



HAL
open science

État des lieux de la permanence des soins ambulatoires dans le département de l'Eure

Amandine Benard

► **To cite this version:**

Amandine Benard. État des lieux de la permanence des soins ambulatoires dans le département de l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2012. dumas-00770643

HAL Id: dumas-00770643

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00770643>

Submitted on 7 Jan 2013

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2012

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'état)

Par

Amandine BENARD

Née le 30 juin 1983 à Rouen

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 25 OCTOBRE 2012

**ETAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS
AMBULATOIRES DANS LE DEPARTEMENT DE L'EURE**

Président du jury : M. le Professeur B.VEBER

Directeur de thèse : M. le Docteur C-M DINTIMILLE

Membres du jury : M. le Professeur L.M JOLY

M. le Professeur P.NGUYEN-THANH

ANNEE UNIVERSITAIRE 2011 - 2012
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : Professeur Pierre FREGER

ASSESEURS : Professeur Michel GUERBET
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES : Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. FIGUET - C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES : MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUTTRANCOURT - M.BENOZIO -
J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION - DESHAYES - C.
FESSARD - J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND -
G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER - Ph. LAURET - M. LE FUR - J.P.
LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mlle MAGARD - MM. B. MAITROT - M.
MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P.
PASQUIS - H.FIGUET - M.SAMSON - Mme SAMSON-DOLLFUS - J.C. SCHRUB -
R.SOYER - B.TARDIF - .TESTART - J.M. THOMINE - C. THUILLEZ - P.TRON -
C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Eric BERCOFF	HB	Médecine interne (gériatrie)
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie

LISTENSEIMEDPHAR2011-2012 DEF

M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Philippe DENIS (Surnombre)	HCN	Physiologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Alain LAVOINNE	UFR	Biochimie et biologie moléculaire
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Xavier LE LOET	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile

M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépat - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépat - Gastro
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique

M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie
Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
M. Eric VERIN	HCN	Physiologie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

LISTENSEIMEDPHAR2011-2012 DEF

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Dominique LANIEZ

UFR Anglais

Mme Michèle GUIGOT

UFR Sciences humaines - Techniques d'expression

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (PU-PH)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Marc VASSE (PU-PH)	Hématologie
M Jean-Marie VAUGEOIS (Délégation CNRS)	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mme Martine PESTEL-CARON (MCU-PH)	Microbiologie
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie

M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Hong LU	Biologie
Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Anne-Marie ANZELLOTTI	Anglais
----------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Bérénice COQUEREL	Chimie Analytique
M. Johann PELTIER	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINCILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean COSTENTIN	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
M. Jean-Louis PONS	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Marc VASSE	Hématologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**

Physiologie (Unité Inserm 644)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Mario **TOSI**

Biochimie et biologie moléculaire
(Unité Inserm 614)

M. Serguei **FETISSOV**

Physiologie (Groupe ADEN)

Mme Su **RUAN**

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A M le professeur B. WEBER :

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse. Je vous en remercie.

Veillez trouver ici le témoignage de mon profond respect.

A Ms les professeurs L.M. JOLY et P. NGUYEN TANH :

Vous avez accepté de soumettre ce travail à votre appréciation. Je vous en remercie.

Veillez trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A M le docteur C-M DINTIMILLE :

Votre soutien et vos précieux conseils m'ont guidée dans ce travail, vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse et ce fut un grand plaisir de travailler ensemble.

Trouvez ici le témoignage de ma grande considération.

À mes parents :

Merci pour votre soutien continu durant toutes ces années où vous m'avez conseillée et encouragée. Merci pour votre amour indéfectible. Cette thèse est pour vous.

À mes grands parents :

Vous veniez me chercher à la fac lors de ma première année. Aujourd'hui, je soutiens ma thèse. Que de chemin parcouru ! Je vous remercie du fond du cœur pour tout ce que vous avez fait pour moi.

À mes amis pour toutes ces belles années passées avec vous.

À mes amis musiciens, merci pour tout ce que vous m'apportez.

Au Dr. Ludovic *LIEVAIN* pour son aide précieuse dans la mise en page de cette thèse. Il est un des meilleurs chirurgiens plasticiens que je connaisse.

Au Dr. Serge *BESCOND* et Jean-Jacques *LE NORMAND*, merci pour votre aide précieuse, ô grands statisticien et trésorier d'Alaume.

À l'amour de ma vie, qui m'a tant soutenu pendant ces mois difficiles. Merci pour sa présence à mes côtés et pour tous les beaux moments à venir.



Serment d'Hippocrate.

En présence des Maîtres de cette Ecole,
de mes chers condisciples, devant l'effigie
d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être
Suprême, 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 dans l'intérieur des maisons, mes
yeux ne verront pas ce qui se passe, ma langue
taira les secrets qui lui seront confiés, et mon état
ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favori-
ser le crime. Respectueux et reconnaissant en-
vers 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.

Table des matières

I) INTRODUCTION.....	22
II) LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN FRANCE. 24	
1) Définition	24
2) Principes généraux	24
a) Participation des médecins à la garde.....	24
b) La régulation médicale.....	25
c) La sectorisation.....	25
3) Historique de la mise en place de la PDSA en France	26
a) Organisation de la PDSA avant 2003.....	26
b) Limites de ce types d'organisation de la PDS.....	27
1- Augmentation de la demande de soins.....	27
2- Un changement de la démographie médicale.....	27
3- Nouvelles aspirations des médecins généralistes.....	28
c) La grève des médecins généralistes.....	29
4) Les principaux textes législatifs régissant la permanence des soins	30
a) Le code de la démographie médicale.....	30
b) Le code de la santé publique.....	31
5) L'évolution des textes de loi de 2003 à ce jour : du rapport Descours à la loi HPST.....	41
a) Le rapport Descours (janvier 2003).....	41
b) Décret 2003-880 du 15 septembre 2003 complété par l'arrêté du 12 décembre 2003.....	42
c) Loi 2004-810 du 13 août 2004.....	44
d) Arrêté du 26 mai 2005.....	45
e) Le rapport Grall (août 2007).....	45
f) Le rapport Boennec (octobre 2008).....	48
g) La loi HPST (n° 2009-879 du 21 juillet 2009).....	50
6) Financement de la permanence des soins ambulatoires	61

III) LA PERMANENCE DES SOINS DANS L'EURE..... 62

1) Le département de l'Eure	63
a) Géographie.....	63
b) Démographie.....	63
c) Démographie médicale.....	64
d) L'offre de soins hospitalière.....	68
1- Les lits et places d'hospitalisation.....	68
2- Les SMUR.....	69
3- L'accueil des urgences.....	70
4- Les établissements hospitaliers ne comportant pas de services d'urgences.....	70
1) Les hôpitaux locaux.....	70
2) Les cliniques privées.....	70
e) Les transports sanitaires.....	71
2) Rappel historique	71
a) Avant 2002.....	71
b) 2002 et la création d'ALAUME.....	73
c) L'organisation d'ALAUME.....	75
3) La permanence des soins dans l'Eure	77
a) Généralités.....	77
b) la régulation médicale.....	78
c) La permanencière dédiée à la régulation libérale.....	82
d) L'astreinte effectrice.....	85
1- Découpage en secteurs.....	85
2- Fonctionnement.....	86
e) Organisation des listes de gardes.....	87
f) Les astreintes administratives	88
g) Financement.....	88

IV) BILAN D'ACTIVITE DE LA PERMANENCE DES SOINS DANS L'EURE..... 91

1) L'histoire d'un appel.....	92
2) Méthode de recueil des données	93
3) L'année 2009.....	93
4) L'année 2010.....	100
5) L'année 2011.....	103
6) Comparatif années 2009/2010/2011	106

V) DISCUSSION ET PERSPECTIVES D'AVENIR 108

1) La mission de permanence des soins	108
a) Rapport du conseil national de l'ordre	108
b) La PDS: un dispositif fragile à l'avenir incertain.....	116
2) A propos des résultats recueillis dans l'Eure	117
a) Evolution de l'activité globale.....	117
b) Répartition temporelle des appels.....	117
1- L'importance de l'activité de weekend.....	117
2- L'importance de l'activité en début de nuit.....	118
3- L'existence de pics d'activité.....	118
4- L'existence de variations saisonnières.....	119
c) Provenance des appels.....	119
d) Régulation médicale et activité des médecins de garde.....	119
e) Les consultations hospitalières.....	120
f) Recours à un transporteur.....	121
3) Rapport d'enquête de l'URPS sur la PDSA en Haute-Normandie	121
a) Les pratiques.....	121
b) Questions d'opinion.....	123
c) Synthèse	123
4) Apport de l'organisation de l'Eure dans la permanence des soins.....	124

5) Problématiques actuelles.....	124
a) Un budget revu à la baisse.....	124
b) La fragilité des secteurs à 5 ans et la désertification médicale.....	125
c) La cohérence des secteurs.....	125
6) Propositions d'amélioration de la PDS	127
a) Eduquer et mieux informer la population.....	127
b) Remotiver les médecins libéraux.....	129
c) Le repos de sécurité.....	130
d) L'exemple européen.....	131
VI) CONCLUSION	132
VII) ANNEXES.....	134
VIII) BIBLIOGRAPHIE	151

ABREVIATIONS

ALAUME : Association des médecins Libéraux pour Aide aux Urgences Médicales de l'Eure

AMPP : Aide Médicale Permanente à la Population

AMU : Aide Médicale Urgente

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARS : Agence Régionale de Santé

CDOM : Comité Départemental de l'Ordre des Médecins

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale d'Urgence, de la Permanence des soins et des transports Sanitaires

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et sociales

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EGOS : Etats Généraux de l'Organisation de la Santé

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

EOLE : Entente des Omnipraticiens Libéraux de l'Eure

FMESPP : Fond pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés

FIR : Fond d'Intervention Régional

FISQCS : Fond d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : loi Hôpital Patients Santé Territoire

IGA : Inspection Générale de l'Administration

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

JO : Journal Officiel

MEAH : Mission nationale d'Expertise et d'Audits Hospitaliers

MIG : Mission d'Intérêt Général

MRS : Missions Régionales de Santé

PARM : Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale

PDS : Permanence Des Soins

PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SAU : Service d'Accueil des Urgences

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SROS : Schéma Régional d'Organisation des Soins

TGI : Tribunal de Grande Instance

UMJ : Unité Médico Judiciaire

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

I) INTRODUCTION

Sujet au centre des préoccupations actuelles, au cœur de l'élaboration des cahiers des charges régionaux et de leur déclinaison départementale, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) en France a connu depuis une dizaine d'années de profonds bouleversements qui lui ont permis de s'adapter au mieux aux difficultés qu'elle a pu rencontrer.

Avant 2003 la seule base juridique de la permanence des soins (PDS) reposant sur l'article 77 du code de déontologie médicale, les médecins libéraux assuraient une continuité des soins de jour comme de nuit.

La grève des gardes des médecins généralistes durant l'hiver 2001-2002 a permis de mettre en lumière les difficultés rencontrées par les médecins libéraux.

Est alors initié un vaste projet de réorganisation des systèmes de gardes ambulatoires afin de répondre au mieux aux besoins de la population et de garantir une égalité d'accès au service public sur l'ensemble du territoire.

Parallèlement à cela, le contexte a fondamentalement changé, avec la diminution du nombre de médecins, le désengagement des médecins libéraux dans les tours de gardes de certains secteurs, la féminisation, l'aspiration des jeunes générations à plus de temps disponible pour leur famille et le vieillissement de la population médicale.

Dans ce contexte, les médecins de l'Eure ont mis en place en 2004 une association de médecins libéraux pour l'aide aux urgences médicales dans l'Eure, permettant une régulation des consultations, via un numéro unique pour le département, aux heures où les cabinets médicaux sont fermés.

Le dispositif met à disposition de la population un médecin de garde à l'exception de la nuit profonde où les patients ayant besoin d'une consultation ne pouvant attendre le lendemain sont réorientés vers le service d'urgences le plus proche.

Tout d'abord, nous allons définir ce qu'est la PDS, son historique, les textes qui la régissent, ainsi que la grande saga aboutissant au cadre législatif actuel : la loi HPST.

Puis, nous nous éloignerons du contexte national pour nous immerger dans le département de l'Eure. Quels y sont les acteurs et l'organisation de la PDSA ?

Ensuite, nous analyserons l'activité de la PDSA dans l'Eure sur les trois dernières années.

Enfin, nous discuterons de la pertinence de tous ces résultats, du rôle de la PDSA dans ce département, mais également des résultats de la dernière enquête départementale de l'URPS adressée aux médecins libéraux de Haute-Normandie concernant le fonctionnement des secteurs de garde, les doléances des médecins et les problèmes qui se posent. Mais au-delà de ses considérations régionales, cette thèse cherche à apporter des éléments de réflexion sur les différentes perspectives d'évolution et d'amélioration, afin de préparer au mieux l'avenir.

II) LA PERMANENCE DES SOINS AMBULATOIRES EN FRANCE

1) Définition

La permanence des soins ambulatoire (PDSA) désigne le dispositif sanitaire permettant aux citoyens de recourir à un praticien en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux ou centres de santé. Elle revêt le caractère d'un service public assuré sur la base du volontariat par des médecins libéraux de premiers recours.

Elle est la réponse à tout moment à une demande en situation d'urgence réelle ou ressentie présentée par un patient sur un territoire donné.

2) Principes généraux

La PDSA est articulée autour de 3 axes principaux : la participation des médecins à la garde sur la base du volontariat, la régulation et la sectorisation.

a) Participation des médecins à la garde

La participation des médecins au système de gardes doit être effective sur tout le territoire, cependant les modalités d'organisation peuvent être différentes d'un département à l'autre, tenant compte des éléments spécifiques comme la densité de la population, les caractéristiques géographiques, la démographie médicale.

Elle repose sur le volontariat des médecins libéraux en conformité avec la réglementation nationale (décret du 15 septembre 2003). (1)

La permanence des soins est organisée collectivement sous la responsabilité de la profession afin de pallier aux éventuelles carences liées au volontariat. Cette charge est sous la responsabilité du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM). (2)

Elle est assurée par des médecins libéraux, par des médecins salariés des centres de santé, ou par toute autre catégorie de médecin ayant conservé une pratique clinique et dont la capacité est attestée par le CDOM.

b) La régulation médicale

La PDSA assure à la fois la régulation des appels des patients ainsi que leur prise en charge pour les situations évaluées qui nécessitent une réponse médicalisées. En effet, elle réoriente les demandes dont les réponses peuvent être apportées par le médecin traitant dans le cadre d'une consultation programmée.

La régulation permet ainsi d'assurer l'information et le conseil, voire la prescription d'un médicament présent dans la pharmacie familiale ; l'orientation du patient vers un praticien effecteur ambulatoire sans nécessité de recours à un plateau technique, dans un délai compatible avec la sécurité du patient (plusieurs heures en général), vers des organisations adaptées ou encore le renvoi d'appel vers le médecin régulateurs du centre 15.

La PDSA doit assurer une réponse tous les jours, de 20h00 à 8h00 du matin, les dimanches et jours fériés de 8h00 à 20h00 ; et lorsque le besoin de la population le justifie, le samedi à partir de midi, le lundi précédant un jour férié, le vendredi et le samedi suivant un jour férié.

c) La sectorisation

La PDSA est organisée dans le cadre départemental. Le département est divisé en secteurs arrêtés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS). (3)

La taille du secteur (infra départemental) doit permettre un exercice normal pour l'activité du médecin (en tenant compte de critères tels la distance, la densité des médecins et de la population, les volumes d'actes). Ce territoire choisi doit permettre une réponse rapide et adaptée.

L'organisation des médecins sur ces secteurs doit s'adapter aux situations locales, en prenant en compte le nombre de médecins, la taille du secteur, la présence ou non de maisons médicales de garde ou d'autres modalités de fonctionnement.

Le développement des maisons médicales de garde peut répondre à certaines attentes de la population tout en sécurisant l'exercice par les professionnels, mais elles ne peuvent être la seule réponse au sein d'un territoire.

La territorialisation des départements en secteurs et les modes d'organisation des médecins doivent pouvoir être identifiés par la population afin d'encourager à un meilleur accès aux soins en limitant à la fois le déplacement des médecins et les recours abusifs.

Cette organisation a pour vocation de permettre aux usagers d'accéder aux soins que leur état nécessite et de bénéficier d'une prise en charge spécialisée adaptée à leur besoin, notamment la prise en charge des pathologies aiguës, du vieillissement et des maladies chroniques, conforme aux exigences de qualité et de sécurité des soins, tout en prenant en compte l'exigence d'un volume d'activité suffisant et d'un environnement adapté.

3) Historique de la mise en place de la PDSA en France

a) Organisation de la PDSA avant 2003

Avant 2003, la PDSA ne bénéficie pas d'un cadre juridique précis. Elle est très hétérogène sur tout le territoire.

Certains praticiens en accord avec l'article 47 du code de déontologie médicale (4) : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. [...] S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. » prennent en charge eux-mêmes la suite de soins de leur propre patientèle restant joignables 7j/7 et 24h/24 ; d'autres regroupés en secteurs sous l'égide du Conseil Départemental de l'Ordre constituent des tableaux de garde chaque mois afin de proposer un service de permanence de soins la nuit, le dimanche et les jours fériés conformément à l'article 77 du code de déontologie médicale (5) : « la permanence des soins est un devoir de tout médecin de participer aux service de garde de jour et de nuit. Le conseil départemental de l'Ordre des médecins peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et, éventuellement de ses conditions d'exercice ».

Cette organisation très hétérogène sur l'ensemble du territoire a atteint ses limites devant une demande de soins toujours croissante, un déclin de la démographie médicale et un

changement du mode d'exercice des praticiens conduisant aux changements actuels de la permanence des soins.

b) Les limites de ce type d'organisation de la PDS

1- Augmentation de la demande de soins

La population française est une population vieillissante et en constante augmentation. En effet, on comptait en 1996 58,3 millions d'habitants dont 15,2% de plus de 65 ans, 61,3 millions d'habitants dont 16% de plus de 65 ans en 2002 et à l'heure actuelle 65,35 millions d'habitants dont 17,1% de plus de 65 ans. (6) La croissance de la population associée à son vieillissement a entraîné une explosion de la consommation de soins et de biens médicaux avec un coût annuel de 98 milliards d'euros en 1995 contre 151,2 en 2005 et 175 en 2010. (7)

Un changement des comportements de la population a également été noté. L'acte médical s'est banalisé et est à présent considéré comme un simple service. En effet, 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 sanitaires s'accroissent et la notion d'urgence ressentie n'est plus la même que dans le passé. La population désire un service disponible rapidement à toute heure. L'expression des besoins a changé et le taux de recours au médecin a augmenté.

2- Un changement de la démographie médicale

Nombre de médecins généralistes, notamment en zone rurale, partent en retraite et ne sont pas remplacés. De nombreux généralistes, ont des difficultés à trouver un remplaçant aussi bien pour le week-end que pour les congés. Certains affirment que leur cabinet ne trouve plus de « repreneurs ». (8)

Depuis le début des années 70, les pouvoirs publics ont assisté à une augmentation rapide du nombre de médecins. Cette expansion rapide a inquiété les pouvoirs publics qui ont craint que l'accroissement du nombre de médecins entraîne une augmentation très forte des dépenses, selon le principe qu'en médecine « l'offre crée la demande ». Un numerus clausus a été instauré en 1978. Ainsi, on a pu assister à une stabilisation puis à partir de 2007/2008, au déclin de la démographie médicale. (9)

On assiste également à une féminisation du corps médical. En 2008, 39% des médecins généralistes sont des femmes. (10) Et la féminisation va s'accroître encore davantage puisque à l'heure actuelle, dans certaines facultés, le taux d'étudiantes est de 64 %.

De plus, la modification du comportement des jeunes médecins, qui désirent massivement vivre en ville, fait que les écarts de densité entre les zones rurales et les zones urbaines vont s'amplifier. (11) Ainsi la densité des nouveaux généralistes s'installant en zone rurale isolée est trois fois plus faible que celle des pôles urbains. (12) Cette désaffection pour le mode d'exercice libéral se fait au profit du secteur hospitalier ou pour le mode d'exercice salarial. La réforme Debré de 1958, en créant un corps de praticiens hospitaliers à plein temps, a favorisé l'essor d'une médecine salariée. Ainsi, à côté de l'exercice en cabinet de ville, s'est développée une pratique médicale au sein d'organismes publics ou privés très variés : hôpitaux, cliniques, entreprises privées, administrations. Dans de nombreux cas, les médecins ont désormais tendance à diversifier leurs pratiques et à cumuler une activité salariée avec un exercice libéral.

Confronté à une population âgée et dépendante qui reste à son domicile le plus longtemps possible, le médecin doit consacrer un temps accru à la coordination des soins entre les différents professionnels de la santé (infirmiers, kinésithérapeutes...). L'exercice solitaire et individuel de la médecine se raréfie, au profit des cabinets de groupe. (13)

3- Nouvelles aspirations des médecins généralistes

La qualité de vie prime maintenant pour les jeunes générations ; le développement des loisirs (voyages, sports, etc....), ainsi qu'éventuellement des activités associatives ou électives, fait que les hommes comme les femmes souhaitent pouvoir consacrer plus de temps aux enfants et aux loisirs.

L'aspiration générale, des hommes comme des femmes, est à une moindre disponibilité temporelle pour les patients. Cela se traduit par le déploiement de stratégies visant à réguler (mais non nécessairement à réduire) le temps consacré aux activités professionnelles. Cependant cette aspiration ne se traduit pas par une réduction drastique du temps de travail des médecins ni par une moindre implication dans le travail ou une moindre préoccupation pour la qualité des soins. Avec une moyenne de 56 heures par semaine en

1999, les médecins généralistes dépassent largement la durée légale de travail pour les salariés, à plus forte raison depuis la mise en place des 35 heures. (14)

c) La grève des médecins généralistes

Le 15 novembre 2001, débute la grève des gardes de nuit par les médecins généralistes. (15) Point de départ d'un conflit qui a opposé les médecins libéraux au ministère de la Santé et aux organismes de sécurité sociale, cet événement n'est en fait que l'aboutissement d'un mécontentement qui grondait depuis les ordonnances Juppé d'avril 1996 instaurant la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. La grève des médecins, inhabituelle et très suivie, a marqué un changement dans le comportement des professionnels de la santé. Les conditions d'exercice de la médecine ont changé au cours des dernières années en raison de l'évolution technologique, des exigences grandissantes des malades et des contraintes exercées par les caisses d'assurance-maladie. Ces changements ont pesé sur le moral des médecins et, comme ils n'ont pas été accompagnés d'une augmentation du pouvoir d'achat, le mécontentement s'est transformé en crise. Pour faire aboutir leurs revendications, la première arme brandie par les médecins a été la grève des gardes de nuit de 20 heures à 8 heures. Annoncée pour une durée illimitée à compter du 15 novembre 2001, la grève a été largement suivie. Devant l'encombrement des Centres de réception et de régulation des appels du Service d'Aide Médicale Urgente (les centres 15) et pour réduire l'afflux des patients aux urgences des hôpitaux, de nombreux préfets ont procédé à des réquisitions autoritaires. Pour protester contre ces procédés, le mouvement de grève s'est durci et a été étendu à partir du 7 décembre 2001 aux gardes des week-ends et des jours fériés. (16)

Un médecin généraliste effectuait en moyenne une garde de nuit par semaine, au cours de laquelle il reçoit les appels. S'y ajoutent les gardes de week-end, en moyenne une toutes les sept semaines. Elles se déroulent du samedi midi au lundi matin 8 heures, et comportent donc deux nuits. Aucune de ces gardes ne donne lieu à un repos compensateur. Les nuits de garde sont précédées et suivies d'une journée de travail normal. Il en est de même pour les gardes de week-end. Alors que les médecins urgentistes se voient appliquer la semaine de 48h avec récupération obligatoire le lendemain des gardes de nuit, les médecins généralistes n'ont aucune reconnaissance de la pénibilité de leur travail.

La charge de travail que ces gardes engendrent conduit un certain nombre de praticiens à demander la fin de leur obligation. Refusant massivement le principe des gardes

obligatoires, ils ont demandé que soit abrogé l'article 77 du Code de déontologie médicale qui prévoit que la participation au service de garde est « un devoir pour tout médecin ».

Comment donc assurer la permanence des soins ? Une large majorité de médecins refuse le principe des gardes obligatoires et souhaite que soit mis en place un système fondé sur le volontariat avec rémunération de l'astreinte. Les caisses d'assurance-maladie considèrent que la permanence des soins est une mission de service public dont le financement revient à l'État. Les revendications des médecins concernent la revalorisation de leur travail par une augmentation des honoraires à 23 euros ainsi que la mise en place d'une permanence des soins libérale.

La recherche d'une sortie de crise conduite par les ministres de la Santé les années suivantes, Jean-François Mattei, à l'origine de la revalorisation des honoraires de la consultation aussi bien en journée que pendant les gardes, puis Philippe Douste-Blazy, a débouché sur une réforme de l'organisation de la permanence des soins.

4) Les principaux textes législatifs régissant la permanence des soins

a) Le code de déontologie médicale

En France, la déontologie médicale est réglementée par un code de déontologie établi par le décret n°95-1000 du 6 septembre 1995, et le Conseil de l'Ordre des Médecins chargé du respect de ces dispositions (art.1 du décret). Ce code s'impose à tout médecin.

Le Code de la Santé Publique, en sa 4^e partie ayant trait aux professions de santé, contient en son livre Ier, titre II, chapitre VII, les codes de déontologie des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes.

2 articles y abordent le thème de la permanence des soins, et constituent avant 2003 la seule base juridique de la PDS :

- **Article 47** : il stipule que « quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons

professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins. »

Le médecin ne participant pas à la PDS doit donc s'assurer de la bonne prise en charge de ses patients.

Le CDOM veille au respect de l'obligation de continuité des soins selon l'article L6315-1 du code de la santé publique, modifié par la loi n°2011-940 du 10 août 2011.

L'article 47 n'a pas été modifié par les réformes ultérieures de la PDS.

- **Article 77** : « Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux gardes de jour et de nuit ».

Le décret 2003-881 du 15 septembre 2003 a modifié cet article afin de l'adapter à la nouvelle organisation de la PDS. Il abroge le caractère obligatoire de la participation à la PDS au profit d'un système basé sur le volontariat des médecins généralistes.

Le nouvel article 77 (article R 4127-77 du code de la Santé Publique) est ainsi formulé : « Il est du devoir du médecin de participer à la PDS dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ». Ce nouvel article a le mérite de pouvoir s'adapter aux différentes réformes successives de la PDS. Le mot volontariat n'apparaît que dans le décret 2003-881.

La mise en place d'une permanence des soins sur la base du volontariat ne remet pas en cause l'application de l'article 47. Des lors, le médecin non volontaire doit, au titre du principe de continuité des soins, s'assurer que ses patients seront bien pris en charge.

b) Le code de la Santé Publique (17)

Article R6311-1

Les services d'aide médicale urgente ont pour mission de répondre par des moyens exclusivement médicaux aux situations d'urgence.

Lorsqu'une situation d'urgence nécessite la mise en œuvre conjointe de moyens médicaux et de moyens de sauvetage, les services d'aide médicale urgente joignent leurs moyens à ceux qui sont mis en œuvre par les services d'incendie et de secours.

Article R6311-2

Pour l'application de l'article R. 6311-1, les services d'aide médicale urgente :

- 1° Assurent une écoute médicale permanente ;
- 2° Déterminent et déclenchent, dans le délai le plus rapide, la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- 3° S'assurent de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés adaptés à l'état du patient, compte tenu du respect du libre choix, et font préparer son accueil ;
- 4° Organisent, le cas échéant, le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- 5° Veillent à l'admission du patient.

Article R6311-6

Pour répondre dans les délais les plus brefs aux demandes d'aide médicale urgente, les centres de réception et de régulation des appels mentionnés à l'article L. 6112-5 sont dotés d'un numéro d'appel téléphonique unique

Article R6311-8

- Modifié par Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 - art. 3 (18)

Les centres de réception et de régulation des appels permettent, grâce notamment au numéro d'appel unique dont ils sont dotés, de garantir en permanence l'accès immédiat de la

population aux soins d'urgence et la participation des médecins d'exercice libéral au dispositif d'aide médicale urgente.

La participation de ceux-ci, comme celle des autres intervenants, au dispositif d'aide médicale urgente est déterminée par convention.

La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente peut être organisée par le directeur général de l'agence régionale de santé en dehors des périodes de permanence des soins définies à l'article R. 6315-1, si les besoins de la population l'exigent.

Article R6311-13

Les médecins, inscrits au tableau de permanence mentionné à l'article R. 6315-2, restent disponibles et tiennent le centre de réception et de régulation des appels médicaux informés du début et de la fin de chacune de leurs interventions.

Article R6313-1

- Modifié par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. 1 (19)

Dans chaque département, un comité de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires CODAMUPS, veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population dans le respect du cahier des charges régional défini à l'article R. 6315-6.

Article R6313-1-1

- Créé par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. 1

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires CODAMUPS, co-présidé par le préfet ou son représentant et le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant, est composé :

1° De représentants des collectivités territoriales :

- a) Un conseiller général désigné par le conseil général ;
- b) Deux maires désignés par l'association départementale des maires ou, à défaut, élus par le collège des maires du département, convoqué à cet effet par le préfet, à la représentation proportionnelle à la plus forte moyenne, sans adjonction ni suppression de noms et sans modification de l'ordre de présentation. Le vote peut avoir lieu par correspondance ;

2° Des partenaires de l'aide médicale urgente :

- a) Un médecin responsable de Service d'Aide Médicale Urgente et un médecin responsable de Service Mobile d'Urgence et de Réanimation dans le département ;
- b) Un directeur d'établissement public de santé doté de moyens mobiles de secours et de soins d'urgence ;
- c) Le président du conseil d'administration du service d'incendie et de secours ou son représentant ;
- d) Le directeur départemental du service d'incendie et de secours ou son représentant ;
- e) Le médecin-chef départemental du service d'incendie et de secours ;
- f) Un officier de sapeurs-pompiers chargé des opérations, désigné par le directeur départemental des services d'incendie et de secours ;

3° Des membres nommés sur proposition des organismes qu'ils représentent :

- a) Un médecin représentant le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins ;
- b) Quatre représentants de l'union régionale des professionnels de santé représentant les médecins ;

- c) Un représentant du conseil de la délégation départementale de la Croix-Rouge française ;
- d) Deux praticiens hospitaliers proposés chacun respectivement par les deux organisations les plus représentatives au plan national des médecins exerçant dans les structures des urgences hospitalières ;
- e) Un médecin proposé par l'organisation la plus représentative au niveau national des médecins exerçant dans les structures de médecine d'urgence des établissements privés de santé, lorsqu'elles existent dans le département ;
- f) Un représentant de chacune des associations de permanence des soins lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de permanence des soins au plan départemental ;
- g) Un représentant de l'organisation la plus représentative de l'hospitalisation publique ;
- h) Un représentant de chacune des deux organisations d'hospitalisation privée les plus représentatives au plan départemental, dont un directeur d'établissement de santé privé assurant des transports sanitaires ;
- i) Un représentant de chacune des quatre organisations professionnelles nationales de transports sanitaires les plus représentatives au plan départemental ;
- j) Un représentant de l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative au plan départemental ;
- k) Un représentant du conseil régional de l'ordre des pharmaciens ou, dans les départements d'outre-mer, la délégation locale de l'ordre des pharmaciens ;
- l) Un représentant de l'union régionale des professionnels de santé représentant les pharmaciens d'officine ;
- m) Un représentant de l'organisation de pharmaciens d'officine la plus représentative au plan national ;
- n) Un représentant du conseil départemental de l'ordre des chirurgiens-dentistes ;
- o) Un représentant de l'union régionale des professionnels de santé représentant les chirurgiens-dentistes ;

4° Un représentant des associations d'usagers.

Les membres du comité sont nommés par arrêté conjoint du directeur général de l'agence régionale de santé et du préfet.

Le directeur général de l'agence régionale de santé et le préfet peuvent se faire assister des personnes de leur choix.

Article R6313-4

- Modifié par Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 - art. 1

Le CODAMUPS évalue chaque année l'organisation de la permanence des soins et propose les modifications qu'il juge souhaitables dans le cadre du cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Article R6315-1

- Modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 214 (20)

La permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6314-1 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 centres ainsi que par des médecins appartenant à des associations de permanence des soins.

La permanence des soins peut, en outre, être organisée, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département :

1° Le samedi à partir de midi ;

2° Le lundi lorsqu'il précède un jour férié ;

3° Le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.

Toutefois, le cahier des charges mentionné à l'article R. 6315-6 peut prévoir que la permanence des soins en médecine ambulatoire est assurée, pour partie de la période comprise entre 20 heures et 8 heures, selon des modalités distinctes de celles prévues au premier alinéa du présent article. Ces modalités sont définies en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et des délais d'intervention dans les différents secteurs du département.

Cette permanence est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental mentionné à l'article R. 6313-1.

A cette fin, le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante. Ces limites peuvent varier selon les périodes de l'année et être adaptées, pour toute ou partie de la période de permanence de soins, aux besoins de la population.

La détermination du nombre et des limites des secteurs est arrêtée par le directeur général de l'agence régionale de santé, après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et avis du comité départemental mentionné à l'article R. 6313-1. En tant que de besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté du directeur général de l'Agence régionale de santé, après avis des comités des départements concernés.

La carte des secteurs fait l'objet, suivant la même procédure, d'un réexamen annuel.

Article R6315-2

Dans chaque secteur un tableau nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins mentionnés à l'article R. 6315-1 qui sont volontaires pour participer à cette permanence ou par les associations qu'ils constituent à cet effet. Ce tableau est transmis, au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins qui vérifie que les intéressés sont en situation régulière d'exercice.

Les associations de permanence des soins peuvent participer au dispositif sous réserve d'une transmission préalable au conseil départemental de l'ordre des médecins de la liste nominative des médecins participant à cette permanence. Il en est de même pour les médecins des centres de santé.

Dix jours au moins avant sa mise en œuvre par le conseil départemental, le tableau est transmis au préfet, au service d'aide médicale urgente, aux médecins concernés, aux caisses d'assurance maladie ainsi que, sur leur demande, aux organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux représentées au niveau départemental.

Article R6315-3

- Modifié par Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 - art. 2 JORF 28 déc. 2006 (21)

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le service d'aide médicale urgente.

Toutefois, l'accès au médecin de permanence peut également être assuré par des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le service d'aide médicale urgente. Les modalités de l'interconnexion sont définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier où sont situés le service d'aide médicale urgente et l'association de permanence de soins. La convention précise également les modalités de collaboration entre le service d'aide médicale urgente et l'association ainsi que les procédures d'évaluation de cette collaboration. La convention est approuvée par le préfet après avis du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires.

La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du service d'aide médicale urgente peut être organisée en dehors des périodes de permanence des soins définies à l'article R. 6315-1, en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée.

Article R6315-4

Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département, constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins, ce conseil, en vue de compléter le tableau de permanence prévu à l'article R. 6315-2, recueille l'avis des organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux et des médecins des centres de santé représentées au niveau départemental et des associations de permanence des soins. Il peut prendre l'attache des médecins d'exercice libéral dans les secteurs concernés. Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de permanence reste incomplet, le conseil départemental adresse un rapport, faisant état des avis recueillis et, le cas échéant, des entretiens avec les médecins d'exercice libéral, au préfet qui procède aux réquisitions nécessaires.

Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins sont assurés par le médecin qui le remplace.

Il peut être accordé par le conseil départemental de l'ordre des médecins des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins exemptés est transmise au préfet par le conseil départemental avec le tableau de permanence prévu à l'article R. 6315-2.

Article R6315-5

A la demande du médecin chargé de la régulation médicale ou du centre d'appel de l'association de permanence de soins dans les conditions prévues à l'article R. 6315-3, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou par une visite.

Article R6315-6

- Modifié par Décret n°2012-271 du 27 février 2012 - art. 2 (22)

Les principes d'organisation de la permanence des soins font l'objet d'un cahier des charges régional arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le respect des objectifs fixés par le schéma régional d'organisation des soins.

Le cahier des charges régional décrit l'organisation générale de l'offre de soins assurant la prise en charge des demandes de soins non programmés et mentionne les lieux fixes de consultation. Il décrit également l'organisation de la régulation des appels.

Il précise les conditions d'organisation des territoires de permanence des soins afférentes à chaque département.

Le cahier des charges régional définit les indicateurs de suivi, les conditions d'évaluation du fonctionnement de la permanence de soins. Il précise les modalités de recueil et de suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins. Il détermine les modalités selon lesquelles la commission spécialisée de l'organisation des soins de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et le comité départemental mentionné à l'article R. 6313-1 sont informés de ces incidents.

Indépendamment de la rémunération des actes accomplis dans le cadre de leur mission, le cahier des charges précise la rémunération forfaitaire des personnes participant aux gardes de permanence des soins ambulatoires et à la régulation médicale téléphonique. Cette rémunération forfaitaire peut varier en fonction de la sujétion et des contraintes géographiques, dans les limites fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Elle est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 (23) de la loi n°2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012. (24)

5) L'évolution des textes de loi de 2003 à ce jour : du rapport Descours à la loi HPST

a) Le rapport Descours (25) (janvier 2003)

Ce rapport constitue une base dans l'organisation de la PDS des médecins d'exercice libéral, il détermine la ligne des modifications à entreprendre pour refondre le système de la PDS en France.

Le ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Mr Jean-François Mattei confie la rédaction de ce rapport au sénateur Charles Descours qui lui remet en janvier 2003.

Ce groupe de rapport est constitué des différents syndicats des médecins libéraux et hospitaliers, de représentants de l'Etat, de l'Assurance maladie et des usagers.

Leur mission est de définir la nature de la mission de permanence des soins et d'analyser les obligations déontologiques qui lui sont associées ainsi que de définir les solutions susceptibles d'être mises en œuvre pour garantir un égal accès aux soins.

Ce rapport met en avant les difficultés rencontrées pour répondre aux besoins de soins non programmés et essaye de promouvoir un système hétérogène mais cohérent qui tienne compte des besoins réels de la population, des caractéristiques géographiques, de la démographie médicale et des dispositifs de PDS pré existants. Une organisation collective locale de la PDS entre la médecine de ville mais également avec les structures hospitalières, sous la responsabilité de la profession est indispensable.

Ce rapport précise que : « 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 ». Ceci permet de modifier l'article 77 du code de déontologie médicale qui stipulait que la participation à la PDS était un devoir pour tout médecin. Celle-ci repose désormais sur la base du volontariat ; ce qui ne remet pas en cause l'application de l'article 47, la continuité des soins reste une obligation déontologique.

Le deuxième axe important de ce rapport concerne la régulation des demandes de soins non programmés. Celle ci doit être unique, centralisée par un numéro unique d'appel, le 15, le siège du centre 15 constituant le centre de régulation au sein du quel médecins libéraux

et hospitaliers travaillent en collaboration. Cependant, l'organisation doit être souple et adaptée au contexte local : une régulation libérale autonome avec un numéro d'appel spécifique (distinct du 15) est possible ; dans cette hypothèse les deux centres de régulation doivent être interconnectés.

Le troisième axe important concerne la sectorisation des départements, le maillage du territoire devant être le plus efficient pour une réponse adaptée. Les médecins doivent s'organiser sur ses secteurs afin d'établir un tableau départemental de permanence.

Ce rapport insiste également sur la nécessité de responsabiliser l'utilisateur dans son utilisation de la PDS et de l'informer sur les modalités d'accès à celui-ci en cas de besoin.

Le dernier point important concerne la modification du CODAMU (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires). Celui-ci est modifié dans ses missions et dans sa composition pour intégrer dans ses compétences le volet « permanence des soins ». Il devient ainsi le CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des transports sanitaires et de la Permanence des Soins). Le sous comité médical est réformé pour prendre en charge la PDS. Il a pour mission d'évaluer les besoins et de valider les modes d'organisation proposés par chaque groupe d'acteur (composition du CODAMUPS détaillée dans [l'article R6313-1](#) du code de la santé publique). Il élabore le cahier des charges fixant les modalités d'organisation de la régulation. Il évalue régulièrement l'organisation de la PDS et peut proposer des modifications éventuelles.

Le CODAMUPS se réunit deux fois par an et peut être réuni à la demande de la moitié de ses membres. Le sous comité médical se réunit au minimum deux fois par an pour examiner les questions relatives à la PDS et préparer les travaux nécessaires pour le CODAMUPS.

b) Décret 2003-880 du 15 septembre 2003 complété par l'arrêté du 12 décembre 2003 (26)

Il s'agit du premier texte officiel instaurant les modalités de la nouvelle PDS.

Il fixe les horaires de la permanence des soins en médecine ambulatoire qui doit être 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 de 8h à 8h le lendemain par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres.

Cette permanence est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental.

A cette fin, le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques et en tenant compte de l'offre de soins existante.

La détermination du nombre et des limites des secteurs est arrêtée par le préfet du département et, à Paris, par le préfet de police, après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et avis du comité départemental.

Dans chaque secteur un tableau départemental nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins qui sont volontaires pour participer à cette permanence ou par les associations qu'ils constituent à cet effet. Ce tableau est transmis, au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre, au conseil départemental de l'ordre des médecins.

Dix jours au moins avant sa mise en œuvre par le conseil départemental, le tableau est transmis au préfet, au SAMU, aux médecins concernés, aux caisses d'assurance maladie ainsi que, sur leur demande, aux organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux représentées au niveau départemental.

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. Lorsque la régulation ne peut être organisée dans ce cadre, elle doit être interconnectée avec ce service.

Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

L'absence ou l'insuffisance éventuelle de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département sera constatée par le conseil de l'ordre des médecins. Celui-ci, après avis des organisations représentatives des médecins libéraux et des médecins des centres de santé, complète le tableau de permanence en tenant compte de l'état de l'offre de soins disponible. Si, à l'issue de cette consultation, le tableau reste incomplet, le préfet procède aux réquisitions nécessaires.

Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire dans le cadre de la permanence des soins sont assurés par le médecin qui le remplace.

Il peut être accordé des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, des conditions d'exercice de certains médecins.

A la demande du médecin chargé de la régulation médicale, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou, le cas échéant, par une visite.

Un cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. Il comporte notamment l'état de l'offre de soins et l'évaluation des besoins de la population. Il fixe les modalités de détermination des secteurs géographiques, prévoit les indicateurs d'évaluation et précise, le cas échéant, les collaborations nécessaires entre les médecins assurant la permanence et les structures hospitalières.

L'arrêté du 12 décembre 2003 complète ce décret en précisant la sectorisation de la PDS en fonction des besoins ainsi que les moyens de coordination entre les médecins régulateurs et les médecins effecteurs.

c) Loi 2004-810 du 13 août 2004 (27,28)

C'est la loi fondatrice des Missions Régionales de Santé (MRS). Les MRS sont constituées de l'Agence Régionale de la Santé (ARS) et de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM).

La Mission régionale de santé est dirigée alternativement, par période d'une année, par le directeur de l'URCAM et le directeur de l'ARS.

La Mission régionale de santé formule des propositions aux préfets pour l'organisation de la permanence des soins.

Dans un souci de cohérence régionale, ces propositions optimisent la régulation libérale (au sein du centre 15) et adaptent les secteurs de garde aux besoins de la population en particulier dans les zones rurales ou urbaines difficiles, ainsi qu'à l'offre de soins (services d'urgence, maisons médicales de garde) en cohérence avec les préconisations du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

La Mission régionale de santé définit, en relation avec les DDASS et les CPAM, un cadre de référence pour l'évaluation du dispositif de permanence des soins ambulatoires et procède à cette évaluation en utilisant notamment le bilan de la sectorisation de chaque département et du cahier des charges.

d) Arrêté du 26 mai 2005 (29)

Les honoraires à percevoir par les Médecins ont fait l'objet d'un avenant du 15 avril 2005 et approuvé par un arrêté du 26 mai 2005.

Par ailleurs, pour favoriser la régulation préalable des actes, une revalorisation en moyenne de 19 % des actes de nuit, de dimanches et jours fériés est instituée.

Cette convention passe totalement sous silence la rémunération de la permanence des soins le SAMEDI, estimant que ce jour est normalement travaillé...

Enfin, il est prévu des dispositions spécifiques pour les zones déficitaires répondant à la définition contenue dans l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale (30) de la « *loi sur les territoires ruraux* » adoptée récemment par le Parlement. Celles-ci concernent aussi bien les zones rurales définies que les zones urbaines. La définition de ces zones est du ressort des Missions Régionales de Santé.

e) Le rapport Grall (31) (août 2007)

Le Docteur Jean-Yves Grall, conseiller général des établissements de santé, a remis à la ministre de la Santé, Mme Roselyne Bachelot, son rapport sur la « mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins », élaboré en août 2007. Mettant en évidence les difficultés croissantes rencontrées dans l'organisation de celle-ci, Jean-Yves Grall formule des propositions destinées à répondre de façon adaptée à la demande non programmée d'aide médicale de la population sur l'ensemble du territoire.

Le rapport Grall relève d'emblée une incohérence dans la mise en place de la permanence des soins : le financement et l'organisation du dispositif ne relèvent pas des

mêmes responsables. En effet, le Préfet de département organise la permanence des soins mais ne dispose d'aucun pouvoir de décision sur le financement, qui dépend de l'assurance maladie dans un cadre conventionnel et extra-départemental. De même s'agissant des CPAM et des URCAM. Les institutions locales se trouvent donc dans une position délicate car confrontées aux directives nationales d'une part, et aux réalités et pressions locales d'autre part, induites par le caractère volontaire de la permanence des soins. L'état actuel des finances de l'assurance maladie n'assure pas non plus la stabilité du système.

Trouver un médecin devient par ailleurs un sujet d'inquiétude pour la population, de même que l'accès aux soins. La mauvaise répartition des professionnels sur le territoire, malgré les aides accordées pour l'installation en zone déficitaire, et les évolutions du corps sociétal (féminisation, aménagement du temps de travail, lieu d'exercice de préférence citadin) influent sur la bonne marche de la permanence des soins.

En outre, les difficultés liées à l'absence de paiement des astreintes prévues par l'extension de la permanence des soins au samedi après-midi, le principe du volontariat dans la participation à la permanence des soins, ne garantissent pas la fiabilité et la pérennité du système. Celui-ci repose en effet sur un investissement nécessaire des médecins, et l'on note parfois une « césure » entre les médecins des zones urbaines dégagés des contraintes par SOS médecins ou les structures d'urgences, et ceux exerçant en zone rurale qui, peu nombreux, font fonctionner la permanence des soins, mais manifestent leur mécontentement.

Les conseils départementaux de l'ordre des médecins ont également des positions divergentes quant à l'application du dispositif de la permanence des soins. Ils sont chargés de vérifier l'éligibilité des médecins inscrits sur le tableau transmis par chaque secteur et de tenter de le compléter en cas d'insuffisance de volontaires. En l'absence de tableau complet, le Préfet peut procéder aux réquisitions nécessaires. Il ressort néanmoins du rapport que l'implication des conseils est inégale et que certains Préfets sont ainsi contraints de réquisitionner de façon permanente et non ponctuelle, se heurtant parfois au refus de certains médecins découragés.

Enfin, la régulation médicale (en lien avec le centre 15), considérée comme le « socle du dispositif » par le Docteur Grall, est menacée. En effet, l'on note une tendance marquée au report de la permanence des soins sur les structures d'urgence après minuit. En première partie de nuit, la permanence des soins s'effectue dans le cadre des maisons médicales de

garde, mais là encore, face au désengagement des médecins, la population s'oriente plutôt vers les structures d'urgence. L'encombrement du 15 participe également à ce recours spontané aux urgences.

Enfin, les dépenses de permanence des soins ne cessent de croître et ont atteint hors transports un coût total en 2006 de 370 millions d'euros.

La permanence des soins se révèle donc « peu fiable, fragile et coûteuse ». C'est pourquoi le Docteur Grall propose une série de préconisations en vue d'établir un dispositif permettant de répondre de façon adaptée à la demande non programmée d'aide médicale de la population sur l'ensemble du territoire. Le rapport envisage une approche nouvelle du système de permanence des soins en mettant l'accent sur trois priorités : la réforme des structures, la régulation, et le volontariat.

Les préconisations ont un unique objectif : un dispositif pérenne, efficient, fiable et lisible permettant de répondre de façon adaptée à la demande non programmée de soins ou d'avis médical de la population sur l'ensemble du territoire. Le constat effectué rend nécessaire un changement de paradigme, car il ne semble plus l'heure d'entamer un « replâtrage » du système actuel mais il paraît nécessaire d'envisager une approche nouvelle, cohérente et structurelle, *selon cinq principes* :

1. Remettre le patient au premier plan de même que la notion de service à la population :
2. Bâtir un dispositif économe en temps médical
3. Laisser l'initiative et des marges d'adaptation au niveau régional et départemental
4. Considérer l'efficacité et ajuster le coût pour la collectivité
5. Préparer l'avenir décliné en sept axes stratégiques qui ont pour dénominateur commun une exigence de cohérence :
 1. Redéfinir les missions et clarifier la sémantique : passer de l'étiquette à la fonction et regrouper la réponse adaptée à la demande de soins ou d'avis médical non programmés sous l'appellation unique d'Aide Médicale Permanente à la Population : AMPP
 2. Mettre en place un dispositif institutionnel et un financement cohérents
 3. Décliner une organisation homogène, lisible et décloisonnée, assurant la synergie de tous les acteurs : un volet SROS de l'AMPP définissant (outre l'implantation des structures d'urgences et des SMUR), la régulation médicale, socle du dispositif, des points fixes de

consultation de médecine générale type MMG et des effecteurs mobiles sur des territoires définis. La sectorisation telle que définie actuellement disparaîtrait.

4. Favoriser le volontariat et la pérennité du dispositif par un véritable contrat de volontariat

5. Adapter les formations, en réorientant la formation médicale initiale, en améliorant la formation des PARM

6. Informer et responsabiliser la population : seul un dispositif fiable, pérenne et donc lisible peut permettre une indispensable communication sur la base d'un cadre national adapté localement

7. Evaluer périodiquement l'efficacité du dispositif dans le cadre des CODAMPP

f) Le rapport Boënnec (32) (octobre 2008)

Il s'agit d'un rapport d'information fait au nom de la Délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins remis en octobre 2008 par le député, M. Philippe Boënnec.

Philippe Boënnec a souligné sa convergence de vue avec les précédents rapports sur le sujet, ceux de Philippe Ritter et Yves Bur sur les ARS (détaillés dans le chapitre suivant), et de Jean-Yves Grall sur la PDS. Philippe Boënnec estime que la mise en place de schémas régionaux unique organisant la PDS amènera à associer plus étroitement aide médicale urgente (AMU) et PDS.

LES AXES MAJEURS

* Faire des agences régionales de santé les maîtres d'œuvre de la permanence des soins pour clarifier la gestion stratégique des mécanismes sanitaires

* Fonder le nouveau dispositif sur un volontariat étendu formalisé par des contrats pour équilibrer les droits et les devoirs des acteurs du monde de la santé

* Charger les centres de régulation médicale du pilotage opérationnel du dispositif pour une meilleure allocation des moyens aux besoins

* Informer la population sur les bonnes pratiques en matière de permanence des soins pour rationaliser les comportements

* Former davantage les jeunes médecins à l'exercice de la médecine de premier recours pour mieux les mobiliser

LES PROPOSITIONS CONCRETES

1. Définir un volet de permanence des soins dans le schéma régional d'organisation sanitaire établi par les agences régionales de santé
2. Instituer des organes consultatifs dans chaque département
3. Généraliser les pôles de premier recours sur tout le territoire en privilégiant leur adossement à des structures de soins préexistantes
4. Charger les agences régionales de santé d'un rôle d'appui dans la constitution et l'équipement des pôles de premier recours
5. Compléter le réseau des pôles de premier recours par des médecins mobiles chargés de visiter les patients incapables de se déplacer seuls
6. Fondre en une seule enveloppe les dotations financières, et en confier la gestion aux agences régionales de santé
7. Doter les agences régionales de santé de moyens d'évaluation et de prospective pour l'amélioration de leurs dispositifs, et leur confier un pouvoir d'expérimentation
8. Ecarter l'idée d'un retour à des gardes médicales obligatoires
9. Privilégier les incitations contractuelles aux pénalités administratives pour dresser les tableaux de garde sur la base du volontariat
10. Rendre éligible à ces contrats les médecins généralistes non installés (jeunes retraités, remplaçants, salariés, internes, etc.), créant ainsi une réserve médicale
11. Encourager les médecins volontaires à assurer des gardes hors de leur secteur habituel
12. Envisager une rémunération forfaitaire des activités liées à la permanence des soins
13. Charger l'Ordre des médecins de la sanction disciplinaire des cocontractants défaillants
14. Initier une délégation des tâches au bénéfice des personnels paramédicaux
15. Coordonner les gardes des différents acteurs : médecins généralistes, médecins spécialistes, ambulanciers, pompiers, pharmaciens...
16. Contracter avec SOS Médecins pour déterminer la forme de la contribution de cet acteur à la permanence des soins
17. Recentrer les acteurs sur leur mission spécifique : l'aide médicale urgente pour les SAMU, le secours aux personnes pour les pompiers, etc.
18. Mettre fin aux gardes en nuit profonde et reporter la demande vers les hôpitaux

19. Discuter avec les autorités publiques compétentes de la prise en charge des actes médicaux-administratifs, qui n'appartiennent pas à la permanence des soins
20. Regrouper sous un numéro de téléphone unique toutes les demandes sanitaires des citoyens
21. Unifier les centres de régulation médicale à parité entre généralistes et urgentistes
22. Placer tous les moyens disponibles sous la responsabilité opérationnelle du régulateur
23. Généraliser la pratique du conseil médical téléphonique, voire celle de la prescription téléphonique dans le cadre de protocoles établis par la haute autorité de santé
24. Instituer un rappel automatique du patient une heure après la communication initiale
25. Améliorer le statut et la formation des permanenciers auxiliaires de régulation médicale
26. Communiquer en direction de la population sur la nouvelle architecture de la permanence des soins et inciter le citoyen à suivre les procédures prédéfinies
27. Valoriser la médecine de premier recours à l'Université en améliorant le cadre statutaire des enseignants de la discipline
28. Faciliter les contacts entre les étudiants de médecine générale et la médecine ambulatoire, en organisant des stages de second cycle, en donnant un caractère obligatoire aux stages de troisième cycle, en formant à la régulation et aux gardes, en autorisant les structures privées à accueillir des stagiaires
29. Donner aux agences régionales de santé un pouvoir de décision sur le numerus clausus des facultés de médecine de la région
30. Octroyer des bourses aux étudiants de médecine en échange d'une obligation d'exercice dans les zones mal dotées en début de carrière

g) La loi HPST (n°2009-879 du 21 juillet 2009)

La loi HPST « hôpital, patients, santé, territoires » a été élaborée à l'issue d'un long processus de concertation et d'échanges. (33, 34, 35)

De novembre 2007 à avril 2008, les EGOS (Etats généraux de l'Organisation de la Santé) se penchent sur la répartition des professionnels de santé sur le territoire et sur leurs missions. L'objectif est de rénover l'offre de soins de premier recours et d'identifier des outils

qui permettront de garantir aux citoyens une égalité d'accès aux soins, en améliorant la répartition des professionnels de santé sur le territoire.

4 missions menées en étroite collaboration, consacrées respectivement à l'organisation territoriale (mission RITTER), à l'hôpital (mission LARCHER), à la prévention sanitaire (mission FLAJOLET) et à l'organisation de la santé (mission BERLAND PODEUR) sont à l'origine de la création de la loi HPST. L'objectif de ces missions est d'améliorer la qualité, l'efficacité et l'accès aux soins pour tous.

- Le rapport Ritter (36)

En Janvier 2008, Mr Philippe Ritter, préfet honoraire, est chargé d'une mission portant sur la création des agences régionales de santé.

Les enjeux de sa mission:

- nécessité d'un pilotage unifié au niveau régional permettant de mieux adapter les politiques aux spécificités territoriales.
- le renforcement du caractère préventif des politiques de santé sur un territoire, pour une meilleure réponse aux besoins locaux
- le renforcement de la territorialisation des politiques de santé
- la réorganisation de l'offre de soins de santé primaires
- l'amélioration dans la fluidité du parcours du patient
- un renforcement des restructurations et de l'efficacité hospitalière
- une recomposition de l'offre hospitalière au profit du médico social

Au sujet de la PDS, cette mission vise à donner aux ARS une compétence large de structuration de l'offre de soins dans le secteur ambulatoire. L'objectif est à la fois de faciliter l'accès aux soins de tous et une organisation efficace des parcours de soins (via en particulier une meilleure gradation des soins).

Les ARS seront chargées :

* D'organiser la permanence des soins (y compris en maison de retraite), la garde ambulancière, la garde pharmaceutique et la garde dans le secteur dentaire (à l'exclusion du pouvoir de réquisition qui ne peut être exercé que par le préfet).

L'ARS doit disposer à la fois du pouvoir de décision (le CODAMUPS doit être placé auprès de l'ARS) et de financement (fixation des astreintes, financement de la régulation, financement des maisons médicales de garde notamment). Les dispositifs actuels de planification de la permanence des soins et de l'aide médicale urgente pourraient fusionner au sein d'un volet du PRS consacré à l'Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP).

* De pouvoir mieux répartir et structurer l'offre de soins sur le territoire.

L'ARS doit disposer à ce titre :

- des compétences pour faire évaluer la carte des zones déficitaires à aider en priorité, de même que les zones dites sur denses, et ce pour l'ensemble des professions de santé, le tout en fonction des besoins de santé de la zone d'installation et de l'acceptation de contraintes d'intérêt général...
- d'une capacité de contractualisation avec les professionnels de santé sur des forfaits permettant de rémunérer des engagements correspondant à une orientation régionale de la politique de santé ou à des contraintes de service public (exemple : actions en matière de prévention ou aides à l'installation dans les zones de sous-densité médicale) ;
- de la maîtrise des fonds disponibles pour aider à la structuration de l'offre : aides à la création de maisons de santé pluridisciplinaires ; aide au regroupement des médecins, bourses aux étudiants contre engagement de service, mesures désincitatives à l'installation, etc. L'ARS doit être l'interlocuteur unique des collectivités locales sur ces sujets ;
- du pouvoir d'approbation et de financement des réseaux à l'échelon régional ou infra régional, à travers la maîtrise des crédits du FIQCS (Fond d'intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins).
- Disposer du pouvoir d'autorisation de création de certaines structures ou services : pharmacies, laboratoires d'analyse, le cas échéant centres de santé, transport sanitaire.

-Le rapport Bur (37, 38)

En Février 2008, le rapport Bur, député, en conclusion des travaux de la mission sur les ARS, constate que :

- l'offre de soins n'est pas suffisamment maîtrisée pour assurer l'égal accès aux soins de tous les patients
- le parcours de soins du patient manque de fluidité
- la prévention reste le parent pauvre du système de santé
- notre système de santé a un coût élevé et mal maîtrisé
- la croissance des dépenses de santé n'est pas soutenable sans gain d'efficacité
- cloisonné, le pilotage de notre système de santé complique la mise en œuvre des politiques de santé et ne permet pas de structurer efficacement une prise en charge globale du patient
- le cloisonnement des acteurs et l'enchevêtrement des compétences engendrent des pertes d'efficacité et ne permettent pas de réguler efficacement les dépenses de santé

Les enjeux de son rapport :

- redonner de la lisibilité au système de santé
- renforcer l'efficacité des politiques de santé
- améliorer l'efficacité du système de santé

Les conclusions de son rapport sont qu' « il ressort notamment des travaux de la mission que l'unification du pilotage régional du système de santé, pour justifiée qu'elle soit, ne permettra pas de gain d'efficacité sans un pilotage national du système de santé moins éclaté qu'aujourd'hui. »

Il doit en effet y avoir une profonde cohérence entre l'organisation des ARS et la répartition générale des compétences entre l'Etat et l'assurance maladie, notamment en matière de régulation des dépenses de santé.

Des lors, le présent rapport décrit les deux principaux scénarios de réforme envisageable :

- soit les ARS cumulent les fonctions de planification de l'offre de soins et de régulation des dépenses de santé, intégrant les services compétents de l'assurance maladie : cela simplifierait radicalement le pilotage du système, au risque que les ARS soient accaparés par leur activité de planification au détriment de la recherche des gains d'efficacité ;
- soit les ARS se concentrent sur les fonctions d'organisation de la prévention et de l'offre de soins, en dialogue avec un organe régional de l'assurance maladie aux missions recentrées sur la régulation des dépenses.

- Le rapport Larcher (39)

Le 16 octobre 2007 à Bordeaux, le Président de la République, Mr Nicolas Sarkozy, a demandé à l'ensemble des professionnels de santé, de réfléchir aux changements nécessaires pour que notre système de santé réponde avec qualité et égalité aux besoins de la population. Cette réflexion a été menée sous l'égide de Mr Gérard Larcher, sénateur des Yvelines, président du Sénat du 1^{er} octobre 2008 au 1^{er} octobre 2011.

En Avril 2008, paraît le rapport Larcher sur l'évolution des missions de l'hôpital. Ce rapport propose sur le modèle des communautés de communes et d'agglomérations, des « communautés hospitalières de territoires ». Il est en majorité dédié à l'organisation hospitalière mais quelques points intéressants concernent la PDS.

Un de ses objectifs est d'aménager les relations entre le monde hospitalier et son environnement pour mieux répondre aux besoins des patients et assurer la continuité des prises en charge.

Les insuffisances dans la continuité des soins (segmentation des prises en charge, défauts de coordination) ont une incidence particulièrement forte sur la prise en charge des urgences et sur l'activité de soins non programmés. Un recours trop important à l'hôpital pour les soins non programmés conduit à mobiliser des moyens trop coûteux et perturbe l'activité programmée de l'hôpital.

Il faut souligner que, selon la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, des Evaluations et des statistiques), la grande majorité des patients arrive aux urgences sans avoir Recherché un avis médical préalable ! (40,41)

D'après leur étude parue en janvier 2003, concernant les motivations du recours aux urgences, les patients évoquent le plus souvent la crainte que le médecin de garde ne puisse répondre à la situation, notamment en termes de plateau technique et la possibilité d'accès direct aux urgences ; l'absence d'avance de frais est également mentionnée pour certains patients mais ce motif n'avait pas fait l'objet d'une analyse spécifique lors de cette étude.

Des moyens très importants ont été affectés depuis 10 ans aux services hospitaliers d'urgences sans que la population ait toujours le sentiment d'une amélioration du service rendu, en particulier pour ce qui concerne le délai d'attente aux urgences - même si les services sont reconnus de bonne qualité.

L'amélioration des soins non programmés appelle donc une réflexion globale, au-delà de la seule question de la permanence des soins : régulation, information de la population, transports sanitaires, mais aussi organisation interne de l'hôpital. Comme le montrent les travaux de la MEAH (Mission nationale d'Expertise et d'Audits Hospitaliers) : organisation de l'accueil des patients en situation d'urgence, permanence des équipes médicales et gestion des lits.

Il insiste sur le développement d'une offre coordonnée de proximité par la poursuite des travaux relatifs aux centres et maisons de santé engagés dans le cadre des EGOS ; et la prise en compte du rôle des hôpitaux locaux dans le développement de ces centres et maisons de santé.

Mieux organiser la prise en charge des soins non programmés est un objectif important : d'une part en raison de l'impact de la non-programmation sur le fonctionnement des services ; d'autre part dans la mesure où les difficultés de coordination entre l'hôpital et la médecine de ville s'y expriment plus particulièrement. Il convient de distinguer les soins non programmés qui pourraient relever d'une prise en charge ambulatoire (qui posent la question de l'adéquation des modalités de prise en charge) et ceux qui impliquent une hospitalisation, qui appellent une meilleure coordination entre acteurs.

La commission a tout particulièrement souhaité insister sur le devoir que constitue, pour les médecins de ville, la participation à la permanence des soins.

Elle recommande :

*** D'investir les futures agences régionales de santé (ARS) d'une mission globale d'organisation de l'offre de soins non programmés.**

La commission a souligné l'intérêt des préconisations du rapport réalisé par Jean-Yves GRALL prolongeant les travaux menés par l'IGAS (Inspection générale des Affaires Sociales) et l'IGA (Inspection Générale de l'Administration) (42) :

- Proposer une réponse univoque et cohérente d'aide médicale à la population, incluant un conseil téléphonique, une orientation vers une consultation de médecine générale, un envoi de médecin, un envoi d'équipe SMUR, une orientation vers un service d'urgence, par le moyen de transport adapté.
- Intégrer la question de la garde pharmaceutique dans cette réponse.
- Unifier le pilotage de la permanence des soins, sous la responsabilité de l'ARS, incluant le financement (le pouvoir de réquisition restant, comme le recommandait le rapport GRALL, du ressort du Préfet compte tenu de son rôle en matière d'ordre public et de son pouvoir général de police).
- Compléter le SROS pour y inclure les 5 modalités de réponses précisées par le rapport Grall: régulation, structures autorisées pour l'activité d'urgences, SMUR, points fixes de consultation en médecine générale, secteurs d'intervention pour les effecteurs médicaux mobiles.

*** De mieux organiser l'amont du recours aux urgences : régulation et transport**

Améliorer la régulation des urgences est une nécessité. L'importance d'une régulation conjointe et si possible sur un même lieu pour le SAMU et la permanence des soins ambulatoires doit être réaffirmée, comme la nécessité de mieux informer la population sur le dispositif (43).

Le rapport Grall soulignait la nécessité d'offrir une réponse aux demandes d'avis et/ou d'intervention, l'utilisateur ne pouvant pas forcément apprécier l'urgence, la gravité ni même la pertinence de l'intervention.

Il faut organiser la régulation médicale de façon efficiente en fonction du contexte local : évaluation du nombre de médecins régulateurs nécessaires durant les périodes ouvrables ou la nuit profonde, possibilité dans certaines zones peu peuplées d'une régulation

organisée à l'échelle interdépartementale. Ainsi, pour les petits départements dont le SAMU a une faible activité, la réponse pourrait être mutualisée, la nuit, entre plusieurs départements. Cela permettrait d'optimiser les ressources et de les redéployer aux heures de pointe.

Le développement des outils de télécommunication et systèmes d'informations permettant un basculement des systèmes de gestion extrahospitalières doit être également soutenu, en tenant compte des exigences de gestion des crises sanitaires.

L'organisation des transports sanitaires est une exigence forte. Elle doit être programmée en même temps que la répartition territoriale des sites hospitaliers de prise en charge des urgences. Cela doit aussi contribuer à un meilleur recours à l'offre de soins ambulatoire (maisons médicales de garde) pour les personnes privées de moyens de transport.

*** De mutualiser l'organisation de la prise en charge des soins non programmés au niveau territorial**

La mutualisation des ressources mises en œuvre doit être vue comme une obligation dans un contexte de rareté de certaines ressources médicales.

Cela implique de rechercher, lorsque cela est possible, une coopération public-privé, comme l'ont souligné les réunions régionales, notamment pour l'imagerie: sur certains territoires, la permanence est assurée par un nombre restreint de radiologues hospitaliers, sans participation des radiologues exerçant dans les cliniques qui ne sont pas dotés de services d'urgences.

Les contraintes liées à la permanence, le vieillissement de certains praticiens et leur nombre limité dans certains territoires plaident en faveur d'une mutualisation des gardes et des astreintes entre les praticiens des différents établissements, quel que soit leur statut, comme cela se pratique déjà parfois (par exemple en obstétrique). Dans ce cadre, l'accessibilité financière (secteur 1) doit être garantie au patient.

*** D'adapter l'organisation de la prise en charge des soins non programmés à l'hôpital**

La MEAH a formulé des recommandations pour l'organisation des services d'urgences et le management des lits. Celles-ci doivent être suivies d'effet.

Des modalités d'accès direct aux services hospitaliers sans passage par les urgences pour des pathologies ou des publics spécifiques doivent également être organisées:

- Organisation de l'hospitalisation directe sans passage par les urgences dans les unités neurovasculaires ou cardiologiques lorsqu'un diagnostic a été posé dans le cadre d'une intervention médicale;
- Facilitation de l'hospitalisation directe de ses patients par le médecin généraliste. Si l'accès direct au service compétent est déjà la règle grâce à l'orientation par le 15, une telle orientation par le médecin généraliste reste rare. Elle fonctionne mieux avec les cliniques mais reste dépendante du réseau personnel du médecin et n'est pas organisée en système.

- Le rapport Flajolet (44)

En Avril 2008, le premier ministre Mr François Fillon, a confié à Mr André Flajolet, député du Pas de Calais, une mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire. Le rapport Flajolet, cherche à identifier les disparités de santé, entre population, entre territoires, ainsi que leurs causes.

Cette mission s'intéresse essentiellement aux mesures à prendre quant à la prévention mais soulève toutefois le problème des soins de premiers recours.

Cette mission rappelle que théoriquement, les soins non urgents sont à assurer par les médecins généralistes quotidiennement pendant les heures ouvrables et, en dehors de ces heures, dans le cadre de la permanence des soins. S'il est bien de la responsabilité des pouvoirs publics de faciliter le dialogue entre la ville et l'hôpital, de favoriser tout ce qui est complémentaire dans l'organisation, mais aussi de décourager tout ce qui contribue à désorganiser le système de santé français, la question de l'accès à la santé au moment opportun reste entière.

Force est de constater que, pour la population qui fréquente peu son médecin traitant et n'a guère l'occasion de tisser les liens de confiance qui aident à trouver les solutions aux problèmes de santé inopinés, l'accès sans rendez-vous aux cabinets médicaux n'est pas uniformément organisé sur l'ensemble du territoire. En outre, le faible nombre de cabinets contribue à la saturation des carnets de rendez-vous de ceux qui subsistent. La régulation téléphonique, elle aussi, sature faute, semble-t-il, de pouvoir distinguer l'urgence potentielle de l'appel pour un simple conseil de santé. En résumé, l'accès à la médecine de premier

recours, faute d'une organisation ad hoc qui autoriserait une régulation effective précédant le deuxième recours, est boudé par la population qui lui préfère les urgences de l'hôpital dont la localisation spatio-temporelle est pour eux limpide.

La mission insiste donc sur le rôle de mission de service public du médecin généraliste dans la permanence des soins qui doivent être garantis par les acteurs de santé du territoire (privés ou publics) en liaison avec la communauté hospitalière de référence.

- Le rapport Berland Podeur (45, 46)

En avril 2008, la mission Berland Podeur souligne l'importance d'une garantie dans l'effectivité de la permanence des soins.

Pour cela, elle préconise :

- D'unifier au niveau régional le pilotage du dispositif dans le cadre des ARS et veiller à y associer les professionnels de santé, notamment médicaux, disposés à s'engager dans une permanence de soins coordonnés.
- De développer la régulation des appels de permanence des soins.
 - revoir les modalités de financement pour valoriser l'engagement des médecins : sortir du dispositif conventionnel classique pour mettre en œuvre d'autres modalités telles que le paiement forfaitaire à l'échelle du territoire de santé.
 - améliorer la formation initiale et continue des médecins généralistes de premier recours:
 - favoriser l'exercice, par les internes, de la permanence des soins en médecine ambulatoire pour les internes de médecine générale en supervision directe par le maître de stage;
 - développer la formation continue notamment à la régulation téléphonique.
 - développer une organisation lisible sur un territoire donné, en tenant compte des réponses existantes libérales et hospitalières:
 - recentrer l'activité de la PDS libérale sur la tranche horaire 20h-24h ;

- au-delà de 24h,

- assurer une meilleure complémentarité entre les lieux d'accueil de PDS (en particulier les MMG, maisons pluridisciplinaires, hôpitaux locaux etc...) et les structures des urgences des établissements de santé, selon les configurations et spécificités locales.

- maintenir une effectif à domicile dans un cadre territorial large, sur régulation, pour toute visite indispensable et actes nécessitant un médecin (garde à vue, hospitalisation en psychiatrie, certificats de décès) ;

- professionnaliser cette activité avec de réels moyens (voiture accompagnant...)

- La loi HPST (47)

Le projet de loi est présenté le 22 octobre 2008 par Roselyne Bachelot au conseil des ministres.

Il est examiné et discuté d'abord à l'Assemblée Nationale puis au sénat.

La loi parait au journal officiel du 22 juillet 2009.

La PDSA est une mission de service public, inscrite dans la loi HPST n°2009-879 du 21 juillet 2009, dont l'objectif est de répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermetures habituelles des cabinets.

L'article 36 de cette loi concerne l'accès à tous à des soins de qualité. Il comporte notamment la création de l'article L4130-1 du code de la santé publique, précisant les missions du médecin généraliste de premier recours et notamment sa participation à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à **l'article L6314-1**.

L'article 49 de la loi HPST modifie **l'article L6314-1** du code de la santé publique, la permanence des soins est plus qu'une mission d'intérêt général, c'est une mission de service public dont les modalités d'application sont fixées par décret en conseil d'Etat (**article L6314-3**). La permanence des soins est assurée par les médecins dans le cadre de leur activité libérale. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'agence régionale de santé.

La régulation téléphonique des activités de permanence des soins et d'aide médicale urgente est accessible sur l'ensemble du territoire par un numéro de téléphone national.

Cette régulation téléphonique est également accessible, pour les appels relevant de la permanence des soins, par les numéros des associations de permanence des soins disposant de plates-formes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels.

6) Financement de la permanence des soins ambulatoires

À compter de la publication du cahier des charges régional, l'ARS procèdera à la vérification et à la validation des tableaux de garde transmis par le conseil départemental de l'ordre des médecins afin de veiller à ce que ces derniers respectent le cahier des charges (et par là même l'enveloppe allouée à l'ARS).

La transmission du tableau de garde validé par l'ARS à l'organisme local d'assurance maladie vaudra ordre de paiement et déclenchera ainsi le processus de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte aux médecins inscrits au tableau de garde. Il est précisé que l'ARS transmettra l'ordre de paiement à l'organisme local de rattachement du médecin inscrit au tableau de garde.

À partir du 1er mars 2012, la permanence des soins sera financée par le fonds d'intervention régional (FIR) (48), créé par l'article 65 de la loi no 2011-1906 de financement de la sécurité sociale pour 2012 (49).

Un projet de décret en cours d'examen devrait préciser que le FIR, financera les rémunérations forfaitaires versées aux médecins qui participent à la permanence des soins dans les conditions définies aux articles R. 6315-2 et R. 6315-3 du code de la santé publique.

La création du FIR n'aura pas d'impact sur l'organisation du circuit de liquidation tel que détaillé ci dessus. Ce circuit est lié à la date d'entrée en vigueur du cahier des charges régional.

Le FIR regroupera ainsi dès le 1er mars 2012 les actuels crédits régionaux de la permanence des soins (ambulatoires et en établissement), plusieurs dotations (FICQS, FMESPP, MIG...) et les crédits de prévention État et Assurance maladie relevant des ARS.

Vient d'être publiés au Journal officiel du 28 février 2012 :

- Décret n°2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé pour le financement de la permanence des soins (50,51).

III) LA PERMANENCE DES SOINS DANS L'EURE

1) LE DEPARTEMENT DE L'EURE

a) Géographie

Le département de l'Eure est un des deux départements composant la région Haute Normandie avec la Seine Maritime.

D'une superficie de 6 039 km² (environ 135 km d'est en ouest et 85 km du nord au sud pour les points les plus éloignés), le département de l'Eure est semi-rural. Son chef-lieu est la ville d'Evreux.

Il est constitué de 3 arrondissements, 43 cantons et 675 communes distribuées régulièrement dans l'espace dont trois ensembles urbains dépassant les 20 000 habitants : Evreux 50 777 habitants, Louviers-Val de Reuil 31897 habitants, Vernon 24998 habitants. Sa densité (90 hab. /km²) est inférieure à celle de la France métropolitaine (108 hab. /km²). (Source INSEE 2008).

Le département dispose d'une forte densité des voies de communication routières essentiellement disposées dans le sens est-ouest (région parisienne – ouest de la France), notamment l'A 13 et la N 13. La desserte dans le sens Nord-Sud se fait via l'A 28, celle-ci fait partie de la liaison européenne nord-sud contournant la région parisienne, et la N 154.

L'ouest du département de l'Eure est rural et vieillissant. Cette partie du département se caractérise aussi par des possibilités d'accès plus difficiles aux établissements de santé, nécessitant un regard attentif en matière de réponse apportée pour les soins de première intention. (52)

b) Démographie

Avec 577 087 habitants au 1er janvier 2008, l'Eure témoigne d'une bonne vitalité démographique. Depuis 1999, le département a gagné 36 000 personnes.

Excédent naturel et solde migratoire s'y conjuguent favorablement.

La population progresse de 0,7 % par an, rythme le plus élevé des cinq départements qui composent les deux régions normandes. (Source INSEE 2008) (53)

c) Démographie médicale

Au 1er juin 2011 selon les données du CDOM, la région Haute-Normandie recense 6 009 médecins inscrits au conseil de l'Ordre.

- L'activité générale au 1er juin 2011

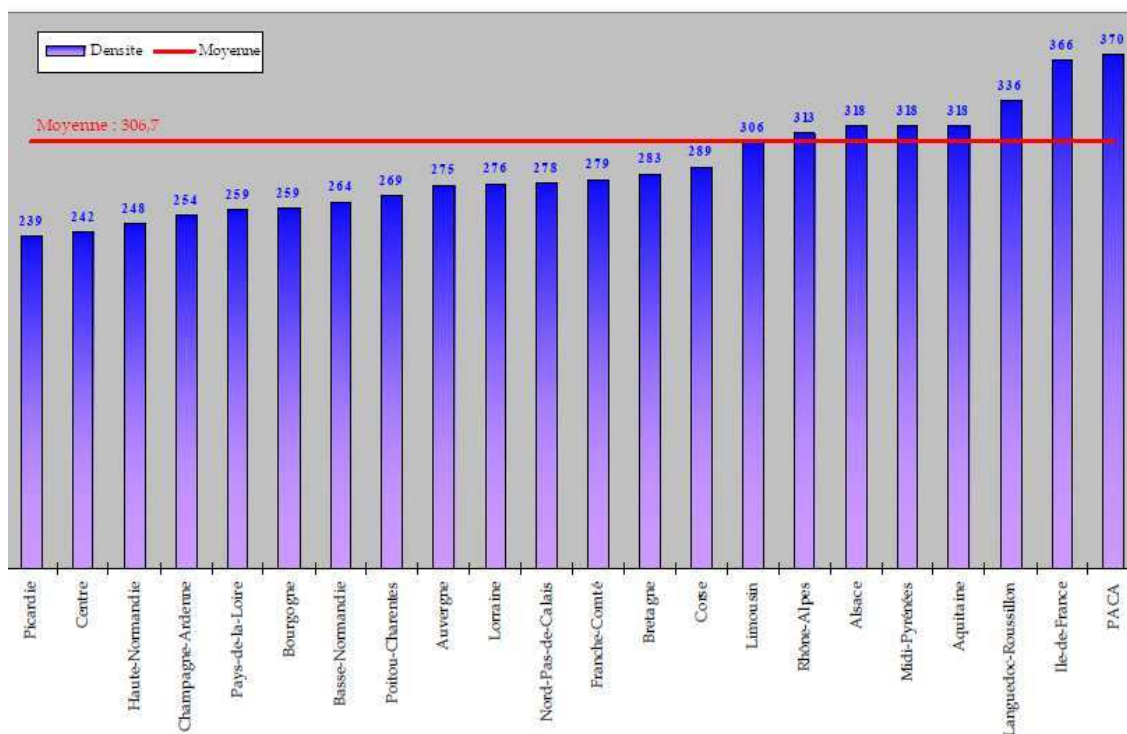
Tableau des médecins inscrits au CDOM de la Haute Normandie au 1^{er} juin 2011 :

	Haute-Normandie			France	
	Effectifs	Pourcentage		Pourcentage	
Retraité	946	15,7%		15,50%	Retraité
Retraité actif	172	2,9%	Retraité 18,6%	2,80%	18,3%
Temporairement sans activité	79	1,3%		2,40%	Activité
Remplaçant	191	3,2%	Activité totale	3,70%	totale
Activité régulière	4 621	76,9%	81,4%	75,60%	81,7%
Total	6 009	100%	100%	100,00%	100%

Parmi les 6009 médecins inscrits, 4891 sont actifs et 1118 retraités.

Avec une densité moyenne de 248 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, la région Haute-Normandie occupe le 3ème rang des régions les moins dotées.

Tableau représentant la densité médicale en fonction des régions françaises au 1^{er} juin 2011 (données CDOM)



La démographie médicale dans l'Eure est quant à elle la plus faible sur tout le territoire de la France métropolitaine associée à un âge moyen des médecins de 53 ans.

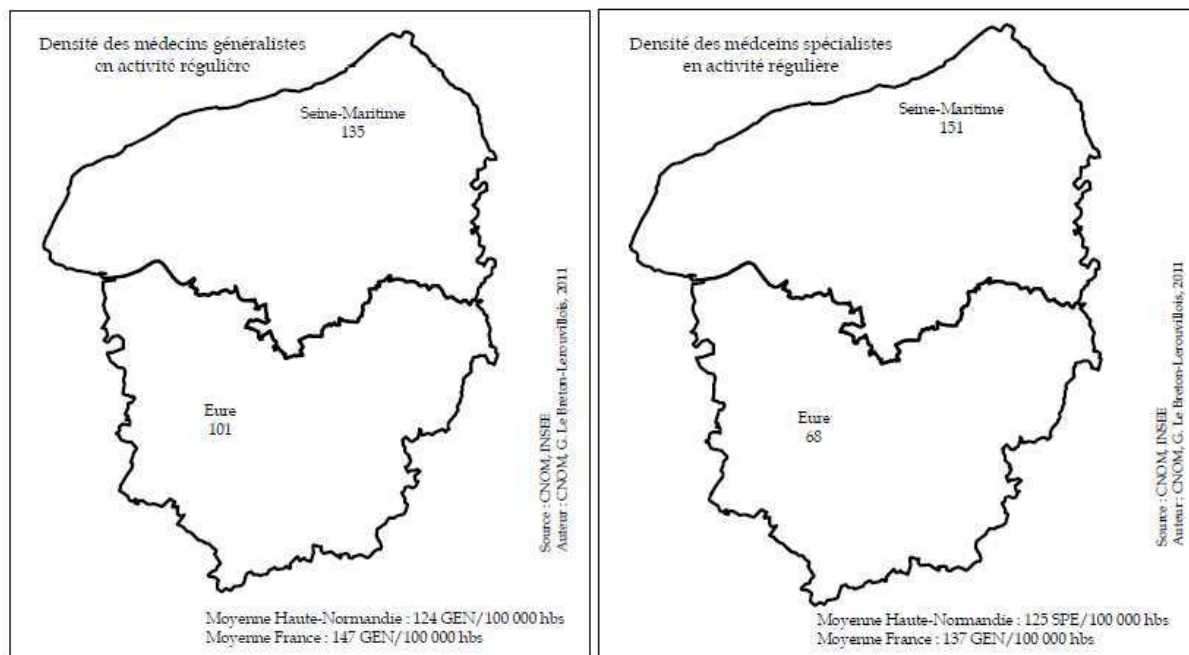
Le chiffre de 591 médecins généralistes inclue les médecins à mode d'exercice particulier, les médecins de la délégation territoriale de l'ARS, de la sécurité sociale ainsi que les médecins salariés des hôpitaux.

Tableau caractérisant les généralistes et les spécialistes en Haute Normandie au 1^{er} juin 2011 (source CDOM) :

	Généralistes Effectifs	Spécialistes Effectifs	Total GEN/SPE Effectifs	Age Moyenne	Femmes Pourcentage
Eure	591	401	992	53	36,5%
Seine-Maritime	1710	1919	3629	51	41,2%
Haute-Normandie	2301	2320	4621	51	40,2%

En 2011, le CNOM recense dans l'Eure, 101 médecins généralistes pour 100 000 habitants et 68 médecins spécialistes pour 100 000 habitants.

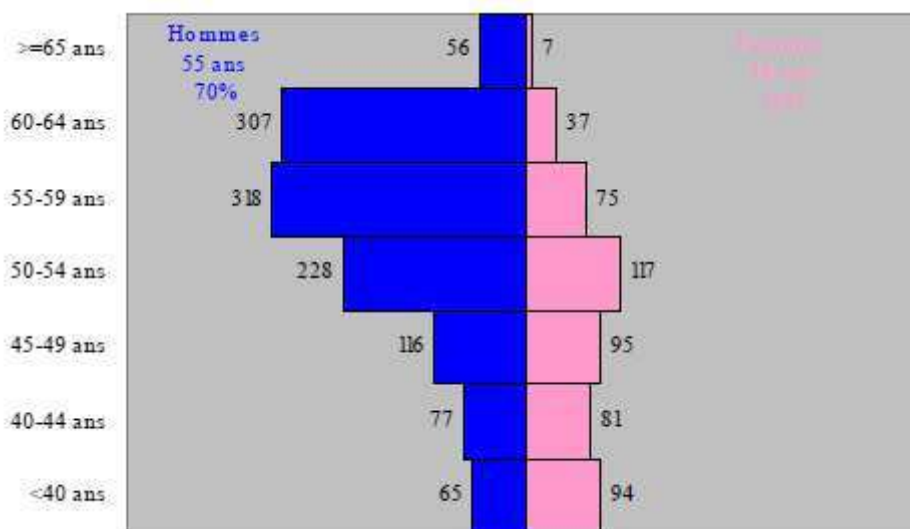
Carte figurant la densité des médecins en haute Normandie (source CNOM 1^{er} juin 2011) :



La moyenne en France métropolitaine étant de 147 médecins généralistes et 137 médecins spécialistes pour 100 000 habitants.

- Répartition par âge et par sexe :

Pyramide des âges des médecins généralistes de la région Haute Normandie au 1^{er} juin 2011 (source CDOM) :



Agés en moyenne de 53 ans, les hommes représentent 70% des 1 673 médecins généralistes libéraux et mixtes de la région Haute-Normandie.

- 19% des généralistes libéraux et mixtes sont âgés de moins de 45 ans et 24% sont âgés de 60 ans et plus

- Parmi les médecins généralistes âgés de moins de 40 ans, 57% sont des femmes.

- La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie de l'Eure :

Selon l'INSEE « le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès à la fois aux équipements et à l'emploi ».

Tableau représentatif de la démographie médicale à l'échelle des bassins de vie de l'Eure (source INSEE 2008) :

Nom du bassin de vie	PSDC 2008	Part 60 ans	Moyenne Age MG	Densité MG*
Beaumont-le-Roger	9426	24,1%	53	2,7
Beuzeville	10626	19,8%	56	2,8
Breteuil	9434	24,8%	60	3,2
Brionne	11961	23,9%	47	3,3
Conches-en-Ouche	12145	18,9%	47	2,9
Cormeilles	5335	24,2%	53	1,9
Damville	7912	16,5%	58	2,5
Dreux	68770	18,0%	53	3,1
Etrepagny	11623	16,8%	52	3,0
Ezy-sur-Eure	18645	18,9%	51	1,6
Gaillon	21108	15,7%	57	3,1
Gisors	31242	18,9%	55	2,2
Le Neubourg	21519	17,9%	56	2,6
Les Andelys	17884	19,6%	56	3,1
Montfort-sur-risle	6136	20,2%	54	3,3
Pacy-sur-Eure	17577	18,9%	55	3,1
Pont-Audemer	36309	20,9%	55	3,2
Saint-André-de-L'eure	8603	18,2%	58	2,3
Saint-Lubin-des-Joncherets	17331	18,7%	47	0,9
Thuberville	5282	23,1%	59	1,9

* : Densité : nombre de médecins généralistes libéraux/mixtes pour 5000 habitants

PSDC : Population Sans Double Compte

Le département de l'Eure se caractérise donc par une féminisation et un vieillissement des omnipraticiens, avec une perspective de départs en retraite massifs. Le bassin de vie de Breteuil sur Iton par exemple, a une faible densité de praticiens avec une moyenne d'âge supérieure à 60 ans.

En théorie, tous les médecins généralistes de ce bassin de vie sont susceptibles de prendre leur retraite dans les cinq années à venir.

Les médecins généralistes âgés de plus de 50 ans représentent 46,87 % de l'effectif, contre 10,93 % s'agissant des praticiens âgés de moins de 40 ans.

Le département de l'Eure (hormis l'agglomération d'Evreux) est confronté à une sous-médicalisation. Les zones les plus défavorisées sont centrées sur Ecouis, Broglie, Le Neubourg, Pont-Audemer, Saint André de l'Eure et Verneuil sur Avre.

De plus, le recours aux remplacements ne bénéficie pas à ces secteurs ruraux, contrairement aux zones urbaines qui sont souvent sièges des centres de formation et qui peuvent accueillir des internes en stage.

Actuellement, selon les données du Conseil national de l'ordre des médecins, 591 médecins généralistes sont déclarés dans l'Eure, 201 ne participent pas à la permanence des soins (généralistes ayant un mode d'exercice particulier, travaillant dans les secteurs administratifs DDAS, sécurité sociale, en milieu hospitalier, ou dispensés pour des raisons de santé ou d'âge supérieur à 55 ans) ; 2 médecins généralistes libéraux sont non volontaires à la date du 15 juin 2011 (1 non volontaire car 63 ans dans l'EOLE 7 et un non volontaire pour l'effectif mais régulateur dans l'EOLE 8 (chiffres en variation permanente)) ; ce qui ramène au nombre de 322 médecins généralistes participant au pool de garde.

d) l'offre de soins hospitalière

1) Les lits et places d'hospitalisation

Au total, l'Eure compte 2 500 lits et places d'hospitalisation, dont plus de 50% en court séjour. Rapporté à la population, ce taux d'équipement est inférieur à la moyenne nationale pour toutes les disciplines. Les Hauts-Normands consomment 415 000 séjours par an dont 38 400 hors région. La Haute-Normandie affiche ainsi un taux de fuite de 9,2 %. Les taux de fuite les plus importants sont enregistrés surtout dans le secteur Eure-Seine (20,4 %),

du fait de l'attractivité naturelle des centres hospitaliers de Dreux, L'Aigle, Lisieux, Mantes la Jolie, Pontoise et de l'influence de l'Ile de France pour les séjours lourds.

2) **Les SMUR**

Le SAMU 27 siège à Evreux, il déclenche les SMUR de Bernay, Evreux, Gisors, Pont Audemer, Verneuil sur Avre et Vernon.

Les communes de l'Eure sont couvertes de la manière suivante, cela au regard des territoires d'intervention des SMUR, définis selon des critères d'accessibilité :

SMUR	Nombre de communes de l'Eure couvertes
Evreux	173
Bernay	151
Verneuil	27
Vernon	69
Gisors	47
Pont Audemer	24
Rouen	31
Elbeuf	106
Le Havre	9
Lillebonne	15
Dreux	18
L'Aigle	22

3) L'accueil des Urgences

Les services d'Urgences du département se répartissent ainsi (nombre de passages en 2002) :

- SAU CH d'Evreux	33 158
- SAU CH de Gisors	13 676
- SAU CH de Vernon	21 930
- SAU CH de Bernay	13 901
- SAU CH de Verneuil	11 111
- SAU CH de Pont-Audemer	12 729
- SAU CH de Louviers	13 691
- SAU Clinique Pasteur à Evreux	15 246

Seuls les secteurs de Romilly sur Andelle, Les Andelys, Saint André de l'Eure et Brionne ne possèdent pas de service d'urgences.

4) Les établissements hospitaliers publics et privés ne comportant pas de services d'Urgences

1) Les hôpitaux locaux

- Les Andelys
- Bourg-Achard
- Breteuil
- Le Neubourg
- Pacy Sur Eure
- Pont-de-L'arche

2) Les cliniques privées

- Bergouignan à Evreux
- La Ravine à Louviers
- Sainte-Marie à Vernon

Les établissements de soins sont donc répartis sur l'ensemble du territoire départemental.

e) Les transports sanitaires

Le département compte 52 entreprises de transport sanitaire et présente une distribution régulière des sociétés d'ambulance dans l'espace. Seuls 11 cantons (sur 47) sont dépourvus d'ambulances. La zone nord du Vexin normand (entre Vexin et Bray), la zone ouest de Bernay et quelques communes du canton d'Écos se trouvent un peu isolées. Cet isolement des espaces limitrophes peut toutefois se relativiser par la présence dans les départements voisins de compagnies d'ambulances.

Depuis septembre 2002, la garde ambulancière est organisée sur la base de 8 secteurs couvrant l'ensemble du département. Cette garde ambulancière porte sur les nuits (20 heures-8 heures), et à compter de février 2004 sur la journée du dimanche et les jours fériés, ainsi que sur la journée du samedi s'agissant du secteur d'Évreux. Un arrêté préfectoral a été pris le 18 février 2004. Dans chaque secteur, la garde est centralisée au sein d'un établissement de santé et mobilise un véhicule (grand ou moyen volume). La régulation est assurée par le centre 15.

2) Rappel historique

a) Avant 2002

Avant 2002, et jusqu'à la mise en œuvre du cahier des charges validé par le CODAMUPS du 6 avril 2004, les secteurs étaient au nombre de 57, mobilisant environ 367 médecins généralistes.

Le rythme des gardes allait de une garde un jour sur deux pour certains médecins installés dans des secteurs ruraux à une toutes les six semaines à Évreux. Le nombre d'appels par nuit était en moyenne de 3. Le nombre de médecins généralistes assurant les gardes par secteur variait de 2 à 60, la plupart des secteurs ruraux comptait 5 à 8 médecins. Ces tours de garde ne concernaient que des médecins généralistes.

La garde débutait à 20h00 pour se terminer à 8h00 le lendemain et comportait des visites à domicile.

Les gardes étaient obligatoires pour les médecins d'après l'article 77 du code de déontologie médicale.

Sur chaque secteur, les médecins effectuaient au moins un acte par nuit.

C'est dans ce contexte difficile qu'apparaissent les grèves des médecins généralistes fin 2001.

Des novembre 2001, les médecins généralistes de l'Eure suivent le mouvement national et décrètent la grève des gardes de nuit et de weekend. La population est alors redirigée vers le numéro 15. Les médecins généralistes exigent de meilleures conditions de travail en garde ainsi que des honoraires plus justes : revalorisation de la consultation au cabinet à 20 Euros (17.53 euros antérieurement soit 115 francs) et visite à domicile à 30 euros.

Le mouvement de grève a pris fin en juin 2002 (dans la majorité des secteurs) après l'obtention de la revalorisation des honoraires.

Dans l'Eure, un accord provisoire avec le Samu 27, la DDASS de l'Eure ainsi que le Conseil départemental de l'Eure est conclu au printemps 2002. Une garde provisoire est organisée, le temps de mettre en place la structure définitive incluant la mise en place d'une régulation libérale.

Au terme de cet accord provisoire, les patients peuvent bénéficier d'une consultation de médecine générale aux horaires suivants :

- le soir en semaine de 20h à 23h
- le samedi de 18h à 23h
- le dimanche et les jours fériés de 10h à 12h et de 18h à 23h.

Prévu pour durer 6 mois, ce mode de fonctionnement perdurera jusqu'au 21 juin 2004, date de la mise en service du système définitif.

b) 2002 et la création d'ALAUME

A partir de la grève de 2002, il est décidé de mettre au point un système de garde diminuant le nombre de secteurs, avec mise en place d'activités de régulation et d'effectif assurées par les médecins généralistes.

En effet, l'augmentation d'activité des services d'urgence hospitaliers pour des actes relevant de la médecine générale et l'augmentation du nombre d'appels reçus par les Centres 15 émanant de demandes de soins non programmés de médecine générale justifient la participation de médecins généralistes volontaires à la régulation des appels téléphoniques en coopération avec le SAMU de l'Eure.

Le docteur Stéphane GUBIAN, exerçant au Neubourg, va prendre la mesure des aspirations locales sur les différents secteurs de garde qui se constituent.

Il est ainsi créé entre les associations signataires (associations locales constituées de médecins généralistes libéraux participant à la permanence de soins dans l'Eure) et celles qui adhéreront ultérieurement aux statuts, une union d'associations, conformément à la loi du 1^{er} juillet 1901.

Cette union est dénommée : Association de médecins Libéraux pour l'Aide aux Urgences Médicales de l'Eure. Elle est désignée par l'acronyme: ALAUME.

En novembre 2002, les adhésions et cotisations des médecins généralistes débutent, apportant une légitimité à l'association. La cotisation est de l'ordre d'une consultation (1C). Cette structure associative départementale permet la représentation de l'ensemble des médecins généralistes au sein du CODAMUPS.

Rapidement, forte de ces 97% de généralistes cotisants, l'association devient l'interlocuteur privilégié des autorités de tutelle.

Cette association fédère 12 associations locales, les EOLES (Entente des omnipraticiens Libéraux de l'Eure) qui constituent la base de la sectorisation du département.

Ce système, qui mobilise à tour de rôle une soixantaine de régulateurs libéraux, a permis de remodeler considérablement la géographie des secteurs de garde. De 57 secteurs avant 2002, on est passé à 12.

Le nombre de médecins au sein de chaque secteur varie de 12 pour le secteur d'Arnières sur Iton à 64 pour le secteur d'Evreux. Les principes ayant commandés la création des regroupements obéissent à des critères géographiques et d'affinités.

ALAUME a son siège social au 58 rue de la République, 27110 le Neubourg.

Fédérant les associations locales de permanence des soins de la région Haute-Normandie, ALAUME a pour but d'organiser et d'améliorer la permanence de soins dans le cadre du volontariat et dans le respect des différents articles et décrets relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

En effet, tout cela est possible grâce à l'évolution en parallèle du cadre législatif aboutissant sur le rapport Descours qui réorganise la PDS et le décret 2003-880 sur la permanence des soins du 15 septembre 2003 avec modification de l'article 77 du Code de déontologie.

Ainsi sont établies les nouvelles règles de fonctionnement de la PDSA:

- ✓ Basée sur le volontariat
- ✓ Le centre de régulation des appels des médecins libéraux n'est pas obligatoirement situé dans les locaux du SAMU mais doit être interconnecté avec lui.
- ✓ « Il est du devoir de tout médecin de prendre part à la permanence des soins ».

Le 6 avril 2004 est paru, dans le département de l'Eure, l'arrêté préfectoral définissant la nouvelle organisation de la permanence de soins. Cet arrêté résulte d'un véritable partenariat entre la DDASS, la CPAM de l'Eure, l'URCAM de Haute-Normandie, le SAMU 27, l'Ordre départemental et l'association ALAUME.

En mai 2004, un contrat liant ALAUME aux médecins régulateurs est signé. Le centre 15 embauche des permanencières libérales. Les tableaux de garde sont constitués et envoyés au conseil de l'ordre. (cf. annexe 2)

En juin 2004, les médecins régulateurs sont formés ainsi que les permanencières dédiées à la régulation médicale.

Entre le Centre Hospitalier Intercommunal Eure-Seine (CHI) et ALAUME est organisé un partenariat qui a pour but d'améliorer et de développer l'activité de régulation. Ce partenariat fait intervenir les médecins régulateurs du SAMU, des permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) et des médecins généralistes régulateurs.

La convention entre le CHI et ALAUME est élaborée sous l'égide de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

La promotion du numéro de la PDS ainsi que la bonne utilisation du système de soins ont fait l'objet d'une campagne d'information auprès de la population. Celle-ci a été financée par la CPAM et réalisée au moyen d'affiches et de plaquettes informatives distribuées dans les pharmacies et les cabinets ainsi que d'encarts dans la presse locale. (cf. Annexe 3)

Le standard téléphonique de la régulation libérale est mis en place par les responsables du centre 15.

Un système informatique est mis au point par la société MBT entre 2003 et 2004 en collaboration avec les médecins généralistes de l'Eure dans le but de répondre au mieux aux besoins spécifiques du système de PDS nouvellement créé.

Ce système logiciel est appelé SYPPS : Système Pour la Permanence de Soins.

L'ensemble du système est alors opérationnel le 21 juin 2004.

c) Organisation d'ALAUME

Les organes administratifs directeurs d'ALAUME sont :

- Le conseil d'administration
- Le bureau.

Le conseil d'administration

Composition :

- deux délégués élus par chaque association membre, peuvent faire partie du conseil. Ils sont observateurs.

- Le président de chaque association adhérente est membre de droit du conseil. Il est le chef de délégation de son association. Il détient la voix de l'association qu'il représente.

Chaque association est donc représentée par une délégation de trois membres au sein du conseil d'administration.

Le conseil d'administration se réunit en session ordinaire au moins deux fois par an sur convocation du bureau.

Il peut se réunir en outre, en session extraordinaire, à tout moment de l'année, toutes les fois que l'intérêt de l'association l'exige ou sur la demande du tiers des associations membres.

Le Conseil d'administration est l'organe souverain d'ALAUME. Il détermine sa politique générale, décide de la position d'ALAUME pour résoudre les problèmes rencontrés.

En particulier, il a pour principales fonctions :

- De contrôler l'activité du bureau en cours d'année
- D'élire les membres du bureau
- De se prononcer sur l'admission ou l'exclusion d'une association.

Le conseil d'administration n'a le pouvoir de siéger que si la moitié des associations membres sont représentées.

Le bureau

Le bureau comprend six membres :

- o Le président
- o Le vice président
- o Le trésorier
- o Le trésorier Adjoint
- o Le secrétaire
- o Le secrétaire Adjoint

Le renouvellement du bureau se fait part tiers tous les ans par les membres du conseil d'administration.

En 2012, le bureau est constitué :

- Président Dr Jean Jacques VAISSIE
- Vice-président Dr Marc WURSTHORN
- Secrétaire Dr Serge BESCOND
- Secrétaire -Adjoint Dr Charles-Michel DINTIMILLE
- Trésorier Dr Jean Jacques LE NORMAND
- Trésorier-Adjoint Dr Jean Marie PABST

Le bureau a pour principales fonctions :

- de représenter ALAUME auprès des pouvoirs publics.
- d'exécuter les décisions du Conseil d'administration.
- de prendre toutes décisions nécessaires entre les sessions du Conseil d'administration.

Actuellement, ALAUME fédère 322 médecins sur les 377 concernés par la PDS dans le département de l'Eure.

Le bureau s'est adjoint deux chargés de mission permanents, le Dr Daniel VIDAL (pour ses avis législatifs et juridiques) et le Dr François PETITCOLAS qui assure la mise en place et la maintenance du site alaume.org où sont référencés les tableaux de garde des effecteurs et des régulateurs ainsi que les documents administratifs utiles au fonctionnement de la PDS.

3) LA PERMANENCE DES SOINS DANS L'EURE

a) Généralités

Afin de garantir la continuité de la prise en charge des patients, une permanence des soins de médecine générale est assurée sur l'ensemble du territoire du département de l'Eure.

La permanence est assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux selon trois modalités complémentaires et indissociables.

- la présence d'un **médecin généraliste régulateur** qui coordonne les demandes de soins de médecine générale pour l'ensemble du département de 20h à 8h les jours ouvrés du samedi 12h au lundi 8h la fin de semaine, la veille d'un jour férié à partir de 20h jusqu'à 8h le lendemain du jour férié.
- la présence d'une **permanencière** dédiée à la régulation libérale basée au centre 15. Le médecin régulateur est relié avec la permanencière aux horaires définis ci-dessus.
- la présence d'un **médecin généraliste effecteur** sur chacun des 11 secteurs du département aux horaires suivants : de 20 heures à 24 heures les jours ouvrés ; le samedi de 12h à 24h, le dimanche de 8h à 24h, la veille d'un jour férié de 20h à 24h, le jour férié de 8h à 24h.

La participation à la permanence de soins se fait sur la base du volontariat.

b) La régulation médicale

ALAUME (association des médecins libéraux pour l'aide aux urgences médicales de l'Eure) met en partenariat une cinquantaine de médecins (47 actuellement) formés à la régulation qui ont mission d'effectuer des gardes la nuit en semaine, la journée et la nuit pendant les week-ends et jours fériés.

Les médecins régulateurs sont des volontaires formés par ALAUME, par la suite ils disposent d'une formation médicale continue. Chaque médecin accepte une formation initiale à la régulation et à une remise à niveau annuelle organisée en interne et indemnisée. Cette formation concerne la prise en charge des appels et la maîtrise de l'outil informatique.

Un contrat est signé par chaque régulateur. (cf. Annexe 2)

Recommandations et bonnes pratiques en régulation médicale

Le médecin régulateur (55) :

- Se présente personnellement à l'appelant ;
- Reformule, complète l'échange et valide avec l'appelant toutes les informations médicales et contextuelles, même celles déjà transmises par le PARM ;
- Recherche des éléments d'informations complémentaires ;
- Demande si des mesures thérapeutiques ont été mises en œuvre avant l'appel et quel en a été le résultat ;
- Dialogue avec l'appelant en utilisant des mots simples et adaptés ;
- L'informe sur les hypothèses diagnostiques et les risques liés ;
- Lui explique la prise en charge qu'il lui propose et lui précise si possible le délai d'intervention ;
- Vérifie la compréhension de l'appelant puis s'assure de son adhésion à la décision médicale. En cas de refus, le médecin régulateur prend en compte la décision du patient, ou de son représentant légal ou de la personne de confiance désignée par le patient.

En cas de désaccord ou de dialogue conflictuel entre l'appelant et le médecin régulateur, l'appel est réorienté vers un autre médecin régulateur, lorsque cela est possible.

De même, en cas d'incompréhension de la part de l'appelant, entraînant des appels réitérés pour le même motif, il est préférable que l'appel soit pris en charge par un autre médecin régulateur.

Dans le cas où le patient refuse les soins prescrits ou le type de prise en charge proposée, le médecin régulateur s'assure que le patient a reçu une information claire et compréhensible.

Dans le cas où un effecteur non médicalisé a été envoyé et que le patient refuse la prise en charge proposée, le médecin régulateur s'assure que l'effecteur missionné, après avoir réitéré les raisons justifiant la prise en charge proposée, a fait signer au patient un document

attestant que le patient a reçu une information claire et compréhensible et qu'il refuse la prise en charge proposée.

Le régulateur doit effectuer un minimum de 6 gardes de régulation par an avec un maximum à 20.

On distingue alors 3 types de régulation :

- la régulation *turbo* (régulateurs effectuant entre 15 et 20 gardes par an)
- la régulation *confort* (entre 8 et 15 gardes par an)
- la régulation *détente* (entre 6 et 8 gardes par an)

La grande majorité de ces médecins effectue une régulation délocalisée du centre 15, fonctionnalité permise par le système SYPPS. En effet, 80% régulent à leur domicile contre 20% au centre 15.

Si un petit nombre préfère réguler au sein même du SAMU, il n'est pas demandé de contrepartie financière au régulateur.

Le médecin régulateur ne peut travailler en dehors du Centre 15 que s'il est en possession des outils répondant aux caractéristiques suivantes :

1. connexion Internet ADSL haut débit (minimum 512 Ko), ou Clé internet 3G+, ou internet par satellite ou internet par ligne Numéris
2. une ligne téléphonique fixe se branchant sur une prise de téléphone, une ligne téléphonique fixe via internet ou un téléphone portable avec une couverture réseau vérifiée.

Les régulateurs libéraux ont pour mission de réguler les appels de niveau d'urgence 3 et 4, laissant la prise en charge des urgences de niveau 1 et 2 aux médecins régulateurs du SAMU.

En effet, la régulation ne gère pas la réponse aux urgences vitales, car ce n'est pas, légalement, de son ressort.

La coopération se fait selon des protocoles établis et validés par les deux parties :

NIVEAU 1- Urgence absolue

- Urgence lourde où le pronostic vital est en jeu
- Moyens à utiliser : départ dans les deux minutes d'un SMUR et/ou VSAB médicalisé (selon le lieu géographique) pour jonction (si éloignement).

NIVEAU 2- Urgence vraie

- Situation où un avis médical est indispensable dans les 15-20 minutes
- Moyens à utiliser : - envoi d'un SMUR et/ou VSAB médicalisé
 - ou d'un moyen de transport aux urgences : ambulance allongée ou VSAB ;

NIVEAU 3- Permanence des soins

- Situation où un avis médical est nécessaire dans la demi-journée.
- Moyens à utiliser : le médecin de garde ou d'astreinte en l'absence du médecin traitant

NIVEAU 4- Conseil médical

- Conseil téléphonique donné par le médecin régulateur sous sa responsabilité

Les appels sont reçus par un(e) PARM dédié(e) aux appels de médecine générale sur un numéro distinct du 15 et interconnecté avec lui. Hors des horaires de régulation libérale la ligne 02 32 33 32 32 est mise sur répondeur invitant les patients à faire appel à leur médecin traitant ou un médecin de leur secteur géographique. Pendant les horaires de régulation libérale, un message d'accueil est délivré aux patients en cas d'attente sur cette même ligne.

Avant minuit, le médecin régulateur peut faire appel au médecin effecteur de garde s'il estime qu'une consultation urgente est nécessaire. (cf. annexe 4)

Dans ce même cas, à partir de minuit, le patient sera acheminé vers le service d'urgences le plus proche, soit par ses propres moyens, soit par un moyen de transport régulé par le centre 15, dans le cadre du cahier des charges de la garde ambulancière.

Avant minuit, en raison de l'absence de visites à domicile, si le déplacement des patients ne peut être envisagé et que ceux-ci nécessitent une consultation, un transport ambulancier non médicalisé peut être déclenché par le régulateur et organisé par la PARM. Les patients sont dirigés vers un effecteur hospitalier afin de permettre une prise en charge financière par la CPAM de ces transports.

En effet, le code de la sécurité sociale prévoit la possibilité pour le médecin régulateur de déclencher un transport ambulancier de patients vers un lieu de consultation (cabinet, maisons médicales de garde...) (56)

Cependant, en l'absence de convention avec la CPAM, un transport ambulancier vers le cabinet de l'effecteur de garde n'est pas pris en charge. Seul le transport du patient vers les services d'urgences est pris en charge par la CPAM.

Les transferts de données nominatives s'effectuent de PARM à médecin régulateur par une connexion Internet permanente vers un serveur hébergé hors Centre Hospitalier. La confidentialité de ces données est assurée par un cryptage des échanges (selon les recommandations CNIL) avec un dispositif « SSL à 128 bits », avec l'usage de mot de passe/identifiant pour chaque utilisateur, ne nécessitant aucun pré-requis quant aux postes de travail.

Les médecins d'ALAUME sont couverts par trois assurances distinctes. Chaque médecin possède une assurance responsabilité civile individuelle dans le cadre de son activité. De plus, la Permanence des soins étant redevenue une mission de santé publique (Article L 6314-1 du Code de la Santé Publique), l'ARS assure au nom de l'État l'activité de régulation des médecins libéraux, que cette activité s'exerce dans les locaux de l'Hôpital ou de façon délocalisée. Enfin, ALAUME a souscrit à une assurance responsabilité civile de groupe pour leur activité de régulation

c)La permanencière dédiée à la régulation libérale

Les permanencières dédiées à la régulation libérale font partie intégrante de l'équipe des permanencières du Centre 15. Toutes reçoivent les mêmes formations concernant la régulation du 15 et la régulation libérale, L'une d'elles est affectée à la permanence libérale

aux mêmes horaires que ceux du médecin régulateur libéral. La formation est effectuée par le SAMU, et par ALAUME.

La permanencière dédiée à la régulation libérale recevra tous les appels.

Les principales missions des PARM (55) :

* Le rôle et le champ d'intervention de la PARM dans le cadre de la réception d'un appel sont cadrés et définis.

* Ainsi, la PARM :

- se présente personnellement à l'appelant ;
- assure la prise en charge initiale de l'appel de façon méthodique :
 - elle note ou valide systématiquement le maximum de coordonnées : téléphone de l'appelant, coordonnées précises du lieu d'intervention (ville, route, rue, pavillon, immeuble, étage, code, etc.), coordonnées du médecin traitant, etc. ;
 - elle prend connaissance du motif de l'appel, des attentes et des circonstances, écoute avec attention l'appelant, pose des questions ouvertes en utilisant un vocabulaire adapté à l'appelant ;
 - elle note les caractéristiques du patient : âge, sexe, poids (en particulier chez l'enfant) ;
- considère chaque nouvel appel comme une nouvelle demande, même si le patient téléphone à plusieurs reprises ou a déjà consulté un médecin pour la même raison ;
- transmet les informations de façon précise et synthétique au médecin régulateur sans l'influencer ou tenter d'interpréter les informations ou de proposer un diagnostic (la transmission d'information entre PARM et le médecin régulateur peut être faite par voie orale et/ou par voie informatique) ;
- assure la mise en œuvre et le suivi des décisions notifiées par le médecin régulateur ;
- assiste le médecin régulateur par l'exécution de tâches que celui-ci lui confie, (tâches opérationnelles) ;
- prend note du bilan des effecteurs et le transmet au médecin régulateur ;
- répond aux demandes de renseignements d'ordre général et en informe le médecin régulateur ;
- peut être amené à guider des gestes de secourisme par téléphone ;
- transfère l'appel vers un autre centre de régulation médicale si l'appel ne fait pas partie de son secteur d'intervention.

Une fiche patient est créée à partir de chaque appel. (cf. Annexe 4)

Une fois l'identification terminée, elle est chargée d'estimer les besoins des patients :

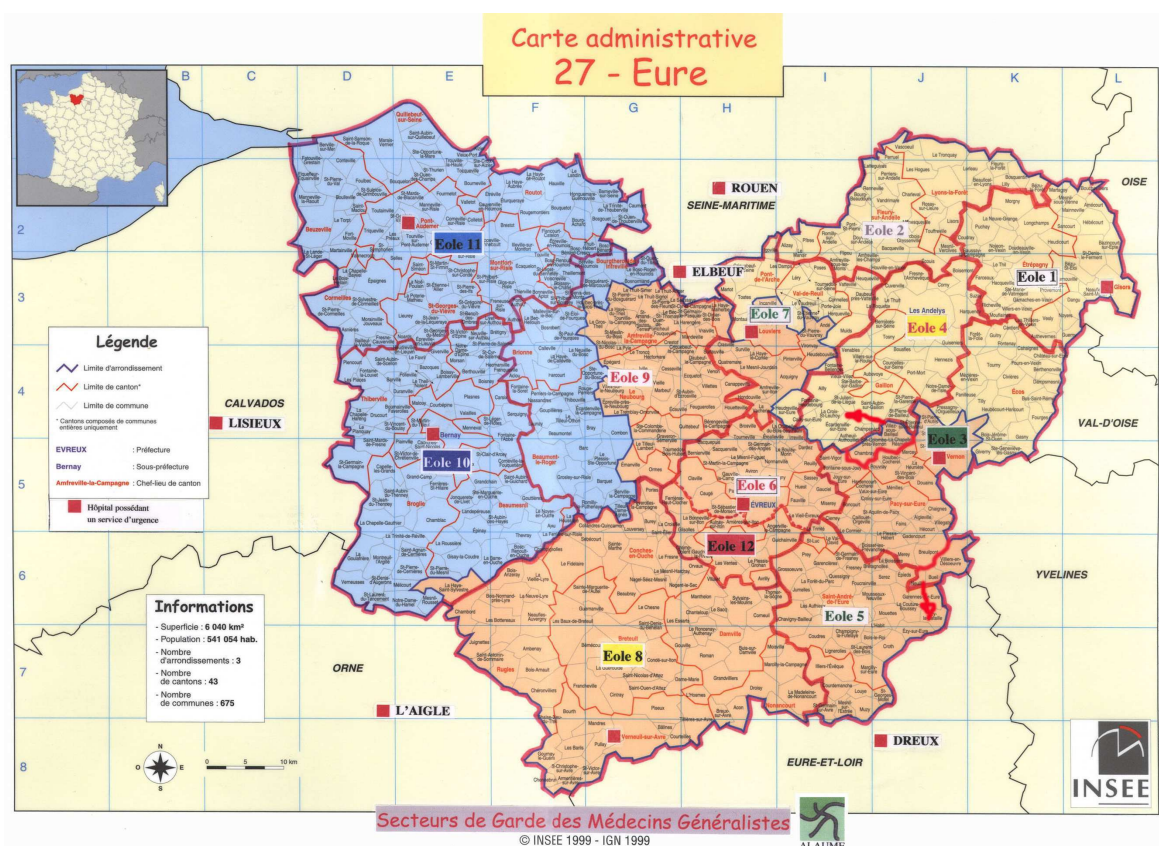
- ❖ - S'il s'agit d'une urgence de niveaux 1 ou 2, la permanencière libérale bascule l'appel sur les permanencières dédiées à la régulation hospitalière, soit directement sur le centre 15.
- ❖ - S'il s'agit d'une urgence de niveau 3, nécessitant un acte de médecine générale dans la demi journée ; elle peut transférer l'appel au médecin régulateur en même temps que la saisie informatique de la fiche patient ; mais aussi directement orienter le requérant vers le médecin effecteur libéral selon des modalités définies à l'avance par les régulateurs si la nécessité d'une consultation est évidente ou après avis du médecin régulateur. Elle explique alors au patient comment se rendre au cabinet du médecin effecteur avant 0h00. Entre minuit et 8h00, si nécessité de dispense de soins, le patient est orienté vers le service d'urgences le plus proche.
- ❖ - S'il s'agit d'une urgence de niveau 4, correspondant à une demande de conseil médical, l'appel est basculer vers le médecin régulateur libéral, le médecin effecteur n'est ainsi pas mis à contribution.
- ❖ - Elle peut enfin être sollicitée pour des renseignements d'ordre administratif (jours et heures de consultation, adresse de la pharmacie de garde, numéro de téléphone de l'infirmière libérale...), dans ce cas le dossier est clôturé et n'est pas transmis au médecin régulateur.

La sonnerie dédiée aux appels du Centre 15 sera différente de celle dédiée à la permanence libérale.

d) L'astreinte effectrice

1) Découpage en secteurs (57)

Le territoire départemental fait l'objet d'un découpage en 11 secteurs de garde ou EOLE (entente des omnipraticiens libéraux de l'Eure), depuis la recomposition des secteurs suite au cahier des charges de l'ARS en janvier 2012, soit :



EOLE 1	Gisors
EOLE 2	Fleury sur Andelle
EOLE 3	Vernon
EOLE 4	Les Andelys
EOLE 5	Saint André de l'Eure/ Guichainville

EOLE 6	Evreux
EOLE 7	Louviers
EOLE 8	Verneuil
EOLE 9	Le Neubourg
EOLE 10	Bernay
EOLE 11	Pont-Audemer

L'ancienne EOLE 12 de Guichainville ayant fusionné avec l'EOLE 5 de Saint André de l'Eure depuis le dernier découpage suite au cahier des charges de l'ARS.

Chaque EOLE possède un bureau (composé d'un président, d'un trésorier et d'un secrétaire), réalise une assemblée générale dans l'année, désigne un responsable de la liste de garde qui réalise alors le planning du tour de garde des médecins effecteurs.

Le nombre de gardes pour chaque effecteur dépendant du nombre de praticiens appartenant à l'EOLE dont ils dépendent.

2) Fonctionnement

Dans chaque secteur, le médecin effecteur doit être joignable par le médecin régulateur et la permanencière dédiée à la régulation libérale basée dans les locaux du Centre 15 durant toute la durée de l'astreinte. L'activité pendant l'astreinte se tient au cabinet du médecin qui doit y prendre en charge le patient dans les délais compatibles avec la demande de soins non programmés de niveau 3 et 4.

Le médecin d'astreinte est relié par téléphone à la permanencière dédiée à la régulation libérale aux horaires définis par le cahier des charges de la permanence des soins dans l'Eure.

Chaque médecin généraliste adhérent à ALAUME transfèrera les appels sur le numéro dédié à la permanence des soins de ville en fermant son cabinet ; les patients seront informés qu'ils devront appeler leur médecin traitant aux heures de fermeture des cabinets.

Les médecins ayant choisi de ne pas appartenir à l'association de permanence des soins ALAUME assureront leurs gardes aux horaires de fermeture des cabinets médicaux et répondront eux-mêmes aux appels téléphoniques des patients de leur secteur de garde. Ils représentent à ce jour 12% des médecins du département. Ils devront prévenir de leur choix le Conseil de l'Ordre et la CPAM.

e) Organisation des listes de gardes

Les listes de la PDSA sont établies tous les 6 mois pour chacun des semestres.

Les listes de PDSA, qu'elles concernent la régulation ambulatoire ou les effecteurs de PDSA, sont établies sous la responsabilité d'ALAUME au moins 45 jours à l'avance pour le semestre suivant.

- Les tableaux prévisionnels sont transmis aux conseils départementaux de l'ordre des Médecins (CDOM) pour validation.
- Une proposition de listes prévisionnelles est transmise à l'ARS, à ALAUME, et renseignée sur les logiciels métier de régulation.
- Les listes définitives sont validées 15 jours avant la période par les CDOM et l'ARS. Elles sont transmises aux CPAM ainsi qu'à ALAUME. Elles sont consultables par les praticiens (espace sécurisé) sur les sites de l'ARS, de la plateforme de télésanté (ROR), des associations de PDSA, de l'URPS, des CDOM.
- Les changements de praticiens sur la liste de garde sont effectués sur demande express et motivée du praticien qui propose parallèlement à sa demande un remplaçant, au plus tard 15 jours avant la date de la permanence concernée. Le CDOM assure les changements en temps réel au niveau des logiciels métiers. Au-delà, il est de la responsabilité du praticien d'effectuer sa permanence.
- Les conseils de l'ordre tiennent à jour en temps réel la liste des praticiens, l'historique sur deux années de leurs participations aux gardes en distinguant la régulation de l'effectif, l'expression de leur exemption éventuelle, celle de leur volontariat. Cette liste est mise à jour à l'aide des transmissions d'ALAUME des tableaux de permanence réellement faits. Ces

listes seront également renseignées par le logiciel de régulation d'ALAUME. Cette base d'information, tenue à jour, est mise à disposition de l'ARS par consultation temps réel, selon des modalités d'accès sécurisé.

f) Les astreintes administratives

Celles-ci ne sont pas du ressort de la permanence des soins.

A l'exception des certificats de décès, en semaine après 23h ou le weekend, ou il est prévu leur report au lendemain, sauf réquisition liée à une situation sur la voie publique.

Le déplacement du médecin effecteur pour établir un certificat de décès se fait en dehors de la période de délivrance des soins qui constitue un travail posté.

Le centre de régulation est informé du départ du praticien effecteur permettant la bonne orientation des patients en son absence.

Le praticien effecteur informe le centre de régulation de son retour et de sa nouvelle disponibilité.

Les médecins effecteurs n'assurent pas de visites en EHPAD dans le cadre de la permanence des soins.

g) Financement

ALAUME bénéficie d'un Fond d'Intervention Régional par l'intermédiaire de l'ARS depuis le 1^{er} mars 2012.

L'articulation avec le Centre Hospitalier d'Evreux, siège du Centre 15, est régie par une convention.

Le fond FIR par l'intermédiaire de l'ARS accorde le financement des permanencières dédiées à la régulation libérale qui intègrent les équipes du centre 15.

ALAUME a deux sources de rémunérations distinctes : celle provenant de l'ARS et celle provenant des cotisations des médecins adhérents.

Les dépenses via le fond FIR sont réparties ainsi (58) :

- Formation continue des médecins régulateurs
- Formation de nouveaux régulateurs
- Système informatique de régulation
- Indemnités médecin coordinateur (l'ensemble des membres du bureau est assimilé à un médecin coordinateur) et président EOLE
- Frais de banque
- Comptabilité, Commissaire aux comptes

Les fonds propres d'ALAUME provenant des adhésions prennent en charge :

- Assurance responsabilité civile professionnelle des régulateurs
- Maintenance du site Alaume.org
- Frais postaux
- Indemnités (kilométriques+ téléphoniques) des membres du bureau
- Frais assemblée générale
- Réunion du bureau

Ceci permet le financement de l'infrastructure nécessaire à la régulation, la maintenance du système informatique, un poste de médecin coordinateur, la formation des régulateurs et leur mise à niveau.

La rémunération des activités et de l'astreinte est la suivante au 1^{er} juillet 2012 (59) :

	Tarifs au 1 juillet 2012
Régulation	70€/h (8h-0h)
	117€/h (0h-8h)
Effectation	150€/12h (dimanche et jours fériés de 8h à 20h*)
	50 € (20h-24h)
	100€ (12h-20h)
	(samedi AM)

* et lundi vendredi des veilles et lendemains de jours fériés

La CPAM prend en charge les actes de soins des médecins effecteurs et l'astreinte par tranches de 12h.

Une majoration sur les actes (selon le tableau ci-dessous) est perçue par le médecin effecteur de garde qui agit à la demande du régulateur (selon l'arrêté du 26 mai 2005):

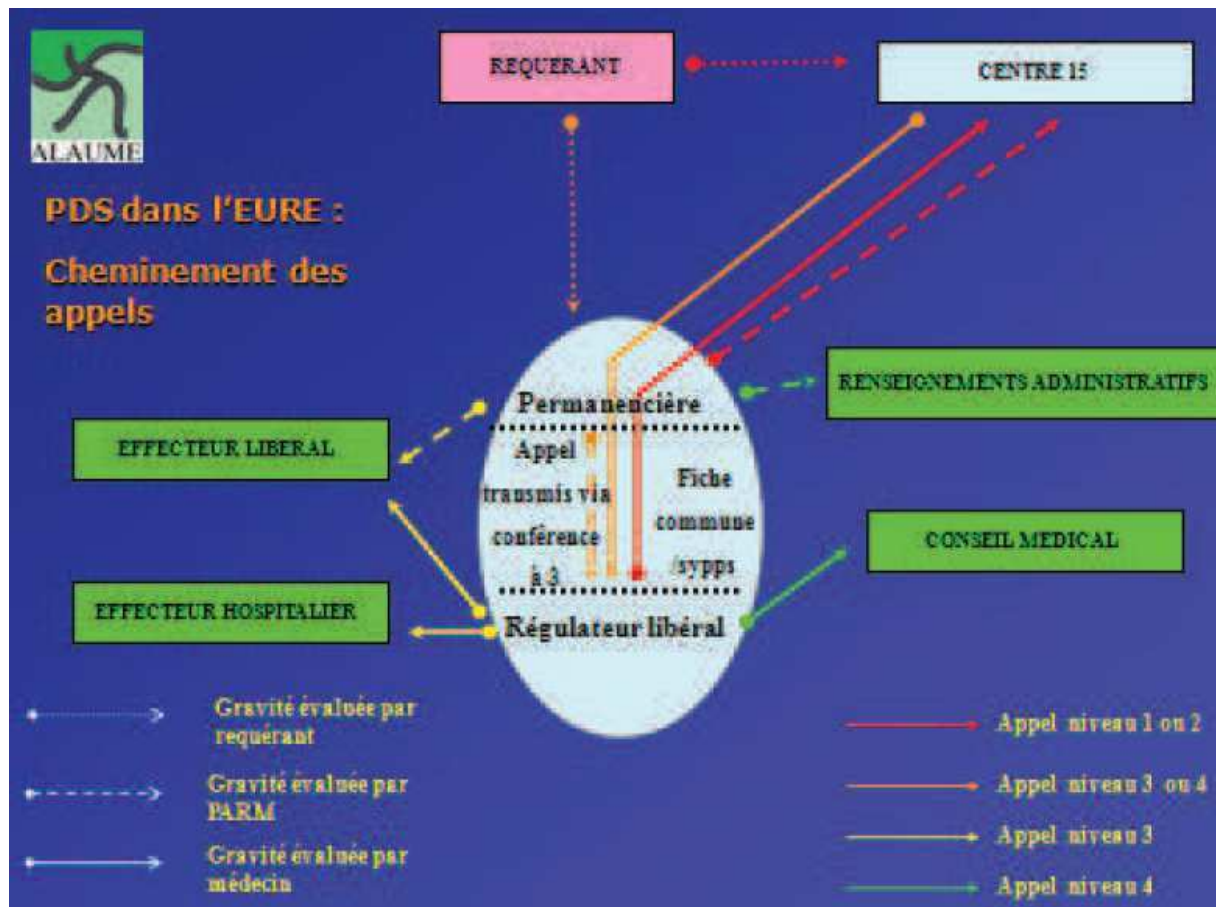
	Tarifs au 1er juillet 2012
Valeur de la majoration de dimanche et de jour férié	26,50
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié	30,00
Valeur de la majoration de nuit au cabinet	
20h00-00h00 et 06h00-08h00	42,50
00h00-06h00	51,50
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit	
20h00-00h00 et 06h00-08h00	46,00
00h00-06h00	59,50

IV) BILAN D'ACTIVITE DE LA PERMANENCE DES SOINS DANS L'EURE

1) L'histoire d'un appel

Ce tableau résume le cheminement de l'appel : le requérant appelle le 02 32 33 32 32. La PARM reçoit l'appel. En fonction des niveaux de gravité, l'appel est basculé :

- soit directement sur le centre 15,
- soit il s'agit d'un renseignement administratif, la PARM renseigne le requérant et l'appel est terminé,
- soit l'appel est transféré au médecin régulateur qui jugera de la nécessité d'une consultation par un effecteur libéral aux heures de permanence, ou par un effecteur hospitalier après minuit,
- soit la PARM peut directement orienter le requérant vers l'effecteur si la nécessité d'une consultation est évidente et selon des protocoles établis.



2) Méthode de recueil des données

L'analyse statistique est faite à partir du dépouillement des fiches ouvertes par les permanencières suite aux appels sur le numéro de la régulation libérale.

Ces fiches sont compilées par la Société MBT qui les fait parvenir mensuellement à Alaume.

Elles permettent également d'assurer une traçabilité des appels en cas de problème.

Le recueil d'activité est réalisé sur les trois dernières années : 2009, 2010 et 2011. (60)

3) L'année 2009

-ANALYSE ANNUELLE

L'analyse statistique est faite à partir du dépouillement des 35 843 fiches ouvertes par les permanencières suite aux appels sur le numéro de la régulation libérale.

Les données répertoriées sont les suivantes : nombre d'appels reçu par les permanencières, nombre total d'interventions du médecin effecteur, nombre d'interventions du médecin effecteur les weekends et jours fériés. Les données sont comptabilisées mois par mois.

Pour l'année 2009, pour des raisons techniques, les fiches transmises aux régulateurs n'ont pu être individualisées.

Tableau n°1 Analyse annuelle 2009

⊕

	NOMBRES DE FICHES	NIVEAU 1/2	TRANSMIS EFFECTEURS	TRANSMIS DF EFFECTEURS	TRANSMIS DIRECT EFFECTEUR PAR PARM
JANVIER	4118	28	2208	2013	1132
FEVRIER	2682	18	1192	1065	511
MARS	2328	24	1158	1040	605
AVRIL	2741	12	1466	1292	775
MAI	3329	22	1763	1637	886
JUIN	2689	16	1321	1149	668
JUILLET	2697	9	1209	1034	550
AOÛT	2573	16	1225	1071	563
SEPTEMBRE	2487	14	1189	1018	537
OCTOBRE	2932	21	1512	1309	745
NOVEMBRE	3624	16	1985	1752	1204
DECEMBRE	3643	29	1933	1737	1106
TOTAL	35843	225	18161	16117	9282

□

DF: Dimanche et jours fériés

Le tableau n°1 montre le nombre d'appels reçus par les permanencières sur l'année 2009 soit 35843 appels qui sont transmis aux régulateurs ou appels correspondant à des fiches envoyées directement à l'effecteur de garde. Parmi ces appels, seuls 18161 (50%) ont nécessité l'intervention d'un médecin effecteur dont 16117 (89%) ayant lieu le weekend end et les jours fériés.

L'analyse annuelle fait apparaître une forte activité en janvier, novembre et décembre (période de grippe) et en mai en raison des nombreux fériés, sinon une activité stable avec 2986 appels en moyenne mensuelle (écart de 2328 à 4118).

- ACTIVITE DE REGULATION

Tableau n°2 Activité mensuelle de régulation en fonction des plages horaires

	TOTAL	23h/8h	8h/20h	20h/23h
janvier	4118	647	2629	842
février	2682	418	1718	546
mars	2328	377	1411	540
avril	2741	418	1697	626
mai	3329	433	2231	665
juin	2689	443	1536	710
juillet	2697	414	1565	718
août	2573	332	1657	584
septembre	2487	432	1430	625
octobre	2932	482	1743	707
novembre	3624	486	2403	735
décembre	3643	615	2208	820
ANNEE	35843	5497	22228	8118

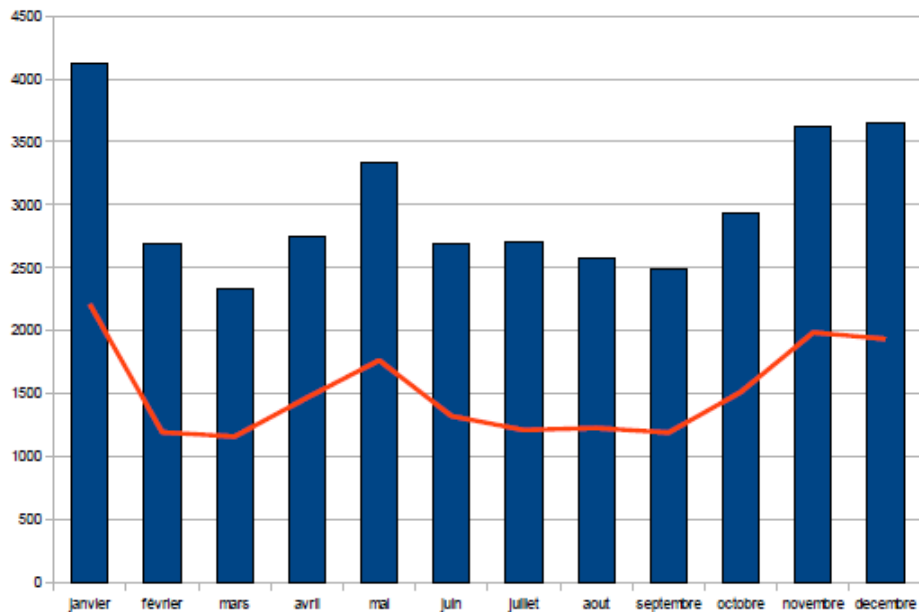
- La tranche 20H-23H représente 22,65% des appels soit 22 appels en moyenne par soirée.
- La tranche 8H-20H représente 62% des appels soit 185 appels en moyenne (samedi, dimanche et jours fériés).
- La tranche 23H-08H représente 15,33% des appels soit 15 appels en moyenne par nuit.

- TRANSFERT VERS EFFECTEURS

Le taux de transfert de la régulation vers les effecteurs est de 50,66% en moyenne (écart de 44,44% à 53,61%) avec une moyenne de 1513 recours aux effecteurs par mois.

Le taux de transfert direct (sans passage par le régulateur) de la PARM vers les médecins effecteurs est de 25.9%.

Tableau n°3 Activité mensuelle régulation et effecton en 2009



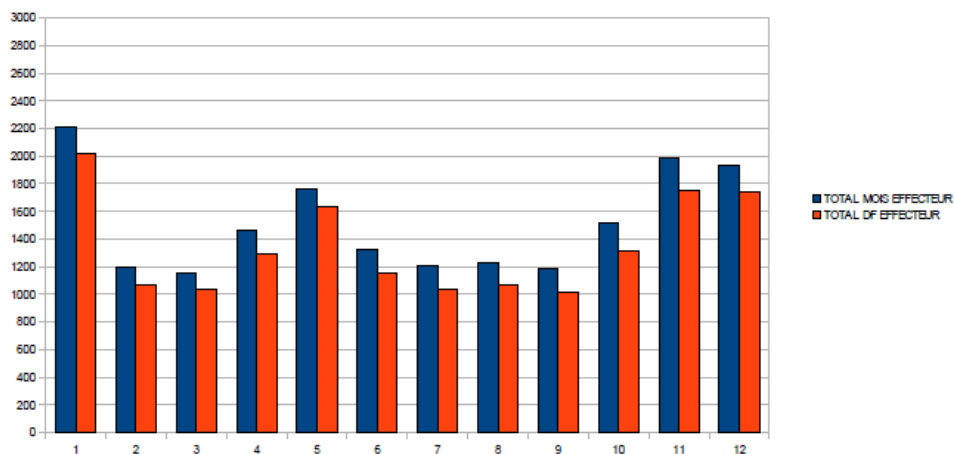
■ Total mois régulation

--- Total mois effecton

Le tableau n°3 compare l'activité mois par mois de la régulation et de l'effecton. On peut constater que le taux de transfert d'appels est relativement stable de l'ordre de 50%. Les régulateurs ainsi que les effecteurs présentent les mêmes pics d'activités en janvier, mai, novembre et décembre.

- ACTIVITES DES EFFECTEURS

Tableau n°4 Comparatif activité effectrice dimanche et jours fériés versus activité mensuelle



Total mois effecteurs : nombre de consultations réalisées chaque mois par les médecins effecteurs

Total DF effecteurs : nombre de consultations réalisées les dimanche et jours fériés par les médecins effecteurs mois par mois

Le tableau n°4 retrace l'activité des effecteurs sur les 12 mois de l'année 2009 avec pour chaque mois, l'activité globale (total mois effecteur) ainsi que l'activité des week-ends et jours fériés (total DF effecteur).

On peut ainsi constater que l'activité générée pour les effecteurs se fait essentiellement le week-end et les jours fériés à 88,74% (écart de 85,52 à 92,85 %).

Tableau n° 5 Activité des effecteurs par EOLE

	Nombre d'effecteurs	Activité annuelle des effecteurs
EOLE 1 GISORS	21	1069
EOLE 2 LYONS LA FORET	23	1049
EOLE 3 VERNON-PACY	42	1719
EOLE 4 LES ANDELYS	25	1441
EOLE 5 SAINT ANDRE	20	1092
EOLE 6 EVREUX	60	2549
EOLE 7 LOUVIERS	53	2398
EOLE 8 VERNEUIL- CONCHES	38	1248
EOLE 9 LE NEUBOURG	35	1702
EOLE 10 BERNAY	23	1500
EOLE 11 PONT AUDEMER	48	1707
EOLE 12 GUICHAINVILLE	11	687

Le tableau n°5 montre tout d'abord le nombre d'effecteurs par EOLE ainsi que l'activité annuelle des effecteurs sur chacune des 12 EOLES.

On peut ainsi constater que globalement l'activité des effecteurs est corrélée au nombre de médecins exerçant dans l'EOLE.

La proximité d'un service d'urgence hospitalière n'est pas synonyme de moindre activité (cf. EOLE 10 BERNAY), l'absence de service d'urgence dans le secteur n'entraîne pas non plus de surcroît d'activité (cf. EOLE 9 Le NEUBOURG)

- PERTINENCE DES APPELS

Tableau n°6 Pertinence des appels reçus

	Total mois PARM	Appel niveau 1/2	
Janvier	4118	28	0.68%
Février	2682	18	0.67%
Mars	2328	24	1.02%
Avril	2741	12	0.44%
Mai	3329	22	0.66%
Juin	2689	16	0.60%
Juillet	2697	9	0.33%
Aout	2573	16	0.62%
Septembre	2487	14	0.56%
Octobre	2932	21	0.72%
Novembre	3624	16	0.44%
Décembre	3643	29	0.80%
TOTAL	35843	225	0.74%

Le tableau n°6 comptabilise le nombre d'appels correspondants à des urgences de niveau 1 ou 2 (urgences vraies relevant du centre 15) reçus par les permanencières.

Finalement, on se rend compte que sur le nombre total d'appels, moins de 1% des appels ne relèvent pas de la régulation libérale mais du 15.

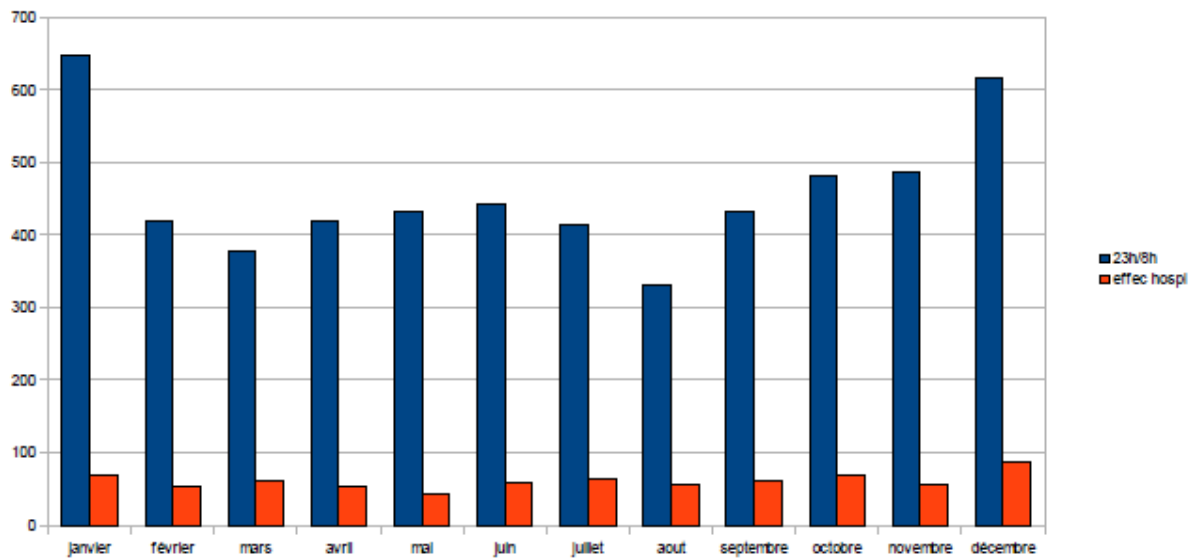
- RECOURS AUX URGENCES

Tableau n°7 Patients réorientés vers effecteur hospitalier en nuit profonde

Ce tableau décrit pour chaque mois, le nombre d'appels à la régulation sur le créneau 23h/8h, ainsi que le nombre de patients réorientés vers un effecteur hospitalier sur ce même créneau.

	23h/8h	effec hospitalier	
janvier	647	70	10,81%
février	418	53	12,67%
mars	377	62	16,44%
avril	418	53	12,67%
mai	433	42	9,60%
juin	443	59	13,31%
juillet	414	63	15,21%
aout	332	55	16,56%
septembre	432	61	14,12%
octobre	482	68	14,10%
novembre	486	57	11,72%
décembre	615	86	13,98%
ANNEE	5497	729	13,26%

Tableau n°7 bis Patients réorientés vers effecteur hospitalier en nuit profonde



Le tableau n°7 bis concerne le recours à un effecteur hospitalier parmi les patients ayant appelé la régulation libérale sur le créneau horaire 23h/8h.

Le recours aux consultations hospitalières la nuit de 23 h à 08 h concerne en moyenne 13,26% des appels à la régulation libérale ce qui représente au maximum 3 consultations par nuit sur l'ensemble du département.

On peut alors se rendre compte que l'absence d'effecteurs libéraux en nuit profonde n'entraîne pas un surcroît d'activité pour les urgences hospitalières.

4) L'année 2010

- ACTIVITE DE REGULATION

31007 fiches ouvertes en 2010 soit 2584 par mois en moyenne (1817-3555), avec trois gros mois : mai, janvier et décembre.

Tableau n°8 Activité régulation en 2010

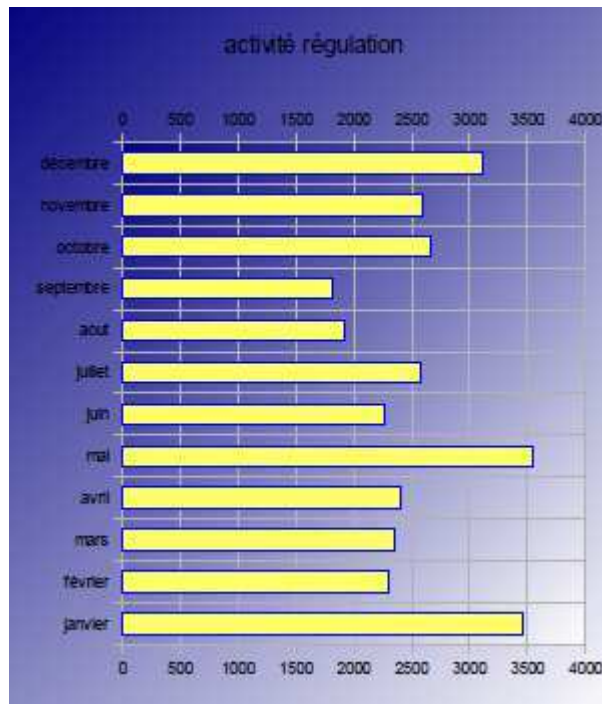
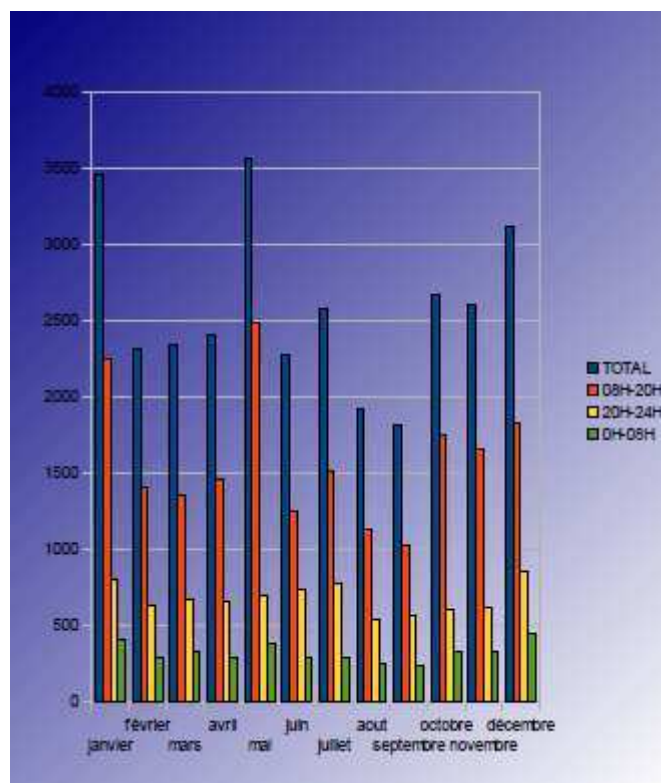


Tableau n°9 Activité régulation en fonction des plages horaires

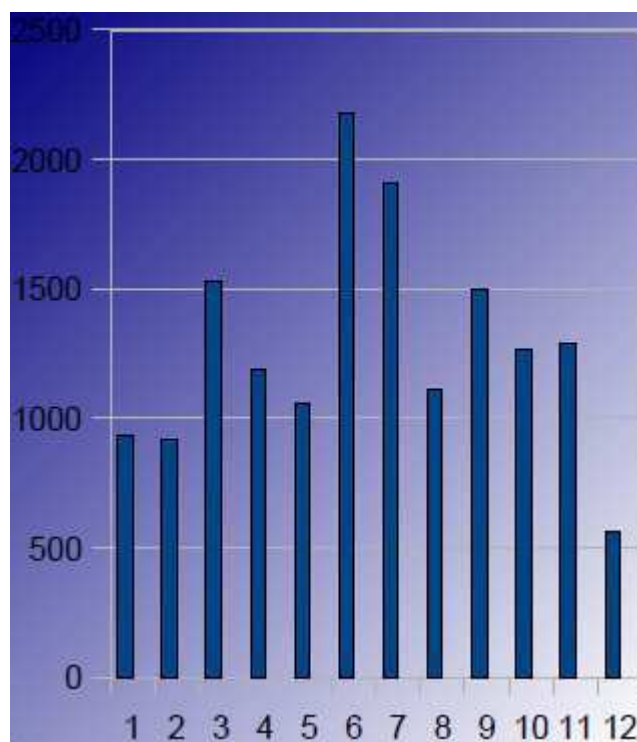


Le tableau n°9 montre l'activité mensuelle de la régulation en fonction des différentes tranches horaires : 8h-20h, 20h-24h, 0h-8h.

On peut ainsi constater que 62% de l'activité de régulation a lieu le jour de 08h à 20 h,
26% dans la tranche 20h-24h,
12% dans la tranche 0h-8h.

- ACTIVITE DES EFFECTEURS

Tableau n°10 Activité effecteurs par EOLE



Sur l'année 2010, 15453 consultations au total ont été effectuées.

- 1288 consultations en moyenne par secteur, avec des écarts allant de 560 pour l'EOLE 12 de Guichainville à 2181 pour l'EOLE 6 d'Evreux.

Ainsi, on peut individualiser 4 gros secteurs : EOLE 6 Evreux, EOLE 7 Louviers, EOLE 3 Vernon, EOLE 9 Le Neubourg et 3 petits secteurs : EOLE 1 Gisors, EOLE 2 Fleury sur Andelle et EOLE 12 Guichainville.

5) L'année 2011

- ANALYSE ANNUELLE (cf. Annexe 5)

- 32066 fiches ouvertes par les PARM
- 21812 fiches transmises aux régulateurs soit 68%
- 14640 fiches transmises aux effecteurs soit 46% dont 7391 fiches transmises directement de la PARM à l'effecteur (23%).
- 7249 fiches sont transmises du régulateur à l'effecteur cela représente 22% du nombre total de fiches mais seulement une fiche sur trois est transmise par la PARM au régulateur.

Tableau n°11 Analyse annuelle 2011

	Nombre fiches	Niveau 1/2	Transmis régulateur	Transmis effecteur	Transmis de PARM à effecteur
Janvier	3856	14	2399	1935	1151
Février	2635	10	1805	1259	617
Mars	2404	12	1670	1051	516
Avril	2742	16	1859	1320	631
Mai	2364	8	1703	1013	422
Juin	3003	14	1989	1417	1016
Juillet	2652	16	1884	1114	493
Aout	1927	9	1339	815	378
Septembre	1971	7	1422	828	338
Octobre	2698	12	1799	1304	608
Novembre	3013	16	2008	1388	681
Décembre	2801	8	1935	1196	540
TOTAL	32066	142	21812	14640	7391

- ACTIVITE DES REGULATEURS

Tableau n°12 Activité régulateurs en fonction des plages horaires

TRANCHES HORAIRES	ACTIVITE REGULATEUR
8h- 12h	2970
12h- 16h	3994
16h- 20h	3763
20h- 24h	7396
0h- 4h	2108
4h- 8h	1581

Le tableau n° 12 montre l'activité des médecins régulateurs en 2012 en fonction des différentes plages horaires.

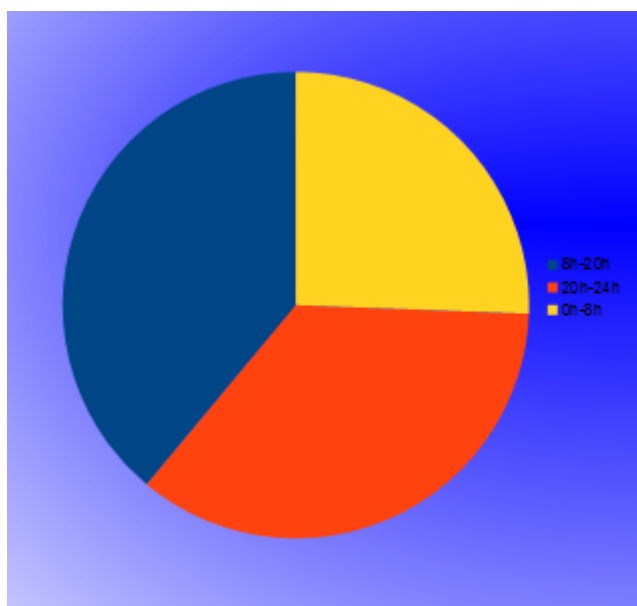
On peut constater que 35% de l'activité a lieu entre 20h et 24h dont 40% entre 20h et 21h (cf. annexe année 2011) ; 17% en nuit profonde c'est-à-dire de 0h à 8h et 48% entre 8h et 20h avec un pic d'activité entre 8 et 9h et entre 12 et 13h.

- ACTIVITE DES EFFECTEURS

Tableau n°13 Activité des effecteurs

Cs effecteurs	Cs WE/Férié	Cs effecteurs hospitaliers 8h-20h	Cs effecteurs hospitaliers 20h-24h	Cs effecteurs hospitaliers 0h-8h	Cs effecteurs hospitaliers total
14640	13049	810	734	531	2075

Tableau n°14 Recours aux effecteurs hospitaliers (d'après les chiffres du tableau n°13)



- 14640 consultations aux effecteurs libéraux générées sur l'année dont 13049 consultations les weekends et jours fériés soit 89.13% des consultations.
- Le recours à un effecteur hospitalier ne concerne que 6.5% du nombre total d'appels et seulement 531 consultations en nuit profonde malgré que les effecteurs arrêtent leur activité à minuit.
- On peut en déduire que l'absence d'effecteurs libéraux en nuit profonde n'entraînent pas un surcroit d'activité pour les urgences puisque cela ne représente que 1.45 consultations par nuit.

- ACTIVITE DES TRANSPORTEURS

Tableau n°15 Activité des transporteurs en fonction des plages horaires

8h à 20h	20h-24h	0h-8h	Total
209	154	119	478

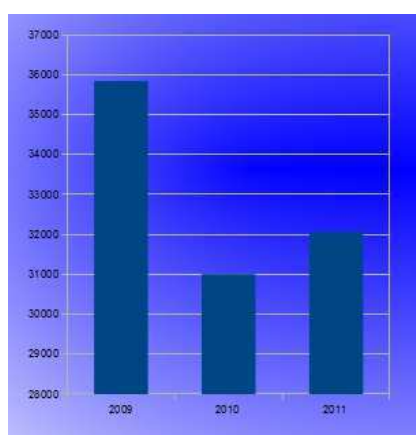
Le tableau n°15 met en évidence le nombre de transports déclenchés sur l'année pour le transfert des patients vers le lieu de consultation.

Le nombre de transport a été exprimé en fonction des différentes tranches horaires, ce qui permet de constater que seuls 25% des transports sont déclenchés en nuit profonde.

6) Comparatif années 2009/2010/2011

- ACTIVITE ANNUELLE

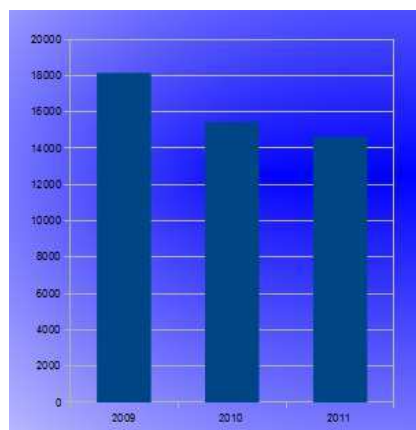
Tableau n°16 Comparatif analyse annuelle 2009 à 2011



L'activité se stabilise avec 3% de plus qu'en 2010, mais n'atteint pas le niveau d'activité de 2009, année épidémique de grippe et psychose autour de la grippe H1N1.

- ACTIVITE DES EFFECTEURS

Tableau n°17 Activité comparée des effecteurs sur 3 ans



L'activité des effecteurs continue de baisser avec 5% de consultations générées en moins en 2011 par rapport à 2010 malgré une hausse des appels de 3%.

Entre 2009 et 2011, la baisse est de 19.4% des consultations aux effecteurs.

- PERTINENCE DES APPELS

Les erreurs d'aiguillage sont faibles : 142 appels de niveau 1 ou 2 en 2011 contre 225 en 2009.

Ce qui peut s'expliquer par une meilleure efficacité et une meilleure compréhension et connaissance du système de PDS par la population.

Ce bilan d'activité n'a autre prétention que de présenter une « photographie » du dispositif de la PDSA, telle qu'elle est gérée actuellement par ALAUME. Cette discussion essaiera de pointer du doigt les éléments du contexte qui entravent la bonne marche de la PDSA, ainsi que les problématiques actuelles qui y sont associées.

V) DISCUSSION ET PERSPECTIVES D'AVENIR

1) La mission de permanence des soins

Comme nous l'avons évoqué précédemment, la permanence des soins est une mission de service public chargée de répondre non pas aux urgences vitales, dévolues à l'Aide Médicale Urgente, mais aux demandes de soins non programmés. Elle se charge d'assurer une réponse adaptée aux besoins de la population lorsque les cabinets de médecine générale sont fermés.

a) Rapport du conseil national de l'ordre

Chaque année et pour la 9ème année consécutive, le Conseil national de l'Ordre des médecins a entrepris une enquête nationale sur la permanence des soins assurée par les médecins généralistes et sur les modalités de son organisation. (61,62)

L'enquête 2012 démontre une nouvelle fois que les médecins continuent à assumer vis-à-vis de la population leurs responsabilités professionnelles sur l'ensemble du territoire national. (cf. Annexe 6)

L'année 2011 aura été marquée par l'élaboration des cahiers des charges régionaux et leur déclinaison départementale. Pour autant, seuls trois cahiers des charges régionaux ont été arrêtés. Il n'y a pas nécessairement lieu de s'en plaindre : dans une majorité de départements, la permanence des soins au 1er janvier 2012 fonctionne bien et donne satisfaction aussi bien aux patients qu'aux médecins.

Les conseils départementaux nous alertent cependant, à nouveau, sur les effets délétères de la pénurie de médecins volontaires et de médecins tout court, sur le vieillissement des médecins de garde. Indéniablement, l'érosion du volontariat continue, voire s'accélère, même si de nouvelles formes d'organisation progressent pour y faire face : renforcement de la régulation médicale libérale, adaptations horaires de la permanence des soins (en particulier en nuit profonde), création de nouvelles maisons médicales de garde.

L'enquête réalisée en 2012 nous permet de mesurer le degré d'application des dispositions récentes :

*** Les cahiers des charges régionaux**

Les agences régionales de santé (ARS) sont installées depuis juillet 2010 et la loi leur a confié la mission d'établir le cahier des charges régional de la permanence des soins et ses déclinaisons départementales.

Au 1er janvier 2012, seuls trois cahiers des charges régionaux ont été signés et sont déjà en application ou le seront dans les semaines à venir (Poitou-Charentes, Basse-Normandie, Franche-Comté), d'autres sont finalisés mais font l'objet de concertation ou de dernières discussions (Bretagne, Haute-Normandie, Champagne-Ardenne, Réunion), les autres sont toujours en cours d'élaboration.

Dans un nombre important de cas, l'Ordre des médecins a pu faire valoir ses propositions, même si ce n'est pas sans mal, et en particulier, la nécessité de préserver les modalités d'organisations préexistantes qui donnent satisfaction à la population comme aux médecins.

- la resectorisation

La France de la permanence des soins regroupe, au 1^{er} janvier 2012, 2267 secteurs : ils étaient au nombre de 2331 début 2011, 2412 début 2010, 2737 début 2007, 3238 début 2004 et 3770 début 2003. La baisse du nombre de secteurs en 2011 est faible (moins de 3 %), même si le dispositif de permanence des soins a perdu plus d'un tiers de secteurs depuis 8 ans. La sectorisation est le fruit d'une histoire et d'une géographie locale, des besoins de la population et des capacités des médecins d'y répondre. Dans bien des départements, il existe plusieurs configurations de sectorisation qui font varier le nombre de secteurs.

La resectorisation est un travail permanent d'adaptation aux situations locales.

Ce mouvement a touché en 2011, ¼ des départements et le plus souvent dans de très faibles proportions, 1 ou 2 secteurs fusionnant avec le secteur voisin. Ce qui est le cas de l'Eure notamment ou l'Eole 12 de Guichainville a fusionné avec l'Eole 6 d'Evreux. On doit cependant signaler des départements où l'évolution est plus nette : Isère (passage de 51 à 44 secteurs), Maine-et-Loire (passage de 27 à 20 secteurs).

La fusion de secteurs en nuit profonde (0h00 – 8h00), mise en place par le décret du 7 avril 2005, qui permet de regrouper après minuit deux ou plusieurs secteurs ne suscite pas l'adhésion. Mise en place dans 27 départements, (totalement ou, le plus souvent, partiellement) elle regroupe 333 secteurs.

Ces chiffres modestes s'expliquent par la difficulté ou l'impossibilité dans de nombreux départements d'assurer le déplacement des patients ou des praticiens au-delà des limites des secteurs actuels.

- l'arrêt de la PDS à minuit

Au total, dans presque la moitié des secteurs, la permanence des soins assurée par les médecins libéraux s'arrête à minuit.

Des départements dans lesquels tous les secteurs couvraient la nuit profonde sont aujourd'hui concernés. Cinq nouveaux départements arrêtent totalement leur activité de permanence des soins en nuit profonde : Les Deux-Sèvres, la Charente, les Hautes-Alpes, l'Eure et le Calvados. Dans d'autres départements, le nombre de secteurs concernés s'accroît : par exemple, le Tarn-et-Garonne et la Vendée, le Gers et le Cantal.

L'arrêt de la garde à minuit est un processus qui s'étend lentement mais inexorablement sur le territoire. Il correspond le plus souvent à une attente des praticiens, en particulier lorsque le nombre de secteurs diminue, et les maisons de garde s'arrêtent toutes de fonctionner à minuit.

La question du relais avec les services hospitaliers reste délicate et elle est souvent survolée par les cahiers des charges. En effet, l'administration ne s'engage que rarement sur le déplacement d'un effecteur hospitalier en nuit profonde ou le transport de l'appelant vers l'établissement hospitalier.

Certains conseils départementaux voient dans l'arrêt de la garde de nuit profonde, une évolution inéluctable pour pérenniser la permanence des soins (Somme, Vendée, Meuse, Bas-Rhin). D'autres évoquent même l'arrêt total de la garde de nuit. Dans d'autres, cette solution n'apparaît pas judicieuse et des alternatives sont envisagées. On peut citer par exemple, l'expérimentation de la Haute-Vienne. Alors que dans ce département, la garde de nuit profonde était assurée sur les 28 secteurs avant 2011, ils ne sont plus que 6 effecteurs mobiles, de 24H00 à 08H00, à couvrir l'ensemble du département. Elle se met en place petit à petit, malgré des difficultés ponctuelles dans la recherche de volontaires, car des médecins

redoutent d'avoir à se déplacer la nuit sur des secteurs aussi étendus. D'autres y sont entrés avec plus d'enthousiasme car la rémunération de l'astreinte de nuit (20H00 – 8H00) est attractive : 450 euros.

- le volontariat

De façon générale, le pourcentage de volontaires reste supérieur à 60 % dans 71 % des départements.

Ces chiffres démontrent l'engagement des médecins généralistes dans la permanence des soins. Ils ne sont pas pour autant rassurants car l'analyse, département par département, est inquiétante. Soixante-deux conseils départementaux de l'Ordre des médecins signalent une stabilité dans le volontariat mais 28 % alertent sur un déclin (avec 15 départements où la chute est supérieure ou égale à 5 %) (La Corse du Sud et le Puy-de-Dôme enregistrent de fortes chutes (- 30 %)) et seulement 10 départements où le volontariat augmente (dont 5 avec une hausse d'environ 5 %).

En effet, la suppression de la garde en nuit profonde n'a pas nécessairement entraîné une remontée de volontariat ni même sa stabilisation.

Il en est de même pour le regroupement des secteurs même s'il permet de diminuer la fréquence des astreintes : les médecins ne sont pas toujours en mesure de parcourir les distances imposées par les grands secteurs.

Les pourcentages de médecins volontaires constituent des moyennes par département avec de fortes disparités entre les secteurs urbains et les secteurs ruraux où les solidarités confraternelles s'expriment plus fortement. La forte mobilisation des praticiens dans la majorité des départements ne doit pas occulter les craintes suscitées dans ces mêmes départements par le non-remplacement des médecins généralistes cessant leur activité.

Ces pourcentages ont pris pour base le nombre de médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre des médecins, non exemptés de garde et assurant effectivement une activité de médecine générale. Il y a lieu de rappeler ici qu'un nombre non négligeable de médecins généralistes inscrits en cette qualité au conseil de l'Ordre n'ont pas en réalité une activité de médecine générale (généralistes ayant un mode d'exercice particulier ; travaillant dans des

secteurs administratifs : délégation territoriale de l'ARS, sécurité sociale ; ou travaillant en milieu hospitaliers).

La participation des médecins à la permanence des soins renvoie à des réalités humaines et professionnelles très différentes compte tenu de la démographie médicale.

Ainsi, dans les grands centres urbains, la permanence des soins est assez généralement assurée par un très faible nombre de praticiens regroupés en associations spécialisées de type SOS Médecins. Dans ce cas, le pourcentage de médecins volontaires est minime mais suffisant. Toutefois, même dans ces secteurs, une augmentation du volontariat permettrait de créer ou de mieux faire fonctionner des maisons médicales de garde où les patients des centres urbains pourraient se rendre pendant les plages horaires de la permanence des soins. Dans ces zones urbaines, des médecins généralistes ont accepté de participer à la régulation médicale qui généralement se trouve dans l'enceinte du centre hospitalier et permettent de soulager les médecins en zone rurale ou périurbaine. Il s'agit là aussi d'une forme de solidarité confraternelle.

Il est également difficile de comparer la participation aux gardes dans des secteurs ne comportant que 4 ou 5 médecins (ils restent aujourd'hui nombreux) et dans des secteurs de 30 médecins ; la situation est aussi différente dans les secteurs assurant la permanence des soins de 20h00 à 24h00 ou toute la nuit.

Ces chiffres sont réducteurs et ne peuvent en aucun cas refléter la disponibilité dont les médecins font preuve, en dehors de la permanence des soins organisée, pour assurer la continuité des soins à leurs patients.

On peut constater également une nouvelle diminution du nombre de départements dans lesquels des réquisitions ont été effectuées (19 au lieu de 28). Mieux encore, dans ces 19 départements, une majorité des conseils départementaux signale que le nombre de réquisitions préfectorales a diminué et ne concerne qu'un nombre infime de praticiens.

Comme les années passées, là où les carences du tableau sont les plus criantes en raison d'une absence de volontariat généralisée, les Préfets n'ont pas ou peu réquisitionné et ont laissé en l'état des secteurs et des tableaux incomplets.

- la régulation

Pivot de la bonne organisation de la permanence des soins, la régulation médicale connaît une évolution favorable en particulier pour ce qui concerne l'engagement des médecins libéraux (+ 10 %) : rappelons que toute consultation médicale doit être déclenchée pendant les périodes de la permanence des soins par un médecin régulateur.

La participation des médecins libéraux est effective dans 98 % des départements (contre 97% l'année précédente). La progression est nette dans certains départements comme la Corse du Sud et la Manche. Elle reste fragile (par exemple, dans la Loire ou le Morbihan) et en nuit profonde, il est rare de trouver des médecins régulateurs libéraux.

Organisée le plus souvent au sein des Centres 15, la régulation médicale est l'occasion d'un travail en commun entre médecins hospitaliers et médecins libéraux.

Dans 33 départements dont l'Eure et la Seine Maritime, les patients peuvent appeler un numéro dédié à la permanence des soins distinct du 15 qui les met directement en contact avec des médecins libéraux régulateurs assistés par les permanenciers.

Le nombre de plates-formes libérales géographiquement indépendantes du Centre 15 (même si elles sont nécessairement interconnectées) est limité. Dans certains départements, le centre de régulation libérale peut fonctionner sans numéro dédié mais grâce à un renvoi d'appel mis en place par les médecins participant à la permanence des soins (régulation dite déportée).

Le Bas-Rhin, la Manche, l'Eure et l'Orne ont mis en place une régulation médicale libérale à domicile interconnectée au 15.

- les sites dédiés à la PDS

Au 1^{er} janvier 2012, ils sont au nombre de 336.

Les sites dédiés à la permanence des soins sont des lieux identifiés et qui ont vocation à accueillir l'ensemble des médecins d'un secteur donné. Ils ont augmenté de 10 %, sur le plan national.

Dans certains départements, l'ensemble de la permanence des soins est organisé autour de points de garde postés (le Val-de-Marne, la Vienne, la Manche). Ils constituent souvent une des conditions de la resectorisation départementale et contribuent à redessiner la cartographie locale de la permanence des soins.

Dans d'autres départements, des sites ont été créés : 1 dans le Haut-Rhin, La Ville de Paris, l'Allier, l'Alsace, la Vienne, le Finistère, l'Eure-et-Loir, 2 dans les Hautes-Alpes et l'Isère, 3 dans le Var et 4 dans le Maine-et-Loire.

Les conseils départementaux restent inquiets sur la fragilité du financement de ces sites et leur pérennité est une attente forte. Cette pérennité passe également par une activité satisfaisante : le public doit être informé de leur présence et la régulation médicale doit adresser les patients sur ces sites, en tant que de besoin. Les conseils départementaux rapportent que ces sites reçoivent des patients se présentant spontanément, hors régulation, dès lors que la structure a acquis une certaine notoriété.

Dans la très grande majorité des cas, les sites dédiés ne couvrent qu'un secteur ; encore faut-il noter que ce secteur est parfois issu d'un regroupement facilité par la création d'une maison médicale de garde. La création de sites dédiés a et aura un effet structurant sur la sectorisation.

- les actes médicaux administratifs

L'organisation d'une garde spécifique pour les actes médicaux-administratifs (examens de garde à vue et certificats de décès) reste difficile à mettre en œuvre comme le relève l'enquête cette année encore.

LES EXAMENS DE GARDE A VUE

Malgré « Le guide de bonnes pratiques relatif à l'intervention en garde à vue du médecin » (diffusé en juillet 2009 par le ministère de la Justice et auquel le Conseil national a participé) confirmant que l'intervention du médecin lors d'une garde à vue ne doit pas reposer sur l'organisation de la permanence des soins, malgré l'invitation faite par le ministère de la Justice aux procureurs de la République de mettre en œuvre une organisation distincte s'appuyant sur les services hospitaliers de médecine légale et/ou des réseaux de médecins volontaires pour pratiquer ce type d'activité, malgré la circulaire du ministère de la Justice en date du 27 décembre 2010 qui a précisé les modalités d'organisation de la réponse aux demandes d'examen de victimes et de gardés à vue, **l'enquête révèle que peu de modifications sont intervenues et que les examens de personnes gardées à vue sont encore très majoritairement réalisées par les médecins de garde.**

La dernière circulaire citée devait faire évoluer la situation puisque dans le ressort de 47 Tribunaux de Grande Instance (TGI) disposant d'unités médicaux-judiciaires (UMJ) (intervenant 24H/24H ou aux heures ouvrables mais avec des astreintes prévues aux heures non ouvrables), l'examen de garde à vue ne doit plus alors reposer sur les médecins de garde.

Par ailleurs, en l'absence d'UMJ, la circulaire ministérielle prévoyait la mise en place de réseaux de proximité constitués de services d'urgence hospitaliers, de médecins libéraux volontaires et/ou d'associations de médecins.

Un certain nombre de réseaux existait déjà dans les départements. Les examens des personnes gardées à vue étaient ainsi déjà réalisés par des médecins volontaires dans secteurs du Lot-et-Garonne, des Deux-Sèvres, de la Côte d'Or, de l'Eure, de la Vienne, de l'Hérault, du Tarn, de la Corse du Sud, de l'Orne.

LES CERTIFICATS DE DECES

Le ministère de la Santé, dans une réponse ministérielle d'avril 2011, rappelait que l'établissement de certificats de décès ne faisait pas explicitement partie de la mission des médecins de garde dans le cadre de la permanence des soins.

L'enquête révèle cependant que, dans presque 80 départements, les certificats de décès sont réalisés par les médecins de garde.

L'absence d'organisation spécifique pour ces deux activités (examens de garde à vue et certificats de décès) nuit à la bonne organisation de la permanence des soins, notamment en nuit profonde et constitue un sujet de mécontentement dans nombre de départements.

LA PERMANENCE DES SOINS ET LES EHPAD

L'enquête révèle que la prise en charge des patients résidant en EHPAD (qui constitue leur domicile) est assurée par les médecins de garde dans la plus grande partie des départements. Dans les départements où la garde n'est plus assurée à partir de 20H00 (Manche, Orne), des protocoles sont établis entre les EHPAD et le centre 15 et les structures hospitalières.

b) La PDS : un dispositif fragile à l'avenir incertain

La mission de service public est actuellement mise à mal par une population médicale qui vieillit, fragilisant les secteurs de gardes, et par des moyens financiers revus à la baisse par la DGOS.

D'autres facteurs interviennent également telles les nouvelles aspirations des médecins mettant en avant leur qualité de vie à la fois professionnelle et familiale, et une nette féminisation de la profession.

Parallèlement au fil des années, les usagers tendent à considérer la permanence des soins comme un produit de consommation auquel ils ont droit. L'avènement de ce consumérisme médical, concerne par ailleurs toute la médecine.

Dans ce contexte du « tout, tout de suite et gratuit » l'Etat tente d'assurer une offre juste et égale sur tout le territoire. On se rend cependant bien compte que le problème est également un malaise plus global qui enserre la profession. Entre désertification médicale, secondaire au Numerus Clausus et au faible taux d'installation des jeunes générations, et démotivation des médecins installés, comment assurer la PDSA ?

Le problème est à la fois quantitatif et qualitatif. Point de solution miracle, le nombre de médecins assurant les gardes installés en cabinets risque d'être insuffisant à assurer la PDS dans les cinq années à venir.

De plus, devant des effectifs insuffisants, la pénibilité de la tâche en est démultipliée. Elle résulte de la difficulté à avoir une activité nocturne et diurne sans possibilités d'aménagements horaires ou compensations financières adaptées.

Face au manque de ressources financières et humaines, les médecins libéraux installés ou les ARS risquent de capituler, ce qui annoncerait la fin de la PDS dans sa forme actuelle. En partie du moins.

2) A propos des résultats recueillis dans l'Eure

a) Evolution de l'activité globale

Sur les trois années de fonctionnement décrites, la PDS a vu son activité annuelle se stabiliser autour de 32 000 appels par an. En 2011, on comptabilise 3% d'appels supplémentaires mais cela n'atteint pas le niveau de 2009, chiffres résultants de l'épidémie de grippe et de la psychose concernant la grippe H1N1.

L'activité des effecteurs continue de diminuer avec 5% de consultations de moins en 2011 par rapport à 2010 et cela malgré une hausse de 3% des appels. Entre 2009 et 2010, on assiste à une baisse importante de 14.3% des consultations générées.

Ceci peut s'expliquer par la diminution des fiches transférées du régulateur vers le médecin effecteur.

Une des hypothèses est la plus large diffusion du numéro d'appel spécifique qui commence à être connu de la population pouvant entraîner une augmentation des appels ne nécessitant pas forcément de consultation dans l'urgence.

b) Répartition temporelle des appels

Cette partie du bilan laisse apparaître plusieurs éléments essentiels :

1) L'importance de l'activité de week-end

La majeure partie de l'activité de PDS est réalisée les samedis, dimanches et jours fériés et concerne principalement la journée.

En effet, en 2009, 88.74% des consultations générées ont eu lieu le weekend end.

Ceci se confirme en 2011, puisque 13049 consultations sur un total de 14640 consultations annuelles effectuées par les médecins de garde se sont déroulées le weekend et jours fériés soit 89.13% des consultations.

2) L'importance de l'activité en début de nuit

L'activité nocturne qui représente 51% des appels, se concentre principalement sur la période de 20h à minuit. La nuit profonde, de minuit à 8h du matin, ne représente quant à elle que 17%.

3) L'existence de pics d'activité

- 1) En semaine ainsi que les weekend et jours fériés de 20h à 22h, ce créneau représente 23% des appels totaux reçus par le régulateur ; et 67% des appels reçus entre 20h et minuit. Autre pic les dimanches et jours fériés, vers 9h00 puis un pic plus important à 12h00 suivi d'un palier et d'un nombre d'appels réguliers jusqu'au pic de 20h. Cette répartition horaire est similaire à celle retrouvée auprès d'autres départements (63) et à celle retrouvée dans l'étude de la DREES, en 2006, sur les urgences en médecine générale (64).

- 2) Le pic du soir en semaine s'explique certainement par les contraintes sociales ou professionnelles des patients à l'heure où ils quittent leur travail, récupèrent leurs enfants à l'école ou à la crèche, tardant avant de se manifester, trouvant porte close ou n'obtenant pas de rendez-vous chez leur médecin. Le pic du dimanche matin correspond à des événements survenus durant la nuit ou ayant évolué depuis la veille et ne pouvant attendre le lundi matin. Il peut s'agir de pathologies bénignes souvent en période hivernale avec les épidémies de grippe, bronchiolites et gastro entérite. Le pic de 20h le dimanche, survient après la pause d'activité correspondant au déjeuner et à l'activité dominicale des patients. La faible activité le dimanche en fin de soirée résulte quant à elle de la mise en attente des problèmes jugés non urgents par les patients, jusqu'à la réouverture des cabinets le lundi matin.

4) L'existence de variations saisonnières

Il existe des disparités de l'activité selon les mois de l'année. Il existe une importante hausse des appels en période hivernale, principalement en novembre, décembre et janvier, résultant des différentes épidémies virales (gastro-entérites, gripes...) nécessitant le plus souvent le recours à un médecin. De même il existe une augmentation de l'activité en mai, en raison des nombreux ponts ainsi que de la recrudescence de l'asthme et de l'allergie (65). En toute logique l'activité diminue en période de vacances estivales, et est la plus faible au mois d'août et de septembre.

c) Provenance des appels

Pour des raisons techniques informatiques, nous n'avons pu étudier ni l'âge ni le sex-ratio des particuliers faisant appel à la PDSA.

En effet, l'analyse de ces données impose actuellement le traitement manuel des fiches générées par chaque appel (cela s'élève à 32 066 fiches générées en 2011 par exemple).

Pour les mêmes raisons, les motifs d'appels n'ont pas non plus été étudiés.

d) Régulation médicale et activité des médecins de garde

La régulation médicale des appels permet dans le respect des dernières recommandations HAS, d'apporter une réponse adaptée aux patients. L'activité de conseil occupe une part importante dans le dispositif PDS. Sans cette régulation les médecins effecteurs auraient globalement deux fois plus de consultations lors de leurs gardes. En effet, sur les 21812 appels régulés en 2011, seules 14640 consultations sont générées par les effecteurs ; soit 46% d'appels transmis du régulateur vers l'effecteur.

Les PARM occupent également une place importante dans le dispositif car seuls 68% des appels sont transmis au régulateur en 2011.

En effet, pour 23% des appels la PARM oriente directement le patient vers l'effecteur de garde.

L'activité des secteurs de garde chiffrée en nombre d'actes, est proportionnelle de manière quasi fidèle à leur activité d'appels.

Globalement l'activité des effecteurs d'une EOLE est corrélée au nombre de médecins exerçant dans l'EOLE.

e) Les consultations hospitalières

Les chiffres concernant les consultations effectuées par un effecteur hospitalier, entraînant dans certains cas une hospitalisation, sont certainement sous-évalués car ne prennent pas en compte certains patients qui après consultation se sont rendus à l'hôpital par leurs propres moyens, ou par ambulance privée ; et ceux qui ont été dirigés vers un effecteur hospitalier par le médecin de garde. En effet certains médecins ne renseignent pas le devenir des patients sur la fiche informatique.

Le taux moyen de consultations d'un effecteur hospitalier est de 6.5% des appels PDS traités en 2011 ce qui correspond aux chiffres retrouvés dans les différentes associations de PDS (66, 67). Lorsqu'un médecin de garde est sollicité, il envoie 5,5% de ses patients vers un effecteur hospitalier en journée (donc le weekend et les jours fériés). Ce chiffre monte à 8,6% sur la période de 20h à 8h.

Finalement, on peut constater que l'absence de consultations par un effecteur de garde de minuit à 8 h, n'a généré en 2011 que 531 consultations hospitalières, ce qui ne correspond qu'à 14.4% des appels régulés sur cette même tranche horaire.

Au vu de ses résultats, on peut se demander s'il est licite de maintenir une activité d'effecteur après minuit. En effet, la seconde partie de nuit pose problème en France. Dans de nombreux secteurs, la PDS libérale s'arrête à minuit et aucune modalité n'est encore clairement définie pour les personnes ayant besoin de soins de ville ne pouvant attendre en nuit profonde. L'activité étant très faible, et les services d'urgences moins sollicités en seconde partie de nuit, le recours aux moyens de l'hôpital peut s'avérer une solution pragmatique.

f) Recours à un transporteur

En 2011, seuls 478 appels ont déclenché le recours à un transporteur soit 1.5% des appels reçus ce qui correspond à environ un transport par jour sur l'ensemble du département, chiffre très faible d'autant plus que la PDS dans l'Eure n'effectue aucune visite à domicile.

L'activité de garde correspond à 57% de l'activité globale seulement dont plus de la moitié (56%) déclenchés entre 20h et minuit.

Les transports déclenchés par les régulateurs en nuit profonde ne correspondent qu'à 25% de l'activité des transporteurs, ce qui est finalement très faible malgré l'absence d'effecteurs de garde.

3) Rapport d'enquête de l'URPS sur la PDSA en Haute-Normandie (68) (cf. annexe 7)

L'URPS Médecins de Haute-Normandie a réalisé au cours du mois de juillet 2011 une enquête auprès des médecins généralistes en exercice en Haute-Normandie.

37% des généralistes de l'Eure y ont répondu.

Le questionnaire, joint en Annexe 3, s'inscrivait dans le cadre de la préparation du cahier des charges régional de la PDS. Il avait pour but de mieux appréhender les réalités locales et de recueillir les doléances des médecins libéraux. Les paragraphes qui vont suivre rapporteront les résultats de l'enquête.

Pour un souci de continuité dans le cadre de mon sujet, seuls les résultats de l'Eure seront exposés.

a) Les pratiques

- Participation à la PDS :

Dans l'Eure, 93% des médecins ayant répondu déclarent avoir participé aux gardes de PDS en 2010.

Parmi ceux-ci 19% participent également aux gardes de régulation.

En effet, dans l'Eure, l'ensemble des répondants qui participent à la régulation font également des gardes d'effecteur.

De plus, la régulation déportée dans l'Eure permet d'avoir 82% des régulateurs en milieu rural ou semi rural.

- Charge de garde :

Deux questions tentaient d'exprimer la charge de garde. Il s'agit d'informations déclaratives.

1) Le nombre de garde de semaine par an est en moyenne de 9 dans l'Eure avec des écarts allant de 6 à 22.

Il y a peu de différences entre les secteurs ruraux et urbains (8.9 versus 8 gardes de semaine).

2) Le nombre de gardes de weekend end par an est en moyenne de 2.5 dans L'Eure avec des écarts allant de 1.7 à 4.6.

- Arrêt des gardes :

A la question, « dans combien de temps souhaitez- vous cesser de prendre des gardes de PDS ? », la moyenne des répondants est de 7.4 ans mais la médiane est de 5 ans, ce qui signifie que la moitié des répondants souhaitent arrêter dans moins de 5 ans. Il n'y a pas de différences selon le sexe ou le cadre rural et urbain. Bien entendu, la perspective d'arrêt est corrélée à l'âge.

- Utilité des gardes :

A la question : « Quelle proportion d'actes effectués lors de la PDS estimez-vous justifiée (i.e. qui n'auraient pas pu attendre l'ouverture des cabinets) ?

La moyenne des réponses est de 45% pour la nuit et 48% pour le weekend end sans différence significative entre le rural et l'urbain.

b) Questions d'opinion

Sur certains points, les réponses obtenues sont quasiment unanimes : pour 90% des répondants, la garde doit s'arrêter à minuit. La régulation préalable des appels est indispensable pour 97%, 90% se disent satisfaits de l'organisation des gardes. Le paiement à l'acte est adapté aux actes délivrés en PDS (84%).

Une PDS des autres professionnels de santé n'est pas jugée nécessaire en semaine.

Par contre, un appui le weekend end surtout des chirurgiens dentistes et des kinésithérapeutes est estimé utile (87% versus 83%) mais aussi de façon moins marquée celui des infirmières (67%).

Les médecins de l'Eure sont :

- 1- Globalement satisfaits de l'organisation et de la régulation,
- 2- Opposés au point fixe de garde,
- 3- Peu enclin à un nouveau découpage.

En effet, malgré une densité médicale moindre, des secteurs de PDSA (EOLE) plus étendus, la charge de garde y est faible.

La majorité des répondants prennent encore de nouveaux patients 87%.

Le concept d'une organisation diurne de permanence d'accès aux soins régulée ne reçoit pas l'adhésion des répondants. Les arguments étant que, prenant encore de nouveaux patients, les médecins sont en mesure de réguler eux même leurs patientèle.

c) Synthèse

Dans cette étude, malgré l'implication et l'engagement des responsables de secteurs de PDS, le taux de réponse est resté relativement modéré.

De ce fait, l'argument du « biais de réponse » peut toujours être avancé pour invalider les résultats.

Quoi qu'il en soit, il apparaît globalement que les répondants sont attachés à l'organisation actuelle de la PDS dans l'Eure même si certaines améliorations peuvent être apportées.

4) Apport de l'organisation de l'Eure dans la PDSA

L'originalité ainsi que le côté novateur du dispositif de régulation de l'Eure réside dans :

1/ La possibilité pour le médecin régulateur libéral de réguler hors du Centre 15, déporté à son domicile.

2/L'absence de visites à domicile. En effet, le déplacement du prescripteur au domicile du patient ne dispense pas celui-ci de se rendre par la suite à la pharmacie de garde pour obtenir sa prescription.

3/ Un faible nombre de secteurs (réduits de 56 à 11) pour une population départementale de 577 000 habitants. Ce système permet ainsi de répondre en partie aux problèmes de démographie mais également de répondre et d'anticiper les exigences de la loi HPST.

4/ La dissociation des actes de soins et des actes administratifs : certificats de décès, de garde à vue ou d'hospitalisation d'office.

5/ La réduction de la pénibilité des gardes, les effecteurs retrouvant un confort de la garde lié à la présence d'un régulateur libéral.

6/ La possibilité pour le patient de trouver une réponse libérale à sa demande de soins.

5) Problématiques actuelles

a) Un budget revu à la baisse

Le montant des enveloppes régionales allouées en 2011 par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) pour le financement de la permanence des soins ambulatoires a été

largement réduit, de 10% environs au niveau national (69). Le budget de la PDSA est en diminution pour la moitié des régions de France.

En Haute Normandie, cependant, cette enveloppe a augmentée de 7.73%, par rapport au budget alloué en 2009. Ceci peut s'expliquer par le fait que le montant de l'enveloppe est un des plus faibles de France et de moitié ! (cf. Annexe 8)

b) La fragilité des secteurs à 5 ans et la désertification médicale

Résultats d'années de Numerus Clausus trop restrictives, la population médicale est vieillissante. Les départs à la retraite ne sont pas suffisamment compensés par l'arrivée des jeunes générations.

Devant la « désorganisation » et le poids des conditions d'exercice actuelles, les remplaçants tardent à s'installer ou se dirigent vers le salariat (70).

De ce fait, dans l'Eure, le nombre de médecins exerçant à 5 ans dans les EOLES de Gisors, Fleury/Andelle et Saint André de l'Eure seront respectivement de 13, 14 et 13 médecins pour une population de 29768, 26414 et 32653 habitants.

c) La cohérence des secteurs

Certains secteurs à l'activité très faible pourraient fusionner ou s'élargir, cependant les médecins libéraux se prononcent majoritairement pour le statu quo.

En effet, la sectorisation doit également prendre en compte des critères tels que la population concernée, la superficie du territoire et les délais d'accès à une structure d'urgence. Au regard des fragilités identifiées par les indicateurs démographiques, d'activité et d'organisation professionnelle, 4 types de secteurs de PDSA ont pu être identifiés selon leur plus ou moins grande fragilité (57) :

Les secteurs qui ne sont plus viables à court et moyen terme

* *Type 1* : grande fragilité démographique et d'activité, restructuration indispensable à court terme

Ce sont des secteurs dans lesquels les activités nocturnes sont inférieures ou proches de 1 effectif toutes les 3 nuits (première partie de nuit) et où l'activité de week-end est faible, inférieure à 5 actes par plage.

Ce secteur est de faible taille (162 km², soit 50 % du secteur moyen : 308 km²) et ne dispose pas d'une structure d'urgence, même si celle-ci est accessible à moins d'une demi-heure.

* *Type 2* : secteurs fragiles à moyen terme : démographie et activités : une restructuration est inévitable à terme

Ce sont des secteurs dont l'activité nocturne est constamment inférieure à 1 effectif (et le plus souvent à une effectif tous les 2 jours) et dont l'activité de week-end est comprise entre 5 et 10 effectifs par plage. Les praticiens sont moins de 20 à l'échéance de 5 ans et, le plus souvent, moins de 15. Le secteur couvre une surface inférieure à 203 km² (2/3 du secteur moyen).

Les secteurs viables qui sont consolidés

* *Type 3* : les secteurs standards

Les activités sont supérieures à une effectif nocturne et 10 à 50 effectifs le week-end. Le nombre de praticiens participant est supérieur à 20. Une structure d'urgence est présente dans le secteur dans près de 2/3 des cas et lorsqu'elle manque, l'accès est rapide.

* *Type 4* : Les secteurs urbains à forte spécificités

Le nombre de praticiens installés et participants y est important, mais le taux de participation à la PDSA est très faible (de l'ordre de 40 %). Les activités nocturnes sont

comprises entre 6 et 10 actes. Le weekend, ce sont en moyenne plus de 75 actes par permanence qui sont réalisés.

Dans l'Eure, l'EOLE 01-Gisors, EOLE 02-Fleury/Andelle, sont classés en type 2 et sont donc des secteurs fragiles à moyen termes.

Ces secteurs devront en conséquence proposer un projet de réorganisation dans un délai de deux ans et faire l'objet d'une recomposition qui sera actée lors de la prochaine révision du cahier des charges.

L'Assemblée générale d'ALAUME du 15 juin 2011, où 231 médecins étaient présents sur les 322 potentiels, avait décidé de ne pas modifier les secteurs, ni l'organisation de la PDS dans l'Eure. Cette décision avait été prise à l'unanimité moins deux voix.

Lors de la révision du cahier des charges par l'ARS en 2012, le secteur de Guichainville (ancienne EOLE 12), de moins de 20 000 habitants, ainsi que le secteur de Saint André de l'Eure (EOLE 5), secteurs considérés tous deux comme fragiles à moyen terme par l'ARS, ont été restructurés en une seule EOLE. Le secteur de Guichainville a été rattaché au secteur de Saint André au sein de l'EOLE 5 et cela sur proposition de l'association ALAUME.

Les autres EOLES sont classées en type 3 et font partie des secteurs standards.

6) Propositions d'amélioration de la PDSA

a) Eduquer et mieux informer la population

De plus en plus souvent, les patients demandent une réponse rapide, si ce n'est immédiate, à leurs demandes de visites ou de consultation.

Ces insertions dans le planning de consultations, constituent une astreinte pour les cabinets médicaux qui en viennent à assurer des prestations de service permanent qui ne correspondent pas à des impératifs médicaux de permanence des soins.

En effet, dans les centres 15, il a été constaté en 1997 que seuls 2,9 millions d'appels sur les 10,7 millions qui ont été enregistrés ont justifié l'intervention d'un médecin, soit un peu moins de 30% et que la croissance du nombre des appels augmente de 10% par an dans les grandes villes. (71)

Il existe donc apparemment un problème majeur d'information pertinente et d'éducation sanitaire des appelants. (72)

La formation et l'information des usagers au bon usage des recours au système de permanence des soins est complexe car les appels peuvent relever d'un « état de crise », de sentiments d'urgence ressentie. Ils peuvent aussi traduire des isolements, des enfermements psychologiques, des raptus diffus de mal-être qui n'ont pas trouvé d'écoute autrement. Mais ils peuvent aussi relever aussi d'une tendance consumériste affranchie de toute contrainte.

L'éducation sanitaire des appelants ne pourra pas reposer uniquement sur des messages faisant appel à la raison. Elle devrait comporter un volet d'écoute sur la souffrance psychique ou d'une sorte de souffrance sociale, avec les orientations médico-sociales qui en découleraient. Ne devrait-elle pas comporter aussi un volet de responsabilisation individuelle?

De plus, il convient d'instaurer un numéro unique dédié à la PDS, et de communiquer efficacement avec la population, afin que ce numéro soit connu comme le sont le 15 et le 18. Nombreux sont les gens qui ne connaissent pas l'existence du 112 numéro européen d'urgence par exemple. La messagerie de ce numéro pourrait, dans le même temps, diffuser des messages de pédagogie sur l'utilisation de l'organisation de la permanence des soins et des recours aux structures d'urgence.

En effet, il convient d'assurer, dans chaque zone géographique clairement identifiée, une bonne lisibilité des missions sanitaires de chaque structure de soins afin que les patients ne recourent pas à des structures lourdes pour des besoins simples.

Dans le département de l'Eure, une plaquette informative avec le numéro d'appel unique dans le département pour la permanence des soins est remise aux patients depuis 2004, distribuée par les médecins ainsi que par les services sociaux. (cf. Annexe 2)

Une nouvelle plaquette actualisée est prête à être éditée à l'initiative de l'association ALAUME mais en attente de financement.

Le numéro d'appel de la PDSA figure également sur les ordonnances des médecins de l'Eure participant à la PDSA.

b) Remotiver les médecins libéraux

Par le passé de nombreuses mesures ont été prises afin d'encourager les médecins à s'engager pour la PDS. On a modifié la nomenclature des actes dont les actes dits urgents, créé les plages horaires de nuit profonde, créé les majorations du dimanche et du samedi après-midi, rendu obligatoires les stages de 6 mois aux urgences afin de mieux armer les internes de médecine générale.

Il convient de poursuivre ces mesures incitatives au rang desquelles nous proposons la majoration du samedi matin, même si elle n'est pas officiellement sur les plages PDS, car bon nombre de cabinets sont fermés et renvoient purement et simplement vers les associations de PDS. Par ailleurs les gardes de Noël, Nouvel An et Pâques devraient avoir une rémunération spécifique, car ce ne sont pas des jours ou week-ends comme les autres et ils privent les médecins de garde de leurs familles. Ce sont par ailleurs des gardes particulièrement chargées qui s'inscrivent sur des périodes d'activité physiquement éprouvantes.

Egalement évoquée par l'ARS et juste à notre sens, la création d'une majoration concernant les secteurs isolés, dont les modalités restent à déterminer.

Les conditions d'exercice se sont dégradées au fil des années, liées en grande partie à la désaffection du secteur libéral, et constituent un frein à cette motivation. En l'espace de cinq ans seulement, nous sommes passés de quatorze médecins diplômés sur cent s'installant en libéral, à neuf actuellement (73). Ceci est encore plus marqué pour les secteurs ruraux.

L'obligation collective d'assurer les tableaux de gardes n'apparaît pas suffisante, car il n'y a que peu de marges de manœuvre pour « contraindre » à titre individuel certains médecins qui ne se sentent pas du tout concernés et refusent de prendre des gardes. Le résultat est néfaste pour tout le secteur concerné, car les autres médecins s'épuisent à remplir le tableau, ce qui majore également le risque de burn-out (74) et dégrade le climat de travail.

Les causes d'épuisement professionnel invoquées par les praticiens étaient organisationnelles et administratives (charge de travail élevée (75), poids des tâches

administratives, conflit avec les organismes sociaux) mais aussi relationnelles (demandes jugées excessives des patients et de leurs familles).

L'épuisement professionnel des médecins généralistes apparaît comme une réalité. La qualité de vie des praticiens qui en sont victimes semble significativement altérée et la littérature indique que des conséquences néfastes sur la santé de leurs patients pourraient en découler. (74)

Cependant, il faut noter une grande disparité entre les secteurs urbains et ruraux.

Suite au *numerus clausus* trop restrictif, la population médicale a vieilli et nombre de médecins installés dans les campagnes ne trouvent plus de successeurs.

Devant la diminution de l'effectif médical et la nécessité d'assurer une PDS, les médecins de ces secteurs ruraux ont du s'adapter.

Alaume est un des précurseurs de ce nouveau mode de PDS. Ce système permet de supprimer les gardes d'effecteurs en nuit profonde, améliorant considérablement le confort de vie des médecins. La sectorisation du territoire permet de diminuer le nombre d'effecteur tout en garantissant un accès aux soins à la population sur des distances moindres. Le régulateur de garde grâce au système SYPSS peut réguler de son domicile et apporter une réponse aux appels urgents à toutes heures de la nuit.

Ce système SYPSS conçu en collaboration avec les médecins libéraux répond en partie aux problèmes de démographie médicale et permet également de réduire le coût de la PDSA. Il semble très bien adapté aux secteurs ruraux.

De plus en plus de départements ruraux (environ une dizaine à ce jour) adhèrent à ce mode de fonctionnement pour le PDS : citons par exemple les départements de la Mayenne, l'Orne, la Sarthe, le Tarn, le Pas de Calais, la Nièvre, l'Yonne, l'Allier et la Haute Loire. (76 à 80)

c) Le repos de sécurité

Il est une des grandes avancées en milieu hospitalier et a certainement sauvé nombre de vies. Il s'agit d'encourager le repos de sécurité, ne serait-ce que d'une demi-journée en sortie de garde, afin que le médecin soit reposé quand il reprend les consultations de cabinet.

Ce serait dans l'absolu la meilleure façon de lutter contre la pénibilité du travail à la fois nocturne et diurne.

L'augmentation de la majoration en nuit profonde met en évidence la volonté des pouvoirs publics d'encourager le repos de sécurité. Cependant dans un contexte de pénurie de médecins généralistes, cela entraînerait une diminution de l'offre de soins le lendemain des gardes.

Par ailleurs si en cabinet de groupe cela paraît beaucoup plus envisageable, en cabinet isolé la solution risque vite de montrer ses limites.

d) L'exemple européen

Une étude comparée de l'organisation des systèmes d'urgence dans **dix pays européens** a été menée en 2002 à la demande de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Concernant la régulation des appels extrahospitaliers, l'Espagne, la France, l'Italie, le Portugal et la Norvège ont des centres de régulation individualisés pour les appels concernant l'aide médicale urgente et ce sont des opérateurs ou des permanenciers qui réceptionnent les appels.

Puis si l'appel concerne une situation médicale, il est ensuite obligatoirement régulé par un médecin qui décidera de la nature des moyens à mettre en place.

Dans les autres pays, l'Allemagne, la Belgique, la Finlande, le Royaume-Uni, et la Suède la régulation est faite par des opérateurs qui sont des civils ou des infirmières ayant reçu une formation spéciale. Il n'y a pas de médecin dans l'enceinte des lieux de réception des appels.

Aucun pays ne dispose de critères de régulation nationaux mais il existe des protocoles pour chaque région en Espagne et pour chaque centre dans les autres pays. (81)

VI CONCLUSION

La Permanence des soins est une mission de service public destinée à répondre aux demandes de soins non programmés ne relevant pas des urgences vitales.

Elle fait l'objet d'évolutions continues depuis de nombreuses années afin de s'adapter au mieux aux difficultés qu'elle peut rencontrer.

On est d'ailleurs frappé par le nombre de rapports, de commissions, de missions parlementaires sur la permanence des soins en France ce qui contraste avec le peu de moyens accordés pour sa mise en œuvre.

Peu de moyens, pour ceux qui portent la PDS sur leurs épaules depuis des dizaines d'années, les médecins généralistes libéraux répartis sur tout le territoire français.

L'état des lieux de la permanence des soins en France donne un instantané des évolutions incessantes de l'organisation de la permanence des soins et ouvre des perspectives d'amélioration d'un dispositif mis en œuvre par les médecins dans l'intérêt des patients.

Les Agences Régionales de Santé, garantes de l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, ont reçu la responsabilité de l'organiser en association, comme la loi le prévoit, avec l'Ordre des médecins et les organisations professionnelles.

Le système de PDSA apparaît comme une pièce maîtresse des soins non programmés, permettant notamment de désengorger les services d'urgences d'actes relevant de la médecine générale.

Il est donc nécessaire de développer une certaine coopération dans la prise en charge hospitalière ou ambulatoire des soins non programmés.

L'analyse de la PDS dans l'Eure montre qu'elle remplit actuellement bien sa mission. Elle concentre ses efforts auprès des particuliers, principalement durant les week-ends et en début de nuit. Par ailleurs, elle gère efficacement les pics d'activité en période hivernale et printanière.

La régulation médicale y tient une place centrale car grâce à son activité de conseil et la future télé prescription, elle permet de diminuer par deux le nombre d'actes effectués par les médecins de garde.

Afin de confronter cet état des lieux avec le ressenti des acteurs de terrain, nous avons étudié une enquête URPS auprès des médecins généralistes qui met en évidence un fonctionnement satisfaisant des secteurs de garde. Les médecins de l'Eure sont globalement satisfaits de l'organisation et de la régulation, opposés au point fixe de garde, peu enclin à un nouveau découpage.

Les médecins de l'Eure ont pris en main le système de PDS permettant une amélioration de leur qualité de vie, une diminution des actes en nuit profonde dans le but d'attirer de jeunes médecins dans un contexte de démographie médicale très défavorable surtout dans les secteurs ruraux.

Bien qu'elle ne révèle pas de dysfonctionnements, elle met tout de même en évidence une certaine fragilité. La moitié des médecins participant à la PDS actuellement souhaite partir en retraite dans les 5 ans à venir.

Les problématiques que rencontrent la permanence des soins ne sont pas toutes spécifiques à notre région et sont le reflet de l'évolution de notre société. Les nouvelles générations aspirent à une meilleure qualité de vie et d'exercice professionnel, qu'elles n'entrevoient pas forcément en libéral. Les médecins installés eux-mêmes s'épuisent à assurer les gardes de nuit et les consultations de jour.

A l'avenir, la permanence des soins ambulatoires, sous l'égide de l'ARS, chargée d'unifier et de simplifier son pilotage, continuera d'évoluer afin de s'adapter au contexte actuel et d'assurer la pérennité de l'activité de PDSA.

VII) ANNEXES

ANNEXE 1 Classification Internationale des Soins Primaires (CISP)

Document édité par la WONCA (81) (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians), l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes (OMG).

ICPC-2 - French International Classification of Primary Care - 2 nd Edition Wonca International Classification Censitaire (CICPC)	Sang, syst. hématop/ immunosol. B	Oeil	F	Ostéo-articulaire L
Procédure	Syst. Digestif D	Oreille H		Neurologique N
Général et non spécifié A	Codes Procédure	Cardio-vasculaire K		
SYMPTÔMES ET PLAINTES	SYMPTÔMES ET PLAINTES			
INFECTIONS	INFECTIONS			
NÉOPLASIES	NÉOPLASIES			
TRAUMATISMES	TRAUMATISMES			
ANOMALIES CONGÉNITALES	ANOMALIES CONGÉNITALES			
AUTRES DIAGNOSTIQUES	AUTRES DIAGNOSTIQUES			

CONTRAT DE RÉGULATION (2007)

1. La régulation est effectuée par un nombre limité de 60 médecins en référence au cahier des charges départemental.
2. Chaque médecin accepte une formation initiale à la régulation et à une remise à niveau annuelle organisée en interne et indemnisée. Cette formation concerne la prise en charge des appels et la maîtrise de l'outil informatique. L'association ALAUME ne pourra pas être tenue pour responsable d'une mauvaise utilisation de l'outil informatique ou du non-respect des procédures par le médecin régulateur. Celui-ci participe à l'évaluation régulière de l'activité.
3. L'activité de régulation ne pouvant être exclusive, il est demandé aux régulateurs de limiter le nombre de gardes à 20 gardes par an et d'en effectuer au moins 6 par an.
4. Le règlement des vacances de régulation sera effectué mensuellement par la CPAM de l'Eure exception faite des vacances du samedi après-midi : dans l'attente des textes réglementaires intégrant cette période aux horaires de permanence de soins, ces vacances sont réglées par ALAUME.
5. Tout médecin inscrit au premier janvier sur un tableau annuel de garde est tenu d'assurer ses gardes ou à leur trouver un remplaçant. En cas de changement ou d'échange de garde, le régulateur devra prévenir les responsables du tableau de garde 12 heures au moins avant le début de celle-ci.
6. Chaque médecin acceptant de réguler hors du Centre 15 s'engage à posséder un ordinateur, à être équipé d'une ligne téléphonique fixe avec l'ADSL et d'une 2ème ligne, fixe ou mobile GSM, en cas de défaillance de la première ligne. L'association s'engage à prendre en charge une partie de son abonnement à l'ADSL. (22 euros/mois).
7. **Le médecin régulateur** devra avant sa garde s'enquérir auprès de la /du permanencière(e) PARM des dernières évolutions du tableau de garde et des consignes fournies par les médecins effecteurs, idéalement en se faisant faxer le tableau amendé par le Centre 15.
8. **Le médecin régulateur** doit s'assurer en début de permanence qu'il peut être joint par le Centre 15 ou par le standard téléphonique qui lui renvoie les appels et fournir un numéro de téléphone portable de secours.
9. Sa responsabilité professionnelle est engagée par l'appel qui lui est transmis.
10. " Pendant leur tour de garde, les médecins qui assurent la permanence des soins restent disponibles et tiennent le centre de réception et de régulation des appels médicaux informé du début et de la fin de chacune de leurs interventions ". (Art.16 du Décret n°87-1005 du 16 Décembre 1987). Si le médecin effecteur qui a reçu une demande de soins transmise par le médecin régulateur est tenu d'informer en retour celui-ci du devenir du patient en complétant la partie de la fiche patient qui lui est transmise par le système informatique, **le médecin régulateur** par la maîtrise de son outil informatique aura comme priorité l'orientation précise du patient: lieu de consultation et horaire de consultation, conformément aux procédures arrêtées. Par conséquent, un patient signalé non vu par l'effecteur devra être rappelé par le permanencier.
11. ALAUME ne pourra être tenue pour responsable de l'utilisation incomplète ou inadaptée des procédures.

12. Même si l'activité de régulation des appels est couverte par une assurance de groupe (ALAUME a souscrit un contrat groupe auprès de GMP, 34, Bd de Courcelles 75809 PARIS cedex 17), **le médecin régulateur** se sera assuré auprès de son assureur privé de la validité de son contrat responsabilité civile professionnelle.
13. Le **médecin régulateur** adhère aux bonnes pratiques confraternelles et est tenu à l'observance du Code de Déontologie.
14. Les différends pouvant surgir entre médecins régulateurs concernant l'organisation de la régulation seront réglés par le Conseil d'Administration d'ALAUME.
15. En dehors de ces situations, les différends pouvant survenir entre médecin régulateur et médecin effecteur, ou entre médecins régulateurs d'ALAUME peuvent trouver une solution amiable au sein du Conseil d'Administration d'ALAUME. En cas d'échec, une médiation sera demandée au Conseil Départemental de l'Ordre.
16. Un différend survenant entre un médecin régulateur ou un permanencier du SAMU et un médecin régulateur d'ALAUME sera réglé par une concertation entre responsables du SAMU et d'ALAUME s'il dépasse l'évaluation normale de l'activité conjointe.
17. L'adhésion à ALAUME est conditionnée au versement d'une cotisation annuelle dont le montant est fixé à deux consultations ; tout candidat à la régulation doit être de fait membre d'ALAUME et accepter ce règlement.
18. Ce contrat est valable un an, tacitement renouvelable. Il pourra être modifié chaque année si des changements dans le fonctionnement de la régulation le justifient. Le Conseil d'Administration d'ALAUME aura pouvoir de le représenter aux adhérents pour signature.
19. Tout manquement à l'un des articles de ce règlement, par les conséquences qu'il impliquerait, peut entraîner la radiation à l'exercice de la régulation. Le Conseil d'Administration d'ALAUME sera compétent pour décider de cette radiation.

Fait le _____ en deux exemplaires.

Pour ALAUME _____ le **Médecin** volontaire à réguler

Le président :

Docteur (nom, prénom) :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Fournisseur d'accès ADSL :

Signature :

Signature

(Précédée de « lu et approuvé ») :

Le contrat des régulateurs est un règlement intérieur destiné à améliorer le fonctionnement de la régulation et faciliter les relations entre les régulateurs.

Du côté de votre armoire à pharmacie...

L'appel du médecin régulateur libéral peut donner lieu à un conseil médical qui pourra s'appuyer sur les médicaments dont vous disposez.

Parlez-en avec votre médecin traitant.

Parlez-en avec votre pharmacien.

Assurez-vous à l'avance avec eux que votre armoire à pharmacie familiale contient des médicaments adaptés les plus nécessaires et non périmés.

En collaboration avec l'Agence Régionale de santé (ARS) le conseil départemental de l'Ordre des médecins et l'Association des médecins Libéraux pour l'Aide aux Urgences Médicales de l'Eure (ALAUME)

Comment ça marche ?

Vous avez besoin d'un médecin ? N'encombrez pas le service des urgences des hôpitaux. Plusieurs choix s'offrent à vous, selon le jour et l'heure de votre demande.

Semaine, en journée
En semaine, de 8 h à 20 h appelez votre médecin traitant .

Nuit, week-end et jours fériés
De 20 h à 8 h du matin en semaine et du samedi 12 h au lundi matin 8 h, ainsi que pendant les jours fériés, vous pouvez contacter un médecin au 02.32.33.32.32 il vous donnera la réponse la plus adaptée à votre situation.

Si il s'agit d'une urgence grave et seulement dans ce cas contactez le SAMU en composant le 15, ceci 24 h sur 24.

Mise en place du dispositif jour et information du public

<p>ARS Agence Régionale de Santé</p>	<p>ALAUME Association des Médecins Libéraux pour l'Aide aux Urgences Médicales de l'Eure</p>	<p>Ordre des Médecins Libéraux de l'Eure</p>
--	--	--

ars

ALAUME

Ordre des Médecins Libéraux de l'Eure

15

ars

ALAUME

Nuit, week-end, jours fériés... Une réponse médicale

Le 02.32.33.32.32 comment ça marche ?

La nuit : de 20 h à 8 h le lendemain matin

Le week-end : du samedi 12 h au lundi matin 8 h

Les jours fériés : de la veille à 20 h au lendemain matin 8 h

Le département de l'Eure a été le premier département français à avoir mis en place cette organisation indispensable pour assurer la meilleure prise en compte des urgences et des demandes de soins imprévues la nuit, le week-end et les jours fériés.



En composant le 02.32.33.32.32 votre demande est prise en compte par votre interlocuteur qui va définir l'intervention la plus adaptée à votre besoin.





Il s'agit d'une urgence grave je vous réoriente vers le 15 qui adaptera à votre cas ses moyens matériels: pompiers, ambulance ou les équipes médicales du SAMU.



Je ne remarque pas d'élément de gravité je vous pose le médecin généraliste régulateur qui vous conseillera et vous orientera si nécessaire vers le cabinet de garde de votre secteur.



ANNEXE 4

Fiche patient : champ PARM, régulateur et effecteur libéral

P A R M

Fiche 201006260073 Heure d'appel 15:36 Tél Requérant * 0678101819

Fiche liée * Origine appel * Médecine généra

Expression demande *
 mordre par un chien au nvi de epaule gauche sur les cote
 pas de douleur
 respire bien
 est vaccine

Niveau 1 ou 2 * Renseignement administratif * Abandon *

Commune patient * Le Vaudreuil

Zone * Eole 07 Médecin zone * LANIC Jean Marie
 02.35.23.16.17 45, Rte de Lyons Igoville Pharmacie proche patient *
 Pharmacie proche pat. & eff. *

Zone retenue * Eole 07 Médecin retenu * LANIC Jean Marie
 02.35.23.16.17 45, Rte de Lyons Igoville

Nom de l'appelant * Durand Consigne *
 Nom du patient * Durand Adresse *

Sexe * M Age * 16 ans * mois * semaines *

Transporteur contacté * Heure transmission * Heure arrivée *

Patient non venu *

Nouvel état Terminé

Régulateur

Interrogatoire * IDEM

Niveau 1 ou 2 * Conseil * VOIR MED DE GARDE

Niveau 4 * Recours transporteur *
 Epidémie en cours * Appels les plus fréquents *

Effecteur Libéral

Diagnostic succinct * Plaie propre; soins locaux
 Donné antalgiques

Niveau à postèriori * 3 Résolution *
 Epidémie en cours * Problème résolu par la consultation
 Problème non résolu par la consultation
 Patient adressé à l'hôpital

Nouvel état Terminé Consultation effecteur hospitalier *

Etat	Le
Ouvert	26/06/10 15:36
Transmis Régulateur	26/06/10 15:38
Transmis Effecteur R	26/06/10 15:55

statistiques 2011

2011	mois	nb fiches	niveau	transmis régulier	transmis effecteur	information	conseil	transp	trdh 8h	trdh 20h	tr 20h 24h
	janvier	3636	14	2399	1935	51	1724	48	14	23	+
	février	2635	10	1805	1259	26	1149	33	9	12	12
	mars	2404	12	1670	1051	25	1133	38	11	12	15
	avril	2742	16	1859	1320	54	1199	37	8	16	13
	mai	2364	8	1703	1013	47	1152	30	4	15	11
	juin	3003	14	1989	1417	38	1305	41	12	22	7
	juillet	2652	15	1884	1114	27	1385	41	4	19	18
	août	1927	9	1309	815	39	1066	52	11	21	20
	septembre	1971	7	1422	828	18	924	32	7	16	9
	octobre	2698	12	1799	1304	28	1123	52	20	20	16
	novembre	3013	16	2008	1388	43	1380	33	5	16	12
	décembre	2801	8	1935	1196	34	1477	41	14	17	10
	total	32066	142	21812	14640	428	15017	478	119	209	154

2011		transmis effecteur /parm	consultation effecteur hospitalier			
mois	nb fiches		total	8h/20h	20h/24h	0h/8h
janvier	3856	1151	193	86	71	36
février	2635	617	148	62	47	39
mars	2404	516	184	69	76	39
avril	2742	631	208	97	63	48
mai	2364	422	156	41	62	53
juin	3003	1016	199	83	73	43
juillet	2652	493	174	68	81	25
août	1927	378	127	58	44	25
septembre	1971	338	128	41	44	43
octobre	2698	608	182	44	59	79
novembre	3013	681	179	106	38	35
décembre	2801	540	197	55	76	66
total	32066	7391	2075	810	734	531

activité régulateur

Synthese	Tranche : 0h-04h	Tranche : 04h-08h	Tranche : 08h-12h	Tranche : 12h-16h	Tranche : 16h-20h
Janvier	234	187	319	435	399
Février	188	121	220	301	265
Mars	174	146	183	269	293
Avril	176	118	248	330	318
Mai	159	127	212	310	311
Juin	174	180	334	363	363
Juillet	183	114	256	344	328
Août	121	91	152	288	240
Septembre	140	110	208	281	208
Octobre	188	120	226	328	301
Novembre	188	162	353	384	341
Décembre	200	155	320	410	300
Total	2108	1581	2070	3994	3763

0h	01h	02h	03h	04h	05h	06h	07h	08h	09h	10h
54	68	88	42	35	34	37	51	70	105	95
63	63	38	54	27	18	31	45	48	74	48
71	38	31	36	28	25	27	56	36	48	58
62	42	41	30	27	12	21	58	39	30	67
61	63	35	20	17	20	26	64	48	58	52
66	42	40	28	19	33	41	67	77	91	98
60	40	38	25	18	19	31	46	54	85	68
46	27	29	22	17	14	26	34	29	48	44
48	38	28	30	20	26	19	46	67	64	51
68	66	37	30	18	21	23	60	38	74	62
77	42	27	21	26	24	35	67	100	104	95
72	49	63	48	25	40	32	68	55	61	62
745	558	442	363	275	285	349	672	691	873	784

activité régulateur

Tranche: 20h-24h	Total
765	2199
600	1805
618	1670
074	1059
284	1703
615	1989
679	1804
465	1309
482	1422
635	1799
600	2008
627	1935
7386	21812

11h	12h	13h	14h	15h	16h	17h	18h	19h	20h	21h	22h	23h
104	144	93	116	79	100	103	98	92	316	197	181	112
48	109	86	64	62	94	67	64	60	341	181	121	77
41	67	14	63	66	64	77	66	60	265	163	103	98
58	66	88	74	70	82	83	80	73	289	159	123	103
33	101	60	71	79	69	72	74	75	238	162	101	83
67	115	89	64	75	79	97	90	89	246	154	119	96
50	127	74	69	74	78	68	85	87	269	173	136	86
39	76	60	52	61	55	61	57	62	206	125	102	62
31	77	80	62	62	63	62	61	60	207	117	88	80
41	108	79	77	87	76	70	86	75	246	163	130	97
64	123	97	89	88	88	82	96	78	270	136	107	97
42	132	82	82	84	101	78	63	57	269	188	109	91

622 1277 951 912 854 968 957 963 874 3061 1877 1412 1046 21812

Tableaux activité des effecteurs 2011

mensuel

	Ecole 01	Ecole 02	Ecole 03	Ecole 04	Ecole 05	Ecole 06
janvier	102	96	220	154	108	239
février	55	69	90	104	72	156
mars	61	43	106	90	78	159
avril	94	81	132	102	99	174
mai	55	67	107	88	62	143
juin	93	91	140	113	79	188
juillet	60	64	118	107	80	123
août	47	64	97	99	51	68
septembre	46	65	91	68	55	113
octobre	87	60	117	101	78	174
novembre	75	97	149	109	83	210
décembre	23	54	117	96	88	169
total	844	906	1495	1210	933	1956

Ecole 07	Ecole 08	Ecole 09	Ecole 10	Ecole 11	Ecole 12	renseil
273	124	197	144	191	85	
176	83	112	168	148	48	
247	58	92	82	91	26	
292	78	114	109	128	27	
139	74	101	58	96	23	
182	93	149	104	116	40	
152	51	128	80	98	54	
121	62	87	38	68	23	
109	53	77	59	75	17	
177	125	128	82	137	63	
190	85	124	93	116	57	
137	84	102	126	104	32	4
2000	944	1412	1101	1362	473	4

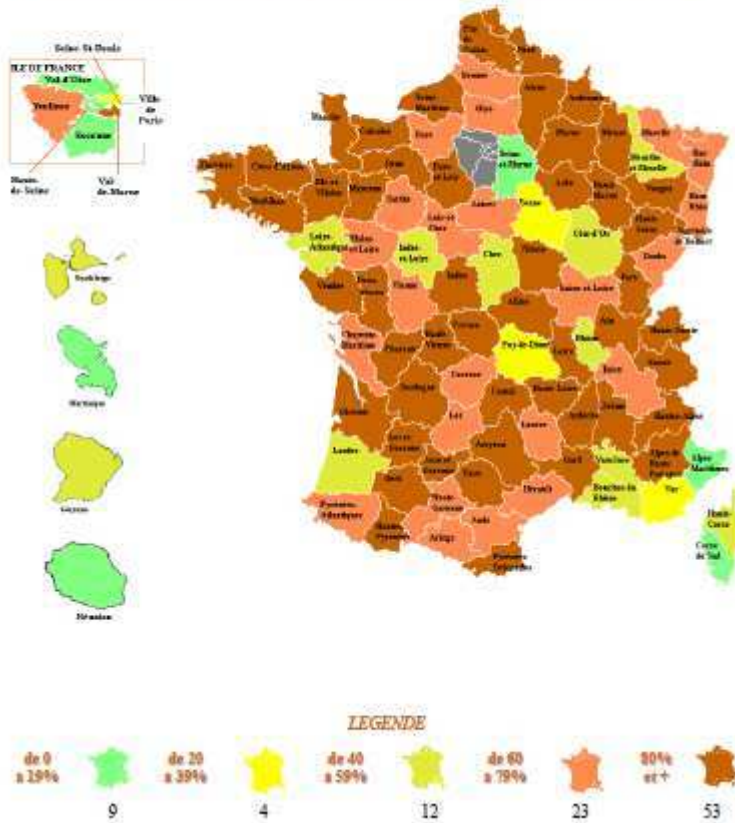
total	WEP/11M	factures/total	semaine	nb jours	semainb actes/n
1025	1100	107,32%	157	21	7,48
1255	1345	107,14%	114	20	5,70
1051	929	87,44%	132	23	5,73
1320	1889	142,66%	151	20	7,55
1013	873	86,18%	140	22	6,36
1417	1064	75,02%	153	20	7,51
1114	985	88,42%	129	20	6,43
815	686	84,17%	129	22	5,86
1128	706	62,59%	112	22	5,09
1304	1180	90,49%	124	21	5,90
1388	1282	92,36%	106	20	5,03
1136	1082	95,25%	134	22	6,09
14640	13049	89,19%	1581	253	6,24

ANNEXE 6

Participation des médecins généralistes à la PDS au 1^{er} janvier 2012



LA PARTICIPATION DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES
À LA PERMANENCE DES SOINS AU 1^{ER} JANVIER 2012



2 METHODE

Décembre-janvier : Réalisation d'un questionnaire à l'intention des médecins par un groupe de travail puis validation par deux conférences téléphoniques avec les responsables d'Eole les 24 et 25 janvier 2011, puis le 10 février lors d'une présentation à l'ensemble des responsables des secteurs de PDS de Seine- Maritime au CROM.

Mars 2011, envoi de 1 698 questionnaires avec un courrier à l'ensemble des Médecins généralistes de Haute-Normandie accompagnés d'une enveloppe T et mise en ligne du questionnaire sur le site de l'URPS. (Annexe 2)

Les 28 mars et 12 avril 2011, deux envois de rappel auprès des responsables de secteurs de PDS et d'Eole pour relancer l'enquête qui est clôturée le 30 avril 2011.

Les questionnaires ont été saisis à l'URPS-Médecins sur logiciel Excel®

3 RESULTATS

3.1 Participation à l'enquête

Sur 1 696 questionnaires envoyés aux médecins généralistes en exercice en Haute-Normandie, y compris les MEP (fichier de l'URPS-médecins) :

- 26 ont répondu qu'ils n'étaient pas concernés par l'enquête exerçant exclusivement en MEP
- 30 ont refusé de répondre au questionnaire
- 575 ont répondu dont 26 via le questionnaire en ligne.

Le taux de participation est légèrement supérieur dans l'Eure (163/441 ; 37,0%) qu'en Seine Maritime (337/1229 ; 27,4%) ($p < 0,03$)

La différence est encore plus significative entre les secteurs ruraux (320/830 ; 38,5%) et les secteurs urbains (180/827 ; 21,8%) ($p < 0,001$)

La répartition des répondants par sexe (27% de femme) et par âge (32% < 50 ans, 47% entre 50 et 60 ans et 21% > 60 ans) n'est pas significativement différente de la population des médecins généralistes de Haute Normandie.

3.2 La permanence des soins

a) Les pratiques

Participation à la PDS :

Il y a de toute évidence un biais de réponse, les « non participants » répondant probablement moins à l'enquête

A la question : « Avez-vous participé en 2010 aux gardes de PDS ? »

- La réponse est « oui » pour 87% des répondants, 93% pour l'Eure et 83% en Seine Maritime ($p < 0,002$)
- Une différence significative entre les Urbains (77%) et les ruraux ou semi ruraux (93%), les moins de 60 ans (89%) et les plus de 60 ans (78%). Pas de différence selon le sexe.

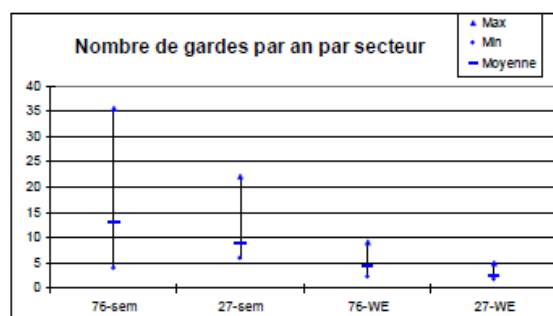
A la question : « Avez-vous participé en 2010 aux gardes de Régulation? »

- La réponse est « oui » pour 14% des répondants, (19% pour l'Eure et 12% en Seine Maritime (ns).)
- La régulation déportée dans l'Eure permet d'avoir 82% des régulateurs en milieu rural ou semi rural alors qu'ils ne sont que 32% en Seine Maritime. ($p < 0,002$)
- Dans l'Eure, l'ensemble des répondants qui participent à la régulation font également des gardes d'effecteur. En Seine Maritime 1/3 des répondants qui participent à la régulation ne font pas de garde d'effecteur.
- Dans l'Eure, les femmes représentent 9% des régulateurs alors qu'elles sont 30% en Seine Maritime. (ns)

Charge de garde :

Deux questions tentaient d'exprimer la charge de garde. Il s'agit d'informations déclaratives.

- 1) *Nombre de garde de semaine par an* : La moyenne régionale est de 11,5 plus importante en Seine Maritime 13 [4-35] que dans l'Eure 9 [6-22]. La différence entre rural et urbain est plus importante en Seine Maritime [15,5 vs 10,8] que dans l'Eure [8,9 vs 8,0]
- 2) *Nombre de garde de week end par an* : La moyenne régionale est de 3,8 plus importante en Seine Maritime 4,5 [2,1-9,0] que dans l'Eure 2,5 [1,7-4,6]



Remplacement pour les gardes :

A la question : « Vous faites vous remplacer pour vos gardes ? »

- 30% des répondants se font remplacer (19% dans l'Eure et 35% en Seine maritime (ns))
- Il n'y a pas de différence significative selon le sexe, l'âge ou plus étonnamment selon le cadre (urbain, semi-rural, rural). Il y a probablement un biais de réponse, certains médecins « urbains » se font systématiquement remplacer pour les gardes et n'ont probablement pas répondu à l'enquête.

Poursuite des visites non régulières :

A la question : « Vous effectuez des visites auprès de vos patients durant les horaires de garde alors que vous n'êtes pas de garde »

- 44% des répondants le confirme avec une différence significative entre la Seine Maritime (51%) et l'Eure (29%) ($p < 0,01$).
- Il semblerait que les visites soient plus fréquentes en milieu urbain (52%) qu'en milieu rural ou semi rural (38%) ($p < 0,03$).
- Ces visites sont « exceptionnelles » pour 60% de ceux qui en font.

Arrêt des gardes :

A la question « Dans combien de temps souhaitez-vous cesser de prendre des gardes de PDS ? »

- La moyenne est de 7,4 ans mais la médiane de 5 ans (C'est à dire que la moitié des répondants souhaitent arrêter dans moins de 5 ans). Il n'y pas de différence selon le sexe, le département ou le cadre (rural/urbain).
- Bien entendu, la perspective d'arrêt est corrélée à l'âge.

Utilité des gardes :

A la question : « Quelle proportion d'actes effectués lors de la PdS estimez-vous justifiée (c.a.d qui n'auraient pas pu attendre l'ouverture des cabinets) ? »

- La moyenne des réponses est de 45% pour la nuit et 48% pour le week end sans différence significative entre le rural et l'urbain, la Seine Maritime ou l'Eure, la Garde en Maison médicale ou au cabinet.

Ces résultats sont confortés par les responsables de secteurs lors des rencontres qui témoignent de nombreux actes ne relevant pas de la PDS.

b) Questions d'opinion

Pour simplifier la présentation des questionnaires d'opinion, les résultats sont présentés en proportion de « plutôt favorable » qui regroupe les réponses « oui » et « plutôt oui » sur l'ensemble des répondants.

Les résultats Eure, Seine Maritime et Haute-Normandie sont présentés. L'analyse est faite en stratifiant systématiquement par

- Département
- Sexe
- Tranche d'âge
- Lieu d'exercice (Rural/semi rural/urbain)
- Présence ou pas d'une Maison médicale de garde (MMG)

Seules les différences significatives sont signalées.

L'opinion plutôt favorable	HN	76	27	Remarques
La participation à la PDS doit rester basée sur le volontariat :	64%	65%	62%	Opinion relativement homogène sans différence entre les acteurs. A noter probablement un biais de réponse. Ceux qui participent sont parfois irrités par la non participation des confrères et peuvent remettre en cause le « volontariat »
J'accepte de faire mes gardes dans un lieu dédié (maison de garde):	62%	75%	34%	Différence nette entre les départements mais surtout en fonction de la présence ou pas d'une maison médicale de garde (MMG). Là où il y en a une, 93% sont favorables alors que seuls 40% seraient plutôt favorable là où il n'y en a pas.
Un nouveau découpage des territoires de garde vous paraît utile pour coïncider avec les organisations des autres professions de santé	39%	43%	32%	Opinion homogène. A noter que là où il y a une MMG 54% des répondants sont favorables vs 34% là où il n'y en a pas (p<0,003)
Un nouveau découpage des territoires de garde vous paraît utile pour élargir la participation des praticiens à la garde et réduire la fréquence des gardes	53%	61%	40%	Différence significative entre les départements (p<0,001) mais aussi entre les urbains (favorables à 67%) et les autres (50%) (p<0,004) et la présence du MMG (67% vs 48%).
La garde doit s'arrêter à minuit.	87%	86%	90%	Avis relativement unanime.
Je suis satisfait de l'organisation des gardes.	82%	79%	90%	Satisfaction globale, significativement meilleure dans l'Eure. (p<0,001). Pas d'autres facteurs par ailleurs
Je serais disposé à participer au tour de garde dans un secteur limitrophe.	18%	19%	16%	Opinion unanime, globalement peu disposés à faire des gardes ailleurs.
Une garde infirmière est utile la nuit	19%	24%	8%	Globalement jugée peu utile sans différence significative
Une garde infirmière est utile le week-end	69%	70%	67%	Globalement jugée utile sans différence significative
Une garde des kinésithérapeutes est utile la nuit	11%	11%	10%	Globalement jugée peu utile sans différence significative
Une garde des kinésithérapeutes est utile le week-end.	83%	84%	83%	Globalement jugée utile sans différence significative
Une garde des chirurgiens dentistes est utile la nuit	16%	16%	16%	Globalement jugée peu utile sans différence significative
Une garde des chirurgiens dentistes est utile le week-end	85%	86%	87%	Globalement jugée utile sans différence significative
La garde des pharmacies est satisfaisante	80%	77%	86%	Différence significative entre l'Eure et la Seine Maritime alors que globalement les répondants sont plus satisfaits en milieu urbain (86%) qu'en milieu rural (76%). La présence d'une MMG n'influence pas la satisfaction. A noter une différence nette entre le milieu rural dans l'Eure satisfait à 88% et en Seine Maritime (65%).
La régulation préalable des appels est indispensable.	96%	96%	97%	Avis unanime sans différence significative
La régulation préalable des appels doit être améliorée	50%	60%	29%	Plus grande insatisfaction en Seine Maritime que dans l'Eure. (p<0,001). En Seine Maritime, les répondants faisant des gardes en MMG sont moins satisfaits (58%) que les autres (38%)
Le paiement à l'acte est adapté aux actes délivrés en PDS	82%	81%	84%	Pas de différence entre département, toutefois, ceux qui travaillent en MMG sont moins attachés au paiement à l'acte (77%) que les autres (87%).
Le montant d'indemnisation de l'astreinte est suffisant	45%	46%	45%	Avis homogène sans différence significative

3.3 La Continuité des soins

a) Les pratiques

	HN	76	27	Remarques
Vous prenez un remplaçant durant vos congés :				
– Systématiquement	32%	33%	28%	Les raisons invoquées pour ne jamais prendre de remplaçant sont les difficultés pour en trouver, surtout dans l'Eure. Il n'y a pas de différence selon le milieu rural ou urbain.
– Parfois	6%	6%	6%	
– Quand j'en trouve	33%	37%	25%	
– Jamais	31%	27%	42%	
Si Non :				
– Vous informez vos confrères de vos dates de congés :	69%	73%	62%	Pas de différence significative sur l'information des confrères.
– Vous orientez vos patients vers un confrère durant vos congés :	71%	73%	69%	Pas de différence significative sauf dans les milieux urbains où il semble plus facile d'orienter le patient (78% vs 67% ; p<0,03)

b) Questions d'opinion

L'opinion plutôt favorable	HN	76	27	
Vous concertez vous avec vos confrères pour prendre vos congés ?	64%	68%	54%	Une différence significative entre le 27 et le 76. Pas de différence entre urbains et ruraux
Êtes-vous prêts à déclarer vos périodes de congés à un organisme régulateur ?	26%	29%	22%	Avis homogène sur le sujet.
Vous estimez vous tenus d'orienter vos patients durant vos congés ?	72%	76%	64%	Pas de différence significative
Vous sentez vous responsables de la continuité des soins de vos patients en votre absence ?	82%	86%	76%	Idem

3.4 L'accès aux soins

a) Les pratiques				
	HN	76	27	
Prenez vous des nouveaux patients ? :	85%	85%	87%	Pas de différence significative sauf les > 60 ans qui en prennent moins que les autres (75% vs 87%)
Si Non, Pouvez vous orienter les patients que vous ne pouvez prendre ?	51%	53%	44%	Pas de différence significative

b) Questions d'opinion

L'opinion plutôt favorable				
	HN	76	27	
Si une régulation préalable des appels est étendue à la journée, accepteriez-vous le principe de participer à une réponse organisée dans votre secteur et à partir de vos cabinets aux demandes de consultations urgentes ?	34%	39%	25%	Pas de différence significative selon le sexe, l'âge ou le secteur urbain ou rural. Au Havre, où cela se pratique : 61% des répondants sont favorables. (p<0.0002)

ANNEXE 8

Montant enveloppe rémunération forfaitaire PDSA 2011 / 2009

REGIONS	MONTANT ENVELOPPE REMUNERATION FORFAITAIRE PDSA 2011	MONTANT ENVELOPPE REMUNERATION FORFAITAIRE PDSA 2009	VARIATION €	VARIATION %
ALSACE	5 399 220 €	5 467 271 €	-68 051 €	-1,24%
AQUITAINE	10 984 592 €	11 479 683 €	-495 091 €	-4,31%
AUVERGNE	6 517 442 €	6 789 152 €	-271 710 €	-4,00%
BOURGOGNE	5 221 143 €	4 747 494 €	473 649 €	9,98%
BRETAGNE	7 571 288 €	7 274 580 €	296 708 €	4,08%
CENTRE	4 956 984 €	4 148 761 €	808 223 €	19,48%
CHAMPAGNE-ARDENNE	2 966 264 €	2 688 712 €	277 552 €	10,32%
CORSE	1 063 812 €	967 102 €	96 710 €	10,00%
FRANCHE-COMTE	5 087 309 €	5 274 728 €	-187 419 €	-3,55%
ILE-DE-France	6 883 378 €	5 512 204 €	1 371 174 €	24,88%
LANGUEDOC-ROUSSILLON	7 095 230 €	6 924 661 €	170 569 €	2,46%
LORRAINE	8 283 735 €	8 472 802 €	-189 067 €	-2,23%
MIDI-PYRENEES	13 529 086 €	14 046 664 €	-517 578 €	-3,68%
NORD-PAS-DE-CALAIS	8 396 848 €	8 746 717 €	-349 869 €	-4,00%
BASSE-NORMANDIE	2 066 535 €	2 035 452 €	31 083 €	1,53%
HAUTE-NORMANDIE	2 850 499 €	2 645 933 €	204 566 €	7,73%
PICARDIE	4 670 809 €	4 246 190 €	424 619 €	10,00%
POITOU-CHARENTES	3 709 504 €	3 864 067 €	-154 563 €	-4,00%
PACA	10 932 278 €	11 387 090 €	-454 812 €	-3,99%
RHONE-ALPES	14 128 737 €	14 644 289 €	-515 552 €	-3,52%
GUADELOUPE	1 006 810 €	1 006 810 €	0 €	0,00%
GUYANE	336 720 €	124 200 €	212 520 €	171,11%
MARTINIQUE	590 884 €	590 884 €	0 €	0,00%
REUNION	1 042 813 €	1 042 813 €	0 €	0,00%
LIMOUSIN (expérimentation 2011)	4 736 128 €	4 885 082 €	-148 954 €	-3,05%
PAYS DE LOIRE (expérimentation 2011)	10 523 377 €	8 495 214 €	2 028 163 €	23,87%
TOTAL	150 551 425 €	147 508 555 €	3 042 870 €	2,06%

VIII) BIBLIOGRAPHIE

1 MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE, ET DES PERSONNES HANDICAPEES
Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique, journal officiel, 15 septembre 2003.

2 ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

[En ligne] <http://www.conseil-national.medecin.fr/l-ordre>

3 APM INTERNATIONAL

Les dépêches, Permanence des soins: un projet de décret organise un découpage en "territoires", 02/11/2009

[En ligne] <http://www.apmnews.com>

4 CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

Article 47

[En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

5 CODE DE DEONTOLOGIE MEDICALE

Article 77

[En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

6 INSEE

Population totale par sexe et âge au 1^{er} janvier 2012, France

[En ligne] <http://www.insee.fr>

7 INSEE

Consommation de soins et de biens médicaux en 2010.

[En ligne] <http://www.insee.fr>

8 CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

France : effectifs du corps médical (1980-2000)

Évolution des effectifs de médecins actifs

[En ligne] <http://www.conseil-national.medecin.fr>

9 DORMONT B et SAMSON A-L

Démographie médicale et carrières des médecins généralistes : les inégalités entre générations, ÉCONOMIE ET STATISTIQUE- 2008 (n°414)

10 INSEE

Médecin suivant le statut et la spécialité

[En ligne] <http://www.insee.fr>

11 Union Nationale des Omnipraticiens Français

2012>2017 Médecine générale libérale : chaque jour toujours plus proche

[En ligne] <http://www.unof.org>

12 KHANBENSAUDE I.

LA FÉMINISATION : UNE CHANCE À SAISIR, Rapport présenté au Conseil National de l'Ordre Des Médecins, décembre 2005.

13 IRDES

Démographie et activité des professions de santé

[En ligne] <http://www.irdes.fr>

14 LE FUR P.

Temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles. Questions d'Economie de la Santé juillet 2009 (n°144).

15 STRAUS D.

Les médecins poursuivent leur grève des gardes de nuit. LCI.

[En ligne] 17 novembre 2001. <http://lci.tf1.fr>

16 UNIVERSALIS : santé.

Le système de santé français

[En ligne] <http://www.universalis-edu.com>

17 LEGIFRANCE

Articles R6311-1 à R6315-6 du code de la santé publique

[En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

18 Décret n°2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins

[En ligne] 17 juillet 2010 <http://www.legifrance.gouv.fr>

19 Décret n°2010-810 du 13 juillet 2010 relatif au CODAMUPS

[En ligne] 17 juillet 2010 <http://www.legifrance.gouv.fr>

20 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS

Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, , journal officiel, 1 avril 2010.

21 MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES

Décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires), journal officiel, 28 décembre 2006.

22 Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé

[En ligne] 28 février 2012 <http://www.legifrance.gouv.fr>

23 LEGIFRANCE

Article L.1435-8 du code de la santé publique

[En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

24 ASSEMBLEE NATIONALE

Sécurité sociale : loi de financement 2012

[En ligne] <http://www.assemblee-nationale.fr>

25 DESCOURS C.

Rapport du groupe de travail opérationnel sur la PDS, 22 janvier 2003.

26 MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE, ET DES PERSONNES
HANDICAPEES

Décret n° 2003-880 relatif aux modalités d'organisation de la PDS et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique, journal officiel, 15 septembre 2003.

27 LEGIFRANCE

LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (JO du 17 août 2004)

[En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

28 PARHTAGE SANTE

Portail des agences régionales de l'hospitalisation française.

[En ligne] <http://www.parhtage.sante.fr>

29 IRDES

Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n°1, n°3 et n°4, journal officiel 01/06/2005.

30 LEGIFRANCE

Code de la Sécurité Sociale Section 10 : Organisation des soins, sous-section 2 : Coordination des soins : Article L162-47.

[En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

31 GRALL J-Y

Rapport mission de médiation et propositions d'adaptation de la PDS ; remis à Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Aout 2007.

[En ligne] <http://www.sante.gouv.fr>

32 BOENNEC P.

Rapport d'information fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins, Octobre 2008.

[En ligne] <http://www.assemblee-nationale.fr>

33 MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

Les états généraux de l'organisation de la santé (EGOS), 3 juin 2008.

[En ligne] <http://www.sante.gouv.fr>

34 PORTAIL SANTE NORD - PAS DE CALAIS

Info santé : historique de la loi HPST.

[En ligne] <http://www.santenpdc.org>

35 COORDINATION NATIONALE DES MEDECINS

Analyse juridique des nouveaux textes officiels sur la PDS.

[En ligne] <http://www.conat.net/CODECOMED>

36 RITTER P.

Rapport sur la création des agences régionales de santé (ARS) présenté à Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, Janvier 2008.

37 BUR Y.

Rapport d'information déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales en conclusion des travaux de la mission sur les agences régionales de santé, Février 2008.

[En ligne] <http://www.assemblee-nationale.fr>

38 Rapports et études en ligne, santé publique, organisation de la santé, économie de la santé.

Organisation et système de santé en France.

[En ligne] <http://www.annuaire-secu.com>

39 LARCHER G.

Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, 10 avril 2008.

[En ligne] <http://www.sante.gouv.fr>

40 DREES

Les usagers des urgences, études et résultats n° 212, janvier 2003. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières, DREES, études et résultats n° 215, janvier 2003.

41 DREES

Les recours urgents ou non programmés en médecine générale : premiers résultats, n°471, mars 2006.

42 BLANCHARD P., DUPONT M., OLLIVIER R., FERRIER C., PRETOT X.

Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale de l'administration, Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire, 2006, rapport n° IGAS 2006-019 IGA006-07-02.

43 GRALL J.Y

Evaluation du plan Urgences 2004-2008, ministère de la santé et des solidarités, janvier 2007.

44 FLAJOLET A

Rapport relatif aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire, Avril 2008

[En ligne] <http://www.sante.gouv.fr>

45 BERLAND Y, PODEUR A

Rapport relatif aux métiers de santé de niveau intermédiaire.

[En ligne] <http://www.sante.gouv.fr>

46 BERLAND Y, PODEUR A

Rapport BERLAND-PODEUR, Avril 2008.

47 LEGIFRANCE

LOI n° 2009-879 du 21 juillet 20 09 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009.

[En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

48 MINISTERE DE LA SANTE

Instruction DSS/SD1B no 2012-60 du 27 janvier 2012 portant sur le circuit de liquidation et de paiement des forfaits de régulation et d'astreinte de permanence des soins ambulatoires.

[En ligne] <http://www.sante.gouv.fr>

49 LEGIFRANCE

LOI n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012, JORF n°0296 du 22 décembre 2011.

[En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

50 LEGIFRANCE

Décret n° 2012-271 du 27 février 2012 relatif au fonds d'intervention régional des agences régionales de santé JORF n°0050 du 28 février 2012 page 3482.

[En ligne] <http://www.legifrance.gouv.fr>

51 FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE

Ressources humaines textes d'application du Fond d'Intervention Régional

[En ligne] <http://www.fhf.fr>

52 INSEE

Résumé statistique de la Haute Normandie

[En ligne] <http://www.statistiques-locales.insee.fr>

53 CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS

Atlas 2011 de la région Haute-Normandie

[En ligne] <http://www.conseil-national.medecin.fr>

54 ALAUME

[En ligne] <http://www.Alaume.org>

55 HAS

Recommandations de bonnes pratiques: Modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, Mars 2011.

56 Décret n° 2009-1173 du 1er octobre 2009 déterminant les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la permanence de soins en médecine ambulatoire.

57 ARS Haute-Normandie

Dispositif de la permanence des soins en médecine ambulatoire, cahier des charges régional, version définitive, 30 janvier 2012.

58 ARS Haute-Normandie

Avenant n°4 à la convention de financement du 20/12/2007 d'ALAUME, 15/03/2012.

59 ASSURANCE MALADIE

[En ligne] <http://www.ameli.fr>

60 Rapport d'activité d'ALAUME 2009, 2010, 2011.

61 ORDRE NATIONAL DES MEDECINS

Enquête du conseil de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la pds en janvier 2012.

62 SIMON F, DESEUR A.

Permanence des soins en attendant les ARS, Médecin, mars-avril 2010, n°10 pages 4 et 5.

63 BRUNEAU X.

Typologie des appelants et des pathologies rencontrées au cours de la permanence des soins en zone rurale. Thèse de médecine générale.2009.

64 DREES

Les urgences en médecine générale. Avril 2006. n°94.

65 INVS

Fiches de synthèses épidémiologiques INVS-SOS Médecins.

[En ligne] <http://www.invs.sante.fr/>.

66 ANDRIEU B.

L'organisation de la permanence des soins libérale en France : un enjeu pour la médecine générale. A propos du groupement de coopération sanitaire de Neufchâtel en Bray. Thèse de médecine générale.2010.

67 GUILLERME C.

Organisation de la médecine générale pour la prise en charge des urgences dans le Pays de Neufchâtel en Bray. Thèse de médecine générale.2005.

68 URPS

Rapport d'enquête sur la permanence des soins ambulatoires en Haute-Normandie. Juillet 2011.

69 CSMF

Permanence des soins ambulatoire : la CSMF dénonce des coupes sombres inacceptables.

[En ligne] Juin 2011. <http://www.csmf.org>.

70 GANDOLFI G, BRETAGNE P.

Qui veut salarier les médecins ruraux. Le généraliste. 16 septembre 2011, n° 2573.

71 LUCAS, DELGA, GRILLET, LAGARDE, LUCAS, MATHIAS, MONIER, MONTANE.

Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 23 juin 2001, L'exercice médical face à la permanence des soins.

72 CASAUX G.

Le médecin généraliste dans la permanence des soins au Havre, Lillebonne et Fécamp. Thèse de médecine générale.2009.

73 HAMON J-P.

Convention médicale : la réaction du Dr Jean-Paul Hamon, président de la Fédération des médecins de France (FMF). Impact Santé (Impact Médecine).

[En ligne] 26 juillet 2011. <http://www.impact-sante.fr/Medecine>.

74 CATHEBRAS P, BEGON A, LAPORTE S, BOIS C, TRUCHOT D.

Epuisement professionnel chez les médecins généralistes. *La Presse Médicale*. 18 Décembre 2004, Vol. 33, 22, pp. 1569-1574.

75 DREES

Durée hebdomadaire de travail des médecins libéraux en janvier 1999.

76 HAS

Recommandation bonnes pratiques professionnelles : prescriptions médicamenteuses par téléphone dans le cadre de la régulation médicale.

77 DEMAURE T, SAVARY F, BONNAVAL B.

L'évaluation de la permanence des soins en Loire-Atlantique. URCAM des pays de la Loire. Février 2008.

78 URPS Mayenne.

[En ligne] <http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr>

79 SROS

Schéma régional d'organisation des soins du Nord Pas-de-Calais pour 2012 – 2016, projet régional de santé du Nord Pas-de-Calais.

80 ARS

Permanence des soins, cout du dispositif en Bourgogne en 2007. URCAM Bourgogne. Décembre 2008.

[En ligne] <http://www.ars.sante.fr>.

81 DAUTEL MM, MONSERRAT X, REZENDRE P.

Etude comparée de l'organisation des services d'urgences dans dix pays européens. Paris: Ministère de la solidarité de la santé et de la protection sociale, 2002.

RESUME

La Permanence des soins ambulatoires est une mission de service public destinée à répondre aux demandes de soins non programmés ne relevant pas des urgences vitales.

Suite à la grève des gardes des médecins généralistes durant l'hiver 2001-2002, un vaste projet de réorganisation des systèmes de gardes ambulatoires est alors initié, afin de répondre au mieux aux besoins de la population et de garantir une égalité d'accès au service public sur l'ensemble du territoire. Apparaissent alors trois notions essentielles constituant les bases de la PDSA actuelle: le volontariat, la régulation médicale et la sectorisation.

Dans l'Eure, depuis 2002, les médecins ont mis en place un système novateur en se regroupant au sein d'une association : ALAUME, constituées de médecins généralistes libéraux participant à la permanence de soins ambulatoires dans ce département.

L'objectif de cette thèse est d'établir un état des lieux du dispositif mis en place dans l'Eure après l'avoir situé dans le contexte national et de le confronter avec le ressenti des acteurs de terrain, afin de souligner les problématiques actuelles et d'ouvrir des perspectives d'amélioration d'un dispositif mis en œuvre par les médecins dans l'intérêt des patients.

On peut ainsi constater que la PDS fonctionne bien actuellement mais témoigne d'une fragilité démographique et économique associée à de nouvelles attentes des médecins libéraux.

A l'avenir, la permanence des soins ambulatoires, sous l'égide de l'ARS, chargée d'unifier et de simplifier son pilotage, continuera d'évoluer afin de s'adapter au contexte actuel et d'assurer la pérennité de l'activité de PDSA.

MOTS CLEFS

Permanence des soins ambulatoires, Médecine générale, Offre de soins non programmés, Régulation médicale.

