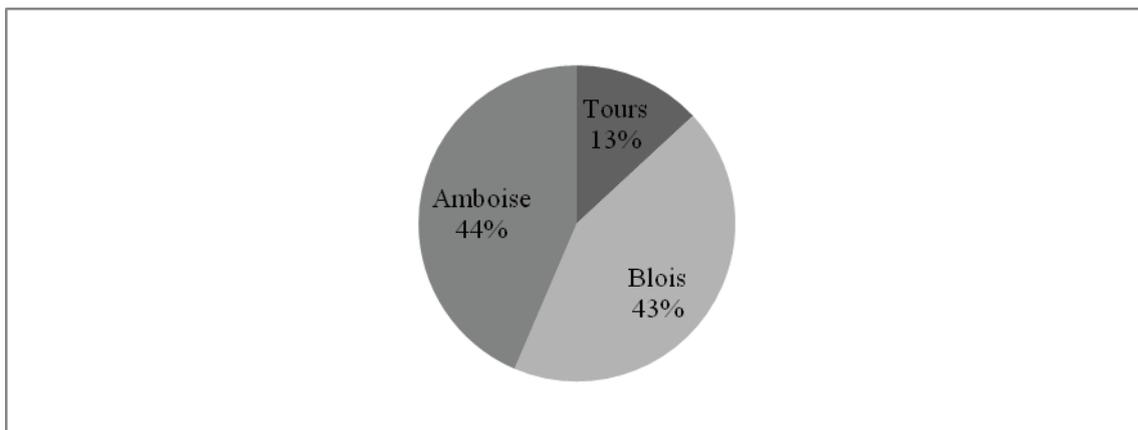
### III.4. Résultats cumulés :

#### III.4.1. Distribution des patients :

**Graphique n°1 :** Répartition dans les trois centres hospitaliers des patients des communes 41400 consultant aux urgences l'année précédant la mise en place de PAIS.



**Graphique n°2 :** Répartition dans les trois centres hospitaliers des patients des communes 41400 consultant aux urgences l'année suivant la mise en place de PAIS..



La différence de répartition des patients des communes 41400 dans les trois centres hospitaliers avant et après PAIS est significative ( $p=1,76.10^{-5}$ ).

### III.4.2. Nombre total de passages :

**Tableau n°18 :** Nombre de passages aux urgences de Tours, Blois et Amboise.

	<b>Communes 41400</b> N (%)	<b>Autres communes</b> N	<b>TOTAL</b> N
Avant PAIS	2693 (2,15)	122605	125298
Après PAIS	2742 (2,00)	133738	136480

Le nombre de passages provenant des communes 41400 a augmenté de 1,82%. Il a augmenté de 9,08% pour les autres communes cumulées.

La proportion des patients des communes 41400 consultant aux urgences des 3 centres hospitaliers a significativement diminué ( $p=0,012$ ).

### III.4.3. Patients âgés de plus de 70 ans :

**Tableau n°19 :** Nombre de patients de plus de 70 ans consultants aux urgences de Tours et Blois.

	<b>Communes 41400</b> N (%)	<b>Autres communes</b> N	<b>Total</b> N
Avant PAIS	517 (2,80)	17937	18454
Après PAIS	413 (2.18)	18521	18934

Le nombre de passages de personnes de plus de 70 ans provenant des communes 41400 a diminué de 20,11%. Il a augmenté de 3,25% pour les autres communes cumulées.

La proportion des patients de plus de 70 ans des communes 41400 consultant aux urgences de Blois et de Tours a significativement diminué ( $p=1,17.10^{-4}$ ).

Les patients de plus de 70 ans représentaient 31,2% des passages en provenance des communes 41400 aux urgences de Blois et de Tours avant PAIS, et 26,6% après PAIS. Cette différence est significative ( $p=0,0048$ ).

#### III.4.4. Enfants de moins de 2 ans :

**Tableau n°20** : Nombre d'enfants de moins de 2 ans consultant aux urgences de Tours et de Blois.

	<b>Communes 41400</b>	<b>Autres communes</b>	<b>Total</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
Avant PAIS	141 (1,23)	11262	11403
Après PAIS	140 (1,01)	13700	13840

Le nombre d'enfants de moins de 2 ans provenant des communes 41400 a diminué de 0,7%. Il a augmenté de 21,6% pour les autres communes cumulées.

Pour cette tranche d'âge, il n'y a pas de différence significative entre les proportions de passages des communes 41400 avant et après PAIS.

Les enfants de moins de 2 ans représentaient 8,51% des passages provenant des communes 41400 aux urgences de Tours et de Blois avant PAIS, et 9,05% après PAIS. Cette différence est non significative.

#### III.4.5. Passages de nuit :

**Tableau n°21** : Nombre de passages entre 20h et 8h aux urgences de Tours et de Blois.

	<b>Communes 41400</b>	<b>Autres communes</b>	<b>Total</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
Avant PAIS	228 (1,09)	20606	20834
Après PAIS	227 (0,98)	22982	23209

Le nombre de passages de nuit provenant des communes 41400 a diminué de 0,44%. Il a augmenté de 11,52% pour les autres communes cumulées.

Il n'y a pas de différence significative entre la proportion des passages de nuit provenant des communes 41400 avant et après PAIS.

**Tableau n°22** : Pourcentage de passages entre 20h et 8h aux urgences de Tours et de Blois.

	<b>Communes 41400</b>	<b>Autres communes</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
Avant PAIS	13,77	18,81
Après PAIS	14,67	19,18

Il n'y a pas de différence significative entre le pourcentage de passages de nuit aux urgences de Tours et de Blois pour les communes 41400 avant et après PAIS.

#### III.4.6. Hospitalisations par les urgences :

**Tableau n°23** : Nombre d'hospitalisations consécutives à un passage aux urgences de Tours, Blois et Amboise.

	<b>Communes 41400</b>	<b>Autres communes</b>	<b>Total</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N</b>	<b>N</b>
Avant PAIS	958 (2,62)	35535	36493
Après PAIS	955 (2,54)	36608	37563

Le nombre d'hospitalisations a diminué de 0,31% pour les communes 41400 et a augmenté de 3,02% pour les autres communes cumulées.

Il n'y a pas de différence significative entre les proportions d'hospitalisations de patients des communes 41400 avant et après PAIS.

**Tableau n°24** : Taux d'hospitalisation aux urgences de Tours, Blois et Amboise (rapport nombre de patients hospitalisés par les urgences/nombre de passages aux urgences).

	<b>Communes 41400</b>	<b>Autres communes</b>
	<b>%</b>	<b>%</b>
Avant PAIS	35,57	28,98
Après PAIS	34,83	27,37

Il n'y a pas de différence significative entre les taux d'hospitalisations avant et après PAIS pour les communes 41400.

## **IV. Discussion :**

### **IV.1. Critique de l'étude :**

Le centre hospitalier d'Amboise n'a pas pu nous fournir toutes les données nécessaires en raison de son système d'informatisation qui n'est pas encore déployé sur le service d'urgences. Nous n'avons donc pas pu regrouper les résultats pour les trois centres concernant les passages des enfants de moins de 2 ans, pour les patients de plus de 70 ans et pour les passages de nuit.

Les données n'ont pu être croisées entre elles car nous avons seulement disposé de données brutes. Cela nous aurait permis de réaliser des analyses plus fines, comme, par exemple, étudier les passages de nuit pour les patients de plus de 70 ans, ou le nombre d'hospitalisations pour les enfants de moins de 2 ans. Nous aurions ainsi pu discuter des particularités propres à chaque population.

L'étude ne répertorie pas les motifs d'admission aux urgences ni la gravité de l'état des patients. Cela nous aurait permis de juger le caractère « évitable » ou non du passage aux urgences.

L'étude ne prend pas en compte les passages dans les structures d'urgences privées (trois cliniques à Tours et une à Blois). Ce choix a été fait car l'objectif de PAIS est de réduire l'affluence dans les structures publiques. La contribution des cliniques privées aux soins d'urgences reste modérée, comme le souligne une étude de la DREES. Leur activité représentait 14% des passages aux urgences en 2004. (23)

Enfin, point important, PAIS n'est appliqué que par cinq médecins. Or, il y a six autres médecins généralistes installés dans le secteur des communes 41400 qui n'ont pas changé leur mode d'organisation. L'étude n'a pas pu distinguer quel était le médecin traitant des patients consultant aux urgences.

### **IV.2. Analyse des résultats :**

En réponse à notre question principale, l'étude montre bien une différence significative de la fréquentation des services d'urgences avant et après le début de PAIS. La proportion des passages provenant des communes 41400 a significativement diminué après la mise en place de PAIS. On peut supposer que l'accès aux soins de proximité s'est amélioré dans le secteur d'application du projet, le cabinet médical étant plus efficace pour répondre aux demandes urgentes, ce qui a permis de mieux gérer le flux des patients consultant aux urgences.

Néanmoins, le nombre total de passages a légèrement augmenté pour les patients du secteur (significativement moins que pour le reste de la population). On peut trouver plusieurs raisons à cela. Tout d'abord, il faut noter les variations des effectifs médicaux sur le secteur 41400. Un médecin généraliste a cessé son activité en février 2010 et a été immédiatement remplacé. Un autre médecin a cessé son activité en juin 2010 et son successeur ne s'est installé qu'en janvier 2011. On peut supposer que les difficultés d'accès aux soins de proximité ont été majorées dans cet intervalle et qu'il y a eu des répercussions sur les services d'urgences. Ensuite, pour nuancer ce chiffre en augmentation, il faut rappeler que PAIS n'est appliqué que par cinq médecins sur onze installés dans le secteur des communes 41400 (cf. chapitre IV.1.). On ne peut donc pas relier cette augmentation uniquement au dispositif PAIS.

L'étude montre aussi une évolution différente dans chaque centre hospitalier. Les variations observées à Tours ne sont pas significatives, mais, en raison de la part très réduite des patients des communes 41400 dans le recrutement des urgences, la probabilité d'obtenir une différence significative est faible. A Blois, le nombre de passages a diminué très nettement tandis qu'à Amboise, il augmente de façon non significative. On observe un mouvement significatif des patients des urgences de Blois vers celles d'Amboise. Deux facteurs ont probablement influencé cette évolution. Premièrement, la confiance des médecins généralistes dans la qualité des soins prodigués à Amboise s'est améliorée récemment en raison de vacances plus fréquentes de spécialistes venant du centre universitaire de Tours. Ils ont donc tendance à adresser plus de patients relevant de cas chirurgicaux qu'auparavant. Ensuite, il faut noter que le centre hospitalier d'Amboise est le plus proche géographiquement du secteur 41400 et qu'il a vocation à traiter les urgences mineures de par son infrastructure plus restreinte. Les patients qui vont directement aux urgences sans consulter au préalable un médecin généraliste ont donc plus tendance à choisir cette solution.

Concernant les différences par tranches d'âge, il était important d'observer l'impact de PAIS sur les enfants de moins de 2 ans et les personnes de plus de 70 ans, car ces deux populations sont les plus pourvoyeuses de passages aux urgences (25). On observe une diminution franche des passages de patients âgés de plus de 70 ans alors que le nombre est stable pour les enfants de moins de 2 ans.

La nette diminution de passages pour les personnes âgées est doublement importante en matière de santé publique. D'abord en termes de coût de la santé, car le taux d'hospitalisation est particulièrement élevé quand l'âge augmente (plus de 50% au-delà de 80 ans) (25), mais aussi dans un but de désengorger les urgences (le délai de transfert dans les services est plus important pour les patients de plus de 75 ans) (25).

On peut formuler plusieurs hypothèses pour expliquer la plus grande efficacité de PAIS sur les personnes âgées. Le dispositif a permis aux médecins impliqués d'être plus disponibles pour leurs patients, et notamment pour leurs patients âgés qui sont fréquemment dans l'impossibilité de quitter leur domicile pour se rendre au cabinet (65,5% des visites à domicile effectuées par les omnipraticiens sont pour les plus de 80 ans) (9). Ceci concerne le médecin d'astreinte qui a gardé des plages horaires libres mais aussi les autres médecins qui ne se retrouvent pas confrontés à des demandes imprévues.

D'autre part, on peut supposer que PAIS a moins d'impact sur les urgences pédiatriques car les parents ont plus tendance à consulter directement à l'hôpital, guidés par une plus grande anxiété et par une plus grande confiance dans les soins hospitaliers qu'en leur généraliste. Notre travail ne permet pas de juger de la gravité ou des motifs de passage aux

urgences. Mais une étude réalisée en région Midi-Pyrénées (24) sur les urgences pédiatriques pour les enfants de moins de 2 ans met en évidence la grande proportion de passages relevant d'actes de médecine générale. 89,8% des cas sont classés CCMU (Classification Clinique des Malades des Urgences) 1 et 2, qui correspondent à des cas jugés non graves (24). Parmi les 10 premiers diagnostics figurent les otites, rhinopharyngites, laryngites et gastro-entérites qui peuvent être gérées par le généraliste (24). Enfin, 12,6% seulement des enfants ont été adressés par un médecin (24). On imagine donc aisément que PAIS a moins de chances d'être efficace pour cette partie de la population qui consulte très souvent aux urgences en première intention.

Concernant la répartition des passages selon l'heure d'arrivée aux urgences, on pouvait espérer une diminution du nombre de passages la nuit, en considérant que PAIS permet de gérer toutes les demandes durant la journée et évite donc un report des demandes non traitées sur la soirée. Or, les résultats avant et après PAIS sont comparables. On peut tout de même souligner que le taux de passage de nuit est inférieur à la moyenne nationale (environ 14% contre 21%) (25), et donc peut-être difficilement perfectible. Il aurait été intéressant de pouvoir évaluer de la gravité de des consultations de nuit ou de mesurer le taux d'hospitalisation pour ces passages.

Le nombre d'hospitalisations suit sensiblement la même évolution que le nombre de passages global. Il diminue à Blois et augmente à Amboise. Le taux d'hospitalisation global ne varie pas de façon significative. L'effet attendu était une augmentation de ce taux, reflétant une diminution des consultations inappropriées aux urgences. On note néanmoins pour les communes 41400 un taux nettement supérieur aux autres communes : 34,83% contre 27,37%. Il était de 19% au niveau national en 2002 (25).

### **IV.3. Revue de la littérature :**

#### **IV.3.1. En France :**

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) représentent le mode d'exercice s'approchant le plus du système PAIS. Elles regroupent sous un même toit et dans un cadre d'exercice libéral des professionnels médicaux et paramédicaux. Leurs objectifs sont, d'une part, tournés vers la patientèle (accès et continuité des soins, missions de santé publique à vocation individuelle ou collective comme des séances d'éducation thérapeutique, des consultations de dépistage et de prévention), et d'autre part, visant à améliorer la qualité des soins et des pratiques (16). Une grande proportion de ces MSP se situe en zones sous-médicalisées, et notamment en zones rurales (16). Il existe peu d'études à l'heure actuelle sur les MSP (16). Une étude réalisée en 2009 (34), portant sur neuf maisons de santé de Franche-Comté et de Bourgogne compare l'activité de leurs professionnels et le recours aux soins de leurs patients à des cabinets libéraux « classiques ». Elle note une amélioration de l'accès et de la continuité des soins, par rapport à l'exercice classique, les maisons de santé ayant des plages d'ouverture plus importantes et la coopération entre professionnels étant renforcée. Elle observe également une augmentation de la productivité des médecins de maisons de santé, le nombre moyen de patients suivis par un médecin étant égal ou supérieur à celui d'un médecin libéral, alors que le nombre de jours travaillés est moindre. L'exercice en maison de

santé permet également d'élargir l'offre de soins à la population à des actes qui ne sont pas classiquement réalisés en médecine générale : suture, pose de plâtre, prise en charge des urgences. Cependant, l'étude n'évalue pas l'impact des MSP sur la consommation globale des soins, et notamment sur les recours aux services d'urgences.

Les maisons médicales de garde (MMG) ont été créées en 2002 dans le cadre de la réorganisation de la permanence des soins (PDS). D'après le décret d'avril 2005, leur définition serait un lieu fixe clairement identifié de prestation de médecine générale, fonctionnant aux heures de la PDS comme un cabinet libéral (29). Deux tiers sont installés au sein d'un établissement de santé, presque la moitié au sein d'une structure hospitalière disposant d'un service d'urgences (28). L'impact sur la fréquentation des urgences a été évalué presque exclusivement dans le cas précis de ces MMG. Le rapport du Dr Grall souligne que les passages aux urgences diminuent uniquement si « une organisation précise et intégrée dans le fonctionnement des urgences a été mise au point », c'est-à-dire si l'infirmière d'accueil et d'orientation a reçu une formation adéquate et que les responsables des services d'urgences acceptent de faire fonctionner le système (28). Les résultats publiés dans ce rapport sont plutôt inhomogènes : à Strasbourg, en 2005, 4501 patients ont été réorientés des urgences vers la MMG ; à Guingamp, le nombre de passages classés CCMU 1 a baissé de 43% ; à Fréjus, on observe une diminution de 12,3% des passages entre 2003 et 2004 ; à Dieppe, la diminution des passages est de 2,8% entre 2003 et 2005 ; à Vitré, la diminution des passages classés CCMU 1 et 2 est de 10% entre 2004 et 2005 ; l'impact est négatif à Lannion et à Angers. Le rapport signale aussi l'échec des MMG pour diminuer l'affluence aux urgences pédiatriques.

Une évaluation de cinq MMG de la région Rhône-Alpes financées par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) donne aussi des résultats mitigés : diminution entre 11% et 12% en un an des passages dans certains services d'urgences publics de Lyon, mais augmentation de 2% en un an au centre hospitalier de St Etienne (30). Une étude comparable portant sur trois MMG du Nord-Pas-de-Calais ne montre pas d'impact significatif sur la fréquentation aux urgences (31).

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) en 2006 (33) sur l'évaluation du FAQSV conclut que l'impact des MMG sur l'activité des services d'urgences a été « peu mesuré et pas toujours significatif ».

En outre, toutes ces études ne sont pas directement comparables à la nôtre car il s'agit de structures en milieu urbain.

Le Dr Grall conclut néanmoins dans son rapport que les MMG sont « une solution préparant l'avenir de la profession médicale, ... permettant de concilier une PDS efficiente aux aspirations sociologiques nouvelles du corps médical ».

SOS médecins a été créé en 1965 quand le SAMU n'existait pas encore. Il s'agit d'un réseau de 66 associations réparties sur l'ensemble du territoire français assurant des visites ou des consultations d'urgences 24h/24 en milieu urbain ou péri-urbain. On peut penser que de telles structures, qui couvrent environ 60% de la population (10), permettent une diminution du flux de patients vers les urgences, mais aucun chiffre n'est disponible (32).

#### **IV.3.2. A l'étranger :**

Sur le même principe que les MMG se sont créés aux Etats-Unis, au Canada et au Royaume-Uni les « Walk in centres » (WIC), centres de conseils rapides et de traitements ouverts 24h/24 qui regroupent infirmières et/ou médecins (27). Le Dr Péricaud, dans sa revue internationale de la littérature (27), souligne que l'impact de ces structures sur les autres offres de soins reste difficile à évaluer. Elle mentionne une étude britannique qui montre une diminution de 5% du nombre de passages aux urgences grâce aux WIC et une autre étude américaine qui ne retrouve pas d'impact sur les autres structures de soins.

Une stratégie de régulation pré-hospitalière adoptée par le Canada et le Royaume-Uni consiste en un tri téléphonique effectué par un service délivrant des conseils médicaux et orientant les patients vers la structure de soins la plus adaptée. Ce système s'apparente à notre centre de régulation 15. Grâce à ce système, on observe une diminution du nombre d'appels aux services d'urgences (27) mais l'impact sur la fréquentation des urgences n'est pas évalué.

Enfin, on peut noter aux Etats-Unis et au Royaume-Uni un système de co-paiement, qui a pour objectif de faire payer aux patients une somme forfaitaire en fonction de la nature appropriée ou non de leur consultation aux urgences. En l'état actuel des connaissances, il est impossible de se prononcer sur l'impact de ce système sur l'engorgement des urgences, d'autant qu'il est difficile d'apprécier le caractère approprié ou non d'une consultation (27).

## **V. Conclusion :**

Notre étude a démontré que le dispositif PAIS a permis de ralentir significativement l'accroissement du flux de patients aux urgences et de réduire le nombre de passages de personnes âgées, à défaut de réduire le nombre total de passages. Elle s'inscrit dans une période où les gouvernements successifs tentent de remédier au problème de l'encombrement des services d'urgences et où peu d'études ont révélé l'efficacité des solutions envisagées. Les maisons de santé pluridisciplinaires et les maisons médicales de garde paraissent être des solutions d'avenir pour la médecine de proximité et la permanence des soins, mais rien ne prouve à l'heure actuelle leur réelle efficacité.

Depuis notre étude, PAIS s'est étendu à d'autres secteurs médicaux du Loir-et-Cher et d'autres médecins du secteur 41400 projettent d'y adhérer. On peut espérer obtenir des résultats plus significatifs dans quelques temps en refaisant une étude avec plus de recul et concernant un territoire d'application plus vaste (la population cumulée des communes 41400 ne s'élève qu'à 16000 habitants).

D'autre part, la réduction du nombre de passages aux urgences n'est qu'un des différents objectifs de PAIS. Des actions de formation pour les professionnels paramédicaux, de prévention et d'éducation à l'échelle de la population locale sont mises en place dans le cadre du projet. PAIS a aussi pour vocation d'améliorer la qualité d'exercice et de vie des praticiens et donc d'inciter de jeunes médecins à s'installer et prévoit de tester de nouveaux modes de rémunération. D'autres études pourront donc être réalisées pour évaluer ces différentes actions.

PAIS représente donc une alternative intéressante aux MSP et aux MMG, pour revaloriser la médecine de proximité et pour améliorer l'accès aux soins, particulièrement en milieu rural, dont l'efficacité mérite d'être confirmée par d'autres études à plus grande échelle.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] DREES (*Direction de la Recherche des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques*).- STATISS 2010.
- [2] DREES.- La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales détaillées.- Dossiers Solidarité et Santé, 2009, n°12.
- [3] BOENNEC P.- Rapport d'information sur la Permanence des Soins.- Octobre 2008.
- [4] BERLAND Y.- Démographie Médicale- Rapport, Avril 2005.
- [5] ROUSSET G.- Le patient et le système de santé au prisme du consumérisme : résistance ou participation ?.- (Présenté au premier colloque international Consommation et résistance(s) des consommateurs, Institut de recherche en gestion de l'Université Paris 12 et Agence nationale de la recherche, Paris, 28 novembre 2008).
- [6] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS.- Atlas de la démographie médicale en France.- 2011.
- [7] DREES.- La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national.- Etudes et Résultats, Novembre 2004, n°352.
- [8] WEILL A., VALLIER N., SALANAVE B., et al.- Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie en 2004.- Pratiques et Organisation des Soins, vol. 37, n° 3, 2006, pp. 173-188.
- [9] LABARTHE G.- Les consultations et visites des médecins généralistes : un essai de typologie.- DREES, Études et Résultats, 2004, n° 315.
- [10] COUR DES COMPTES.- Les urgences médicales : « constats et évolution récente ».- Rapport, 2007.
- [11] BILLEMONT E.- Evaluation du recours au service d'accueil des urgences du groupe hospitalier Cochin-Port Royal, à partir de 245 consultations spontanées.- 68 ff. (Th Méd Univ René Descartes Paris V, 2007).
- [12] AFILALO J., and al.- Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care.- *Acad Emerg Med*, 2004.
- [13] DESCOURS C.- Rapport du groupe de travail opérationnel sur la Permanence Des Soins.- 22 janvier 2003.
- [14] COLOMBIER G.- La prise en charge des urgences médicales.- Rapport, 7 février 2007.
- [15] MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE, DES PERSONNES HANDICAPEES.- Plan Urgence.- Septembre 2003.

- [16] HUBERT E.- Mission de concertation sur la médecine de proximité.- Rapport, 2010.
- [17] LANGLOIS J., Dr KAHN-BENSAUDE I.- Démographie médicale, situation au 1<sup>er</sup> janvier 2006.- Ordre des Médecins, 2006.
- [18] YVON B., LEHR-DRYLEWICZ A.M., BERTRAND P.- Féminisation de la médecine générale : faits et implications. Une enquête qualitative en Indre-et-Loire.- Médecine, Volume 3, Numéro 2, 83-8, Février 2007, Vie professionnelle.
- [19] ASTRUC B.- La féminisation d'une profession s'accompagne-t-elle d'une pratique spécifique ? À propos d'une enquête menée auprès des femmes généralistes d'Ille-et-Vilaine.- (Th Méd Univ Rennes 1, 2002).
- [20] Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes, Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire.- Étude de la féminisation de la profession médicale et de son impact ; Approche quantitative et qualitative.- Octobre 2003.
- [21] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS.- Démographie médicale française ; Situation au 1er janvier 2005.- Juin 2005, étude n°38.
- [22] NIEL X.- La démographie médicale à l'horizon 2020 ; Une réactualisation des projections à partir de 2002.- DREES, Études et Résultats. 2002, n°161.
- [23] CARASCO V.- L'activité des services d'urgences en 2004.- DREES, Études et Résultats. 2006, n°524.
- [24] SAGNES-RAFFY C., CLAUDET Y., GROUTEAU E., et al.- Epidémiologie des urgences de l'enfant de moins de 2 ans.- Disponible sur <http://www.orumip.fr>.
- [25] DREES.- Les usagers des urgences.- Études et Résultats, n°215, janvier 2003.
- [26] GRALL J.Y.- Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins- Rapport, Août 2007.
- [27] PERICAUD P.- Evaluation des solutions à l'engorgement des urgences en France et à l'étranger (Royaume Uni, Canada, Etats-Unis) ; Revue internationale de la littérature.- 91 ff. (Th Univ Paris Descartes (Paris V), 2008-2009).
- [28] GRALL J.Y.- Les maisons médicales de garde.- Rapport, Juillet 2006.
- [29] Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en conseil d'état).
- [30] UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE DE RHONE-ALPES.- Evaluation des Maisons Médicales de Garde financées par le FAQSV.- Novembre 2004.

[31] SANNINO N., LORANS C., ETIENNE L.- Evaluation externe de la permanence des soins financée par le FAQSV en Nord-Pas-de-Calais.- Cemka Eval, décembre 2006.

[32] INSTITUT NATIONAL DE VEILLE SANITAIRE.- Surveillance en médecine ambulatoire, Réseau SOS Médecins.- Résultats Nationaux 2006-2009.

[33] INSPECTION GENERALE DES AFFAIRES SOCIALES.- Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR).- Février 2006, Rapport de synthèse n°2006 022.

[34] BOURGUEIL Y., CLEMENT M.C., COURALET P.E., et al.- Une évaluation exploratoire des maisons de santé pluridisciplinaires de Franche-Comté et de Bourgogne.- IRDES, Questions d'économie de la santé, Octobre 2009, n°147.

## Annexe n°1 : Convention PAIS.

### **P.A.Ï.S.** *(Plateforme Alternative d'Innovation en Santé)*

### **Pour la région Centre**

## CONVENTION

Parties signataires de la convention :

- Les médecins expérimentateurs mentionnés en fin de document, d'une part,
- Les pilotes du projet, d'autre part,

#### **Article 1 : Exposé des motifs**

La loi de financement de la sécurité sociale autorise **l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération**.

En prenant appui sur cette opportunité, la mission régionale de santé, qui associe l'ARH et l'URCAM, a retenu le principe de l'expérimentation présentée par le Dr Isaac GBADAMASSI, praticien hospitalier, et par Patrick EXPERT, directeur d'hôpital. Ils en sont les pilotes.

Ce projet, baptisé PAIS (pour plate forme alternative d'innovation en santé) s'attache, au delà des nouveaux modes de rémunération, à **expérimenter d'autres organisations** pour la médecine libérale de proximité.

Cette initiative a vocation à s'étendre à d'autres professionnels de santé, publics et privés. En fonction de ses résultats, elle pourra être envisagée à l'échelle de la région Centre.

#### **Article 2 : Objectifs de PAIS Centre**

- Réorganiser la médecine de proximité dans un triple but :
  - . La réserver aux demandes réellement médicales
  - . Améliorer les conditions de travail des médecins expérimentateurs et, partant attirer de nouveaux professionnels ;
  - . Libérer du temps médical pour l'éducation ; la prévention et la formation
  - . Mieux prendre en charge les imprévus en journée pour éviter qu'ils ne débordent sur la permanence des soins de début de nuit ;
- Enfin, réduire l'hospitalo centrisme.

### **Article 3 : Financement**

Les fonds mobilisés pour cette opération sont de deux ordres : en espèces et en nature.

article 3.1 - Financement en espèces : il provient :

Pour l'année 2009, ces fonds s'élèvent au total à 289 700 € et se répartissent ainsi :

- FIQCS (fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) pour 121 832 € ;
- FNPEIS (fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire) pour 66 864 €
- ARH (agence régionale de l'hospitalisation) du Centre pour 60 004 €
- mutuelles pour 41 000 €

Ils pourront évoluer selon le degré d'atteinte des objectifs et selon l'accord des financeurs.

Ces fonds servent à financer les éléments prévus à l'article 4 de la présente convention.

Les crédits mentionnés au présent article correspondent à 19 expérimentateurs. Si le chiffre définitif devait être inférieur, ces crédits seraient réduits proportionnellement.

article 3.2 – Prestations en nature

Ces prestations sont assurées par :

- le groupement de coopération sanitaire (GCS) télésanté Centre pour la partie informatique qui est présentée à l'article suivant ;
- les collectivités locales pour la prise en charge des demandes purement sociales et ne relevant pas des médecins expérimentateurs. Ces prestations concernent les UPAS (Unités de Prévention et d'Action Sociale) déjà en place. Enfin ces prestations sont complétées par le prêt de locaux mis à disposition par les communes concernées par ce projet pour la prise en charge des demandes psychosociales.

### **Article 4 : Prestations financées**

article 4.1 : prise en charge de l'organisation du secrétariat et compensations

Chaque médecin expérimentateur perçoit un remboursement forfaitaire de ses charges de secrétariat fixé à 5160 € par an pour un exercice libéral à temps plein. Pour un exercice libéral à temps partiel, ce forfait est modulé en proportion du temps consacré à cette activité.

Cette participation financière est la contrepartie d'un filtrage plus actif des appels destiné à réserver le temps des médecins à leur cœur de métier.

A cette fin, une formation au filtrage des secrétaires médicales des cabinets libéraux est assurée et les frais qui y sont liés sont financés dans le cadre du projet. Cette formation est organisée par les pilotes du projet PAIS. Elle porte sur :

- . Le partage d'expérience avec des permanentières du SAMU 41-CRRA 15 rompues à l'exercice du filtrage ;
- . La présentation de l'offre sociale existant localement en particulier des UPAS (conseil général)

. L'initiation aux formalités administratives requises par les caisses d'assurance maladie

. La présentation de l'organisation du SAMU-CRRA 15 et son interface avec la médecine ambulatoire puis découverte du SDIS (Service départemental d'incendie et des secours) et de son CTA (Centre de tri des appels)

#### article 4.2 : Prise en charge des imprévus et pénibilité

Les éléments qui suivent sont financés par le FIQCS. Ils représentent en moyenne et par expérimentateur un montant annuel brut de 6 250 €. Cette somme doit être considérée comme un ordre de grandeur parce qu'elle peut évoluer selon les modalités suivantes :

##### **Pour les imprévus :**

Les médecins expérimentateurs organisent un tour d'astreinte destiné à la prise en charge des imprévus. Ce tour est organisé entre pairs. Il concerne la clientèle des expérimentateurs et peut s'étendre à l'ensemble du canton si la majorité des médecins de cette zone géographique participe à l'expérimentation

Il s'étend de 8H à 20H, du lundi au vendredi et le samedi de 8H à 12H.  
Les jours fériés ne sont pas concernés par ce dispositif.

Définition de l'imprévu : c'est l'urgence et ce qui est imposé (suture ; épistaxis ; garde à vue ; alcoolémie ; recherche de cannabis...) c'est aussi l'appel du samu-centre15 et la demande à prendre en charge à brève échéance.

En contrepartie de cette prestation, chaque médecin perçoit un montant forfaitaire journalier de 100 €. Cette somme s'ajoute au montant des actes réalisés.

Pour une amplitude différente de 12 heures, le montant forfaitaire mentionné est modulé en proportion du temps consacré à cette activité. Le médecin dont c'est le tour d'assurer les imprévus peut confier cette mission à un remplaçant. En ce cas, c'est le médecin expérimentateur, et non le remplaçant, qui perçoit ce forfait. A charge pour lui de reverser tout ou partie de ce forfait à son remplaçant, selon des modalités définies librement entre eux.

Le montant forfaitaire indiqué dans cet article est dû si la prise en charge des imprévus a réellement été assurée. L'évaluation de cette prise en charge est réalisée par le groupe de pairs. Si le service attendu n'a pas été pratiqué en totalité, ce groupe réduit le montant convenu selon des modalités définies en son sein.

##### **Pour la pénibilité et l'évolution de l'activité :**

Le solde non utilisé de l'enveloppe financière mentionnée au présent article (4.2) est consacré :

- au versement d'un forfait dit de pénibilité qui est fixé par le comité de pilotage exposé plus bas et qui prend en compte les éléments géo populationnels (population desservie en particulier)
- à la compensation du manque à gagner qui pourrait se produire lors des journées consacrées aux imprévus.

#### article 4.3 – Formation, prévention et éducation

Comme on l'a déjà mentionné, le projet PAIS ambitionne de libérer du temps médical pour permettre aux expérimentateurs de participer à des actions de prévention et d'éducation

collectives à des étapes clés de la vie (école primaire, naissance dans un couple, début de la retraite).

Les éléments qui suivent sont financés par le FNPEIS. Ils représentent en moyenne et par expérimentateur un montant brut annuel de 3360 €. Cette somme doit être considérée comme un ordre de grandeur parce qu'elle peut évoluer selon les modalités suivantes :

Pour la formation : les expérimentateurs sont invités à participer à des actions de formation en lien avec l'éducation et la prévention. Leur participation à ces actions est rémunérée dans le cadre du projet.

Pour l'éducation et la prévention : un plan d'intervention est défini par le groupe de pairs présenté plus bas. La participation à ce titre donne droit à des compléments de rémunération dont le montant et les modalités sont arrêtés par le comité de pilotage.

#### article 4.4 - Autres compléments

En fonction des résultats, le comité de pilotage pourra rechercher des compléments financiers auprès du FIQCS. Ces compléments seront versés aux expérimentateurs sous la forme d'un intéressement.

#### Article 4.5 : solutions informatiques

Les cabinets médicaux volontaires sont dotés gratuitement, sur leur demande, des outils informatiques nécessaires à leur gestion coordonnée.

Le groupement de coopération sanitaire «télésanté Centre» finance les solutions informatiques mises en œuvre à travers l'achat des équipements et des logiciels.

### **Article 5 : Paiement des sommes convenues**

Les sommes mentionnées à l'article 4 sont payées aux médecins expérimentateurs selon un échéancier arrêté au sein du comité de pilotage présenté à l'article 7. Ce paiement est assuré par la structure relais pour le financement : le centre hospitalier de Blois.

Les justificatifs nécessaires à ce paiement sont réunis par les pilotes de PAIS mentionnés à l'article 1. Ceux-ci visent le bon à payer.

### **Article 6 : Evaluation des résultats**

#### **L'évaluation est réalisée par le comité de pilotage PAIS**

L'atteinte des objectifs mentionnés à l'article 2 est mesurée avec les éléments suivants :

#### article 6.1 : Données qualitatives et d'organisation

- Evolution du volume d'activité tant pour les médecins expérimentateurs que non expérimentateurs (source : assurance maladie)
- Evolution de l'activité des urgences hospitalières (source : établissements publics de santé. Provenance géographique des patients)
- Evolution de la morbi-mortalité (source : statistiques départementales DDASS et assurance maladie)
  
- Respect du dispositif convenu :

- . Filtrage des appels : formations réalisées et relevé des recours aux UPAS (source : pilotes du projet pour les formations et secrétariats médicaux pour les UPAS)
  - . Gestion des imprévus (source : groupe de pairs)
  - . Prise en charge des personnes âgées (source : groupe de pairs)
  - . Evolution des appels de début de nuit (20H – 0H00 – source : samu 41-CRRA 15)
  - . Participation aux actions de formation, de prévention et d'éducation.
- Enfin, attractivité : évolution du nombre de médecins en exercice dans les secteurs expérimentateurs (source : groupe de pairs)

article 6.2 : Données générales

Les sommes consacrées au financement du projet PAIS seront comparées à l'évolution des dépenses d'assurance maladie et aux gains induits en matière de santé publique.

article 6.3 : Accès aux données d'activité

Les médecins expérimentateurs autorisent la caisse d'assurance maladie à communiquer les données d'activité les concernant aux pilotes du projet mentionnés à l'article 1. Ces données d'activité sont les actes réalisés et les prescriptions pour l'année en cours et pour les années antérieures.

**Article 7 : Pilotage**

Il est assuré par les deux porteurs du projet mentionnés à l'article 1. Ils s'appuient sur deux instances : le comité de pilotage et le groupe de pairs.

article 7.1 : Le groupe de pairs

Un groupe de pairs est constitué au sein de chaque canton expérimentateur. Il se réunit avant le comité de pilotage et selon une fréquence qu'il définit.

Composition :

Il comprend les représentants des médecins expérimentateurs et les pilotes du projet.

Compétences :

- arrêter les règles de l'organisation;
- évaluer le respect de cette organisation et, au besoin, la faire évoluer ;
- proposer au comité de pilotage de nouvelles modalités d'organisation et/ou de financement

Fonctionnement :

Pas de quorum. Convocation à la demande des pilotes ou du tiers des membres du groupe, 20 jours au moins avant la réunion.

Vote : les décisions sont prises à la majorité.

article 7.2 : Le comité de pilotage

Compétences :

- s'assurer du respect des objectifs de la démarche ;
- arbitrer les différends issus du groupe de pairs.

Fonctionnement :

Pas de quorum. Convocation à la demande des pilotes ou du tiers des membres, 20 jours au moins avant la réunion. Au minimum, 2 réunions par an.

Composition :

1. les représentants des médecins expérimentateurs
2. les financeurs
3. les pilotes du projet
4. des personnes invitées

Les membres mentionnés aux points 1, 2 et 3 ont voix délibérative. Ceux qui sont mentionnés au 4 ont voix consultative. Les décisions sont prises à la majorité.

**Article 8 : Evolution du dispositif**

Il appartient au comité de pilotage et au groupe de pairs de faire évoluer le dispositif convenu.

article 8.1 : Pérennité du financement

Les signataires de la présente convention sont déterminés à en assurer la pérennité. Pour atteindre cet objectif, ils s'engagent à :

- évaluer objectivement les résultats de l'expérimentation PAIS ;
- assurer le déploiement de cette solution dans d'autres territoires si l'évaluation est positive ; en le confiant aux pilotes mentionnés à l'article 1 ;
- rendre compte de la démarche aux comités ministériels chargés des expérimentations prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale, déjà mentionnée ;
- rechercher un financement pérenne, sous la forme du prépaiement du territoire expérimentateur

article 8.2 : Evolution des compléments de rémunération

Les compléments de rémunération qui sont prévus à l'article 4 pourront évoluer sur décision du comité de pilotage et en fonction des possibilités de financement dégagées par PAIS Centre.

article 8.3 : Permanence des soins

L'organisation de la permanence des soins doit être revue à brève échéance. Deux mois après le début du projet, un premier bilan sera dressé par le groupe de pairs. Il fera des propositions qui seront portées ensuite à la connaissance du comité de pilotage. Ce dernier statuera sur leur mise en œuvre.

Article 8.4 : Evolution de la présente convention.

La convention pourra être modifiée par avenants conclus entre ses signataires.

## **Article 9 : Retrait de l'expérimentation**

### article 9.1 : Retrait du fait des expérimentateurs

Tout médecin a la possibilité de se retirer de l'expérimentation à tout moment. Il lui est demandé d'en faire part par écrit aux pilotes du projet. Le retrait prend effet dès que les pilotes du projet ont accusé réception de cette demande. En ce cas, le médecin cesse de bénéficier des compléments de rémunération mentionnés et du remboursement des charges du secrétariat. Il restitue les équipements et logiciels mis à sa disposition. Ce retrait n'engendre pas de dépenses pour le médecin expérimentateur.

### article 9.2 : Retrait du fait des financeurs

Pour assurer l'équilibre avec l'article 9.1, les financeurs ont aussi la possibilité de se retirer du projet, après l'évaluation des résultats. Les expérimentateurs ne peuvent alors prétendre à un dédommagement.

## **Article 10 : Prise d'effet et durée de validité**

La présente convention prend effet 15 jours après sa signature. Son terme n'est pas fixé.

# Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté,  
de mes chers condisciples  
et selon la tradition d'Hippocrate,  
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur  
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent  
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis à l'intérieur des maisons,  
mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe,  
ma langue taira les secrets qui me seront confiés  
et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs  
ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres,  
je rendrai à leurs enfants

l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime  
si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre  
et méprisé de mes confrères  
si j'y manque.

Académie d'Orléans – Tours

Université François-Rabelais

**Faculté de Médecine de TOURS**

François TRABUT

**Thèse n°**

37 pages – 24 tableaux – 2 figures

**Résumé :**

Depuis les années 90, la fréquentation des services d'urgences en France augmente de façon exponentielle. Il en résulte un encombrement problématique de ces services en termes de logistique mais aussi de coût des soins. La difficulté croissante d'accéder à un médecin généraliste en est une des principales causes. Le projet PAIS a, parmi ses objectifs, celui de faire diminuer le nombre de recours aux services d'urgences. Ce travail s'interroge sur la différence de fréquentation des services d'urgences avant et après la mise en place du projet PAIS, le 1<sup>er</sup> mai 2010.

C'est une étude quantitative rétrospective comparant le nombre de passages dans les services d'urgences de Tours, Blois et Amboise du 1<sup>er</sup> mai 2009 au 30 avril 2010 au nombre de passages dans les mêmes services du 1<sup>er</sup> mai 2010 au 30 avril 2011. La population étudiée, la totalité des patients consultant aux urgences, a été divisée en deux groupes : les patients provenant des communes de code postal 41400 où est appliqué PAIS, et les autres patients. Les patients de plus de 70 ans et les enfants de moins de 2 ans ont été pris en compte séparément. Le nombre d'hospitalisations a été recueilli. Les données ont été comparées par le test du Chi2 en fixant le seuil de significativité à  $p < 0,05$ .

Les résultats montrent une diminution significative de la proportion des patients des communes 41400 consultant aux urgences après le début de PAIS ( $p = 0,012$ ). Cette diminution est plus marquée pour les patients de plus de 70 ans ( $p = 1,17.10^{-4}$ ) mais n'est pas significative pour les enfants de moins de 2 ans. Les résultats dans les trois centres hospitaliers diffèrent. Le nombre d'hospitalisations diminue de façon non significative.

Cette étude démontre l'impact positif d'un mode d'organisation de médecine de proximité sur les services d'urgences, sujet peu expérimenté auparavant. Les résultats encouragent à étendre le dispositif PAIS à d'autres secteurs géographiques et à réaliser des évaluations avec plus de recul.

**Mots clés :**

- médecine générale
- recours aux urgences
- PAIS

**Jury :**

Président : Monsieur le Professeur DEQUIN  
Membres : Madame le Professeur LEHR-DRYLEWICZ  
Monsieur le Professeur RUSCH  
Monsieur le Docteur GBADAMASSI

**Date de la soutenance :** le 17 février 2012