



Évolution du nombre d'interventions par les médecins généralistes lors de périodes de permanence des soins après regroupement des secteurs de garde en Dordogne depuis 2019

Marion Dussueil

► To cite this version:

Marion Dussueil. Évolution du nombre d'interventions par les médecins généralistes lors de périodes de permanence des soins après regroupement des secteurs de garde en Dordogne depuis 2019. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03474578

HAL Id: dumas-03474578

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03474578>

Submitted on 10 Dec 2021

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.

Thèse pour l'obtention du
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
Présentée et soutenue publiquement
Par Marion DUSSUEIL, née le 17/06/1991 à Paris 14ème
Le 25/11/2021 à Bordeaux

**Évolution du nombre d'interventions par les
médecins généralistes lors de périodes de
permanence des soins après regroupement des
secteurs de garde en Dordogne depuis 2019.**

Sous la direction du Docteur Jean-Paul Lorendeau

Membres du jury :

- Professeur François SZTARK Président
- Professeur Michel GALINSKIRapporteur
- Docteur William DURIEUX Membre
- Docteur Anne ROUSSEAU..... Membre
- Docteur Jean-Paul LORENDEAU..... Membre

Remerciements

Au président du jury :

Professeur Sztark,

Cher Professeur, vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et je vous en remercie. Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Aux membres du jury :

Au Professeur Galinski,

Cher professeur, vous m'avez fait l'honneur d'accepter de juger et corriger mon travail en tant que rapporteur et je vous en remercie.

Au Docteur Durieux,

Vous avez accepté de venir faire partie de mon jury et je vous remercie pour cet honneur. Veuillez recevoir l'expression de ma sincère reconnaissance.

Au Docteur Rousseau,

Anne, tu as accepté de faire partie de mon jury et je t'en remercie. J'ai beaucoup apprécié et appris de mon remplacement au sein de ta maison de santé, ainsi que de pouvoir bénéficier de tes conseils avisés. J'ai toujours beaucoup de plaisir à échanger avec toi, à Bergerac comme à Piquey.

Au Docteur Lorendeau,

Jean-Paul tu m'as fait l'honneur d'être mon directeur de thèse, j'en suis honorée et également très reconnaissante. En 2017 je ne connaissais pas les urgences, tu m'as accueillie et encouragée à y venir, tu m'as prise sous ton aile dès ma première garde et tu m'as donné le goût des urgences. Tu partages ton savoir avec calme et bonne humeur, toujours bienveillant. J'espère pouvoir te rendre un jour tout ce que tu m'as apporté et je te remercie du temps que tu as passé à m'aider pour cette thèse.

A ma famille :

A mes parents qui m'ont beaucoup apporté et soutenue pendant mon externat. De la P1 à la D4, merci de m'avoir portée et supportée afin que je réussisse au mieux ma formation. Vous m'avez également transmis l'amour de la médecine et des patients dès mon plus jeune âge, ma vocation était une évidence.

A mon frère et mes sœurs, Thibault, Pauline et Margaux, qui ont cru en moi et soutenu le rythme effréné des études de médecine. Merci de votre soutien et félicitations pour vos parcours respectifs.

A ma Grand-mère, qui m'a accueillie et soutenue pendant mes deux dernières années d'externat. Je sais que vous avez une grande estime de moi quoiqu'il en soit, sachez que vous avez tout mon amour et tout mon respect.

Mélissa et Nicolas (avec Constance, Appoline et Ombeline) je vous remercie de votre soutien pour ma thèse, et pour mon internat, vous pensez toujours à organiser au mieux pour les autres, toujours prêts à m'accueillir chez vous. Je me souviens du réconfort de tes bons plats Mélissa, lors de périodes fatigantes de l'internat. Sacré confinement vécu avec vous, merci mes mangoustes !

A Pauline et Brice, qui m'ont aidé pour cette thèse et avec qui je passe toujours de très bons moments en Dordogne.

Annie, tu es la meilleure belle-mère que l'on puisse avoir. Tu m'as accueillie dans la famille avec beaucoup d'amour et de bienveillance. Je te remercie de tout ce que tu m'as apporté, de ton immense soutien et de ton accueil à Bergerac, qui m'a permis de découvrir et d'aimer la Dordogne.

Enfin Jane, je n'arriverai jamais à te dire assez à quel point je suis reconnaissante et chanceuse de t'avoir. Merci de ton soutien pour ma thèse, merci d'avoir eu la patience de mon internat, de mes déménagements ; merci de m'avoir suivie à chaque fois ; mais surtout merci de croire en moi comme je crois en toi. Merci pour notre amour.

A mes amis :

De l'externat, mes blondes préférées : Amélie, Céleste, Laetitia, Marion et Sophie, mes amies et ma famille de cœur, toujours les bons mots et mon plus gros soutien de l'externat. Ravie que l'on passe nos thèses presque en même temps. Vous m'avez soutenue pour mon départ de Paris, sans oublier de venir me voir dans les différentes villes de mon internat, je suis fière de vous connaître.

A Orlanou, une amie en or sur qui j'ai pu compter, qui m'a écoutée et encouragée. Je suis fière de ta réussite sur tous les plans, et j'ai hâte qu'on continue comme ça.

A ma Liliou, de Paris 5 et Périgueux, je suis très fière de ton parcours et de t'avoir retrouvée dans cet internat par le meilleur des hasards. Pour une fois ce n'était pas chou blanc.

A mes amis de l'internat :

A tous les fratés sans exception qui m'ont fait découvrir les joies de la vie à l'internat de Périgueux (juste avant sa fermeture...), souvenirs inoubliables d'une belle époque.

Aux filles du château, avec qui j'ai eu l'honneur de découvrir le tourisme de la Dordogne : Élise (montmoooo), Bérengère, Bérénice et Lara, avec qui j'ai passé de si bons moments, et qui m'ont gentiment dépanné de machine à laver.

Un grand merci à Béren (et minouche) pour avoir été ma coach de thèse, merci de m'avoir fait bénéficier de tes capacités qui te mèneront loin. J'ai été chanceuse de croiser ta route.

Un grand merci à Élise d'avoir toujours été là, tellement heureuse de notre amitié sincère et bienveillante.

A Aurore, ma plus belle rencontre de Bordeaux, même si t'es pas toujours tout près, toujours un immense bonheur de se retrouver. On se voit en Guadeloupe très vite !

A Karen et Marie, les bons moments pauses à Périgueux et ailleurs c'est avec vous, mais aussi de bons conseils et une bonne écoute.

A ceux et celles hors médecine :

Jess, Amande, Claire soutient infailible en dure période de Covid ! Merci de votre écoute quand je raconte mes aventures extraordinaires. Merci pour vos dons d'actrices.

Lulu, Juju et Soizic mes plus belles rencontres de 2020 ! Merci à l'UCPA de vous avoir mises sur ma route.

Table des matières

RESUME.....	6
ABSTRACT.....	7
Liste des abréviations.....	8
Liste des tableaux.....	9
Liste des figures.....	10
I) Introduction	11
1- La PDSA en Dordogne	11
a- Législation.....	11
b- Organisation de la PDSA en Dordogne	12
2- Démographie médicale en Dordogne	14
3- Problématique	16
a- Un système d'urgence en Dordogne très sollicité.....	16
b- Un territoire qui se désertifie.....	18
c- Question de recherche	20
II) Matériel et méthodes.....	22
III) Résultats	26
IV) Discussion.....	31
V) Conclusion.....	40
VI) Bibliographie	44

RESUME

Évaluation du nombre d'interventions par les médecins généralistes lors des périodes de permanences de soins après regroupement des secteurs de garde en Dordogne depuis 2019.

INTRODUCTION : La permanence des soins ambulatoires (PDSA) vise à répondre aux besoins de soins non programmés aux horaires de fermeture des cabinets médicaux. En Dordogne, le 6 mai 2019 est voté par l'ARS de Dordogne un arrêté entraînant un passage de 28 secteurs de garde à 21. Il se justifie par la carence en médecins généralistes de la région qui peine à remplir les tableaux de garde. En conséquence cette réforme a entraîné la création de secteurs parfois jugés trop grands avec des distances de plus de 30 kilomètres.

Nous avons voulu faire une étude des conséquences de cette nouvelle sectorisation sur l'effectif des gardes par les médecins de garde.

MATERIELS ET METHODES : Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale rétrospective avant-après monocentrique, réalisée au sein du CRRA de Dordogne. Le critère de jugement principal est la comparaison du rapport de nombre d'interventions des médecins généralistes effecteurs sur le nombre de DRM concernant la permanence des soins. Tous ces résultats sont ensuite traités et analysés à l'aide du logiciel eRM®d'EXOS sur la base de données du SAMU 24

RESULTATS : Notre étude a permis de montrer qu'il existe une baisse significative entre le nombre d'interventions des médecins de garde en 2019 par rapport à 2018 malgré une hausse du nombre de dossiers de régulation médicale entre les deux années.

CONCLUSION : La nouvelle sectorisation initiée par l'arrêté de mai 2019 ne semble pas faire preuve d'efficacité pour pallier le manque de médecins de garde. La dynamique actuelle de l'ARS et des CODAMUP-TS semble pourtant en faveur de nouveaux arrêtés réduisant encore le nombre de secteurs, c'est-à-dire en agrandissant les zones géographiques.

ABSTRACT

Evaluation of the numbers of interventions by general practitioner during hours of permanence ambulatory care after downsizing the numbers of on call districts in Dordogne since 2019.

INTRODUCTION : The permanence of ambulatory care aims to meet the needs of care not scheduled during the hours when medical offices are closed. In Dordogne, on may 6th the regional agency of health of Dordogne voted a decree leading to a change of the numbers of medicals areas, reducing from 28 to 21 of them. This change is explained by the lack of general practitioners in Dordogne leading to a lack of on-call doctors. As a result this decree led to the creation of bigger areas which can be considered as too large as they involve distances of 30 kilometers.

We wanted to make an analysis of the consequences of this decree on the effect of the on-call doctors during the time of permanence of ambulatory care.

MATERIALS AND METHODS : This is a transversal epidemiological descriptive monocentric study carried out within the reception and call regulation center de Dordogne. The main judgment criterion compares the proportion of interventions of on-call doctors to all the files created at the same period, concerning the permanence of ambulatory care. All these results are then processed and analyzed using the eRM@d'EXOS software based on the data kept by SAMU 24.

RESULTS : This study was able to show that there is a significant decrease in the numbers of interventions of on-call doctors in 2019 compared to 2018 despite an increase of the total numbers of medical regulation files in 2019.

CONCLUSION : The new sectorisation started by the decree on may 6th 2019 doesn't seem to improve the situation concerning the lack of on-call doctors. However the ARS and the CODAMUP-TS are about to initiate other decrees leading to a reduction of the numbers of on-call sectors, thus leading to bigger geographical areas.

Liste des abréviations

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

ARS : Agence Régionale de Santé

CODAMUPS-TS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des Transports Sanitaires

HPST : Hôpital, patients, santé et territoire

PDSA : Permanence De Soins en Ambulatoire

SAU : Service d'Accueil des Urgences

AFGSU : Attestation de Formation aux Gestes de Soins d'Urgence

AMU : Aide Médicale d'Urgence

ARM : Aide à la Régulation Médicale

CH : Centre hospitalier

ASSUM : Association des Services de Soins d'Urgences Médicales

CRRA : Centre de Réception et de Régulation de Appels

SAS : Service d'Accès aux Soins

SMUR : Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation

SU : Structure d'Urgence

CNOM : comité national de l'ordre des Médecins

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MMG : Maison médicale de garde

PTMG : Praticien Territorial de Médecine Générale

PTMA : Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire

CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé

CLS : Contrat Local de Santé

APL : Accessibilité Potentielle Localisée

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

IRDES : Institut de Recherche et de Documentation en économie de la Santé

DRM : Dossier de régulation médicale

DRM MG : Dossier de régulation médicale impliquant l'intervention d'un médecin généraliste de garde

Liste des tableaux

Tableau 1 : Organisation de la régulation libérale en PDSA.

Tableau 2 : Classification du niveau de priorité de l'appel.

Tableau 3 : Classification du niveau de réponse.

Tableau 4 : Classification du type de bilan fourni par l'effecteur.

Tableau 5 : Proportion des données incluses dans l'étude en 2018 et en 2019.

Tableau 6 : Proportion des appels selon P sur les DRM MG en 2018 et en 2019.

Tableau 7 : Proportion des appels selon R sur les DRM MG en 2018 et en 2019.

Tableau 8 : Proportion des appels selon B sur les DRM MG en 2018 et 2019.

Tableau 9 : Horaire de création des DRM.

Tableau 10 : Tableau de répartition des proportions des DRM MG sur les DRM totaux par secteurs de garde en 2018 et 2019.

Tableau 11 : Tableau de répartition des proportions des DRM MG sur les DRM totaux par secteurs de garde en 2018 et 2019.

Liste des figures

Figure 1 : Population par grande tranche d'âge en Dordogne.

Figure 2 : Nombre de passages au S.A.U de Périgueux entre 2008 et 2019.

Figure 3 : Évolution du nombre de dossiers au SAMU 24 entre 2014 et 2019.

Figure 4 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025, conseil national de l'ordre des médecins 2018.

Figure 5 : Diagramme de flux.

Figure 6 : Part des départements concernés par des changements organisationnels de la PDSA au cours de l'année 2019.

I) Introduction

1- La PDSA en Dordogne

La permanence de soins recouvre l'ensemble des acteurs permettant d'établir un dispositif de prise en charge des soins aux horaires de fermeture des cabinets libéraux et des maisons de santé, c'est-à-dire aux horaires suivants :

- Toutes les nuits de 20h à 8h du matin
- Les dimanches et jours fériés de 8h à 20h

Son accès est régulé préalablement par le SAMU-Centre 15 ou par une plateforme de régulation médicale ayant passé convention et interconnectée avec le SAMU-Centre 15.

a- Législation

Sur le plan législatif, le dispositif de permanence des soins est organisé par les ARS au niveau régional, avec l'aide des CODAMUPS-TS (Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires) qui agissent sur le plan départemental. Un cahier des charges régional de la permanence des soins en porte les principes d'organisation et de rémunération (1).

Le département est divisé en secteurs dont la taille doit permettre un exercice normal pour l'activité du médecin, en tenant compte de critères tels que la distance, densité des médecins et de la population. Ce secteur doit permettre une réponse rapide et adaptée.

La loi HPST votée le 21 juillet 2009 définit dans son article 49 le cadre législatif applicable à la régulation médicale dans le cadre de la PDSA : « 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 plateformes d'appels interconnectées avec ce numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels.»

La permanence des soins est donc définie comme une mission d'intérêt général.

Il est du devoir du médecin traitant d'informer ses patients sur l'existence du médecin de la PDSA(2).

La participation des médecins à la permanence des soins repose sur le principe du volontariat (3).

Une étude réalisée par l'Ordre des médecins montre les conclusions suivantes (4):

- 38,1% des médecins ont participé à la PDSA en 2019, contre 38,6% en 2018.
- La PDSA est assurée à 89% par des médecins libéraux installés.
- Le nombre des médecins libéraux installés participant à la PDSA diminue, mais on note une hausse de la participation des médecins retraités, salariés ou remplaçants.

b- Organisation de la PDSA en Dordogne

En Dordogne, la mission de permanence des soins repose donc sur les deux dispositifs suivants :

- La régulation médicale
- L'effectif constituée par des intervenants de différents niveaux :
 - o Niveau 1 : au moins un médecin de garde sur chaque territoire de permanence de soins
 - Les jours en semaine de 20h à minuit
 - Samedi de 12h à minuit
 - Dimanche et jours fériés de 8h à minuit
 - o Niveau 2 : les SU et les établissements de santé suivants :
 - Hôpital de Périgueux
 - Hôpital de Bergerac
 - Hôpital de Sarlat
 - Clinique Francheville à Périgueux

La régulation médicale libérale est un acte médical pratiqué par téléphone par un médecin régulateur de permanence. L'ARM oriente les appels vers le médecin régulateur libéral ou vers le médecin régulateur hospitalier du SAMU.

En Dordogne, la régulation de la permanence des soins est basée au CH de Périgueux, dans les locaux du SAMU. Les médecins régulateurs sont constitués, selon les créneaux horaires, de médecins volontaires, généralistes libéraux ou salariés de centres de santé, ou tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique. Elle peut également être assurée par un

médecin généraliste retraité, après avis favorable du conseil départemental de l'ordre des médecins (5).

Actuellement 26 médecins participent à la régulation (6).

Ces médecins sont présents à la régulation de Périgueux selon la répartition suivante :

Période		Nombre de régulateurs
Lundi au vendredi	19h00 – 20h00	1
	20h00 – 24h00	1
Samedi	08h00 – 12h00	0
	12h00 – 17h00	3
	17h00 – 22h00	2
	22h00 - 24h00	1
Dimanche, jours fériés et pont	08h00 – 12h00	3
	12h00 – 22h00	2
	22h00 – 24h00	1

Tableau 1 : Organisation de la régulation libérale en PDSA (5)

Ce tableau a subi des modifications récentes consécutives à la crise du Covid. On compte désormais deux médecins régulateurs le samedi de 8h à 12h et deux tous les jours de 19h à minuit. Après minuit, les médecins de l'AMU prennent le relais en ce qui concerne la PDSA avec un médecin spécialisé en médecine d'urgence à la régulation du centre 15 et les structures d'urgence ouvertes 24h/24.

Concernant l'effectif, la permanence de soins en Dordogne s'organise en fonction des arrêtés figurant dans le cahier des charges départemental. Elle repose sur la sectorisation du département et sur l'organisation de la garde en partenariat avec l'ASSUM 24, association de médecins libéraux. Le médecin effecteur bénéficie d'un forfait d'astreinte modulable.

Conformément à l'article R.6315-2 du Code de la santé publique, les médecins volontaires pour participer à la PDSA établissent un tableau de garde pour une durée minimale de trois mois. Le tableau est transmis au plus tard dix jours avant sa mise en œuvre au directeur de l'ARS. La participation des médecins est basée sur le volontariat mais, en cas de manque, le préfet du département peut procéder aux réquisitions nécessaires.

En Dordogne l'utilisation de la plateforme Ordigard est effective et facilite l'attribution et l'échange de garde. Les médecins disposant d'une licence de remplacement peuvent remplacer des médecins titulaires installés (7).

La PDSA en Dordogne compte actuellement 21 secteurs mais aucun sur la nuit profonde.

Les points fixes de garde sont constitués par la maison médicale de garde de Bergerac. Son accès est régulé, c'est-à-dire accessible seulement après un appel au 15 ou au numéro spécifique de permanence des soins et d'un échange avec un médecin régulateur.

Seulement, la Dordogne fait face à une désertification médicale croissante avec une réelle pénurie de médecins sur les horaires de la PDSA, ne laissant parfois pas d'autres choix pour les patients que de se rendre aux urgences.

2- Démographie médicale en Dordogne

La Dordogne représente le troisième département français avec une superficie de 9100km², soit 11% de la région de Nouvelle-Aquitaine. Elle compte 413 606 habitants soit 7% de la population régionale avec une densité faible. L'âge moyen de la population en Dordogne est élevé (45,9 ans), et les 60 ans ou plus représentent plus d'un tiers de la population (8).

L'évolution de la population est schématisée comme suit :

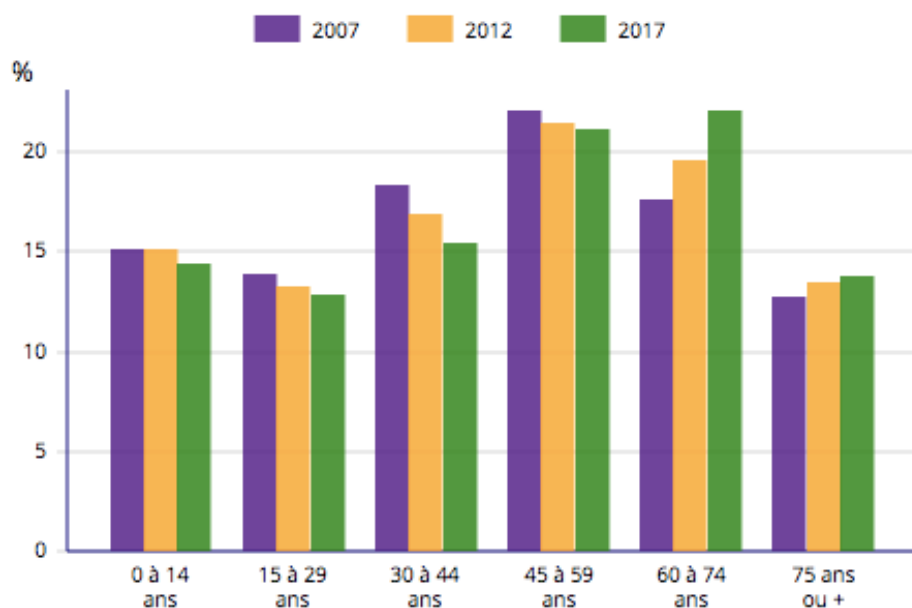


Figure 1 : Population par grandes tranches d'âges en Dordogne

Ce diagramme permet de conclure à un net vieillissement de la population depuis 10 ans (9).

Sur le plan de la densité médicale, le département de la Dordogne compte 343 médecins généralistes libéraux soit 8,3 médecins pour 10 000 habitants, soit une densité inférieure à la moyenne nationale de 8,9 médecins pour 10 000 habitants. Ces médecins sont principalement en milieu et fin de carrière : seulement 13% ont moins de 40 ans (10).

L'accessibilité potentielle localisée (APL) est un indicateur local développé par la DREES et l'IRDES pour mesurer l'adéquation spatiale entre l'offre et la demande de soins de premier recours. Plusieurs paramètres entrent dans son calcul : la distance, l'activité de chaque médecin généraliste convertie en « équivalents temps plein » calculés en fonction du nombre d'actes et de la demande de soins selon la classe d'âge. Un territoire est qualifié de sous-doté si son APL est inférieur ou égal à 2,5 consultations par an et par habitant.

En 2015, 8,1 % de la population française vivaient dans une commune dont l'APL était inférieure au seuil de 2,5 consultations par an par habitant (seuil fixant la limite de sous-densité). En Nouvelle-Aquitaine, la proportion était de 6 % (5e rang parmi les régions de métropole).

En juin 2018, 146 MSP sont en fonctionnement en Nouvelle-Aquitaine et 9 sont en projet (11)

.

Ainsi, 95% du département est concerné par la problématique de difficulté d'accès aux soins. La Dordogne est en action pour améliorer l'accès aux soins et cela via :

- Une incitation à l'installation via la promotion de regroupement comme les MSP.
- Six contrats de praticien territorial de médecine (PTMG) et trois contrats de praticien territorial de médecine ambulatoire (PTMA) signés.
- 57 médecins généralistes libéraux maîtres de stage et 80 jeunes internes en stage chaque semestre en Dordogne.
- 51 consultations avancées de médecins spécialistes.
- 9 médecins généralistes correspondant du SAMU (MCS) dans les secteurs éloignés d'un service d'urgence.
- 1 communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) à Bergerac

- 1 plateforme territoriale d'appui pour faciliter la coordination des intervenants de personnes atteintes de maladies chroniques ou en perte d'autonomie.
- 75% de la population de Dordogne est couverte par un contrat local de santé (CLS).

C'est donc la concomitance d'une diminution du nombre de médecins généralistes, de leur installation et d'une population vieillissante qui explique la difficulté d'offre de soins de plus en plus prononcée dans le département de la Dordogne.

3- Problématique

Si la médecine d'urgence est une spécialité récente s'étant imposée par sa nécessité, elle est aujourd'hui, et depuis 2003, au cœur des problématiques de santé publique et des critiques tant par la population que par les professionnels de santé qui la pratiquent (12).

La crise sanitaire actuelle du Covid n'a fait que rappeler des difficultés déjà connues par les services d'urgence partout en France. Ils ont su cependant s'adapter au mieux pour répondre à la demande et on a pu constater à nouveau l'efficacité du déclenchement du plan blanc.

Finalement, ces problématiques semblent visibles par la population puisqu'un sondage de 2019 montre que (13) :

- 77% des Français pensent que les services d'urgence se détériorent
- 92% soutiennent le mouvement de grève en 2019

La réorganisation de la médecine d'urgence et de la médecine de ville sont donc au cœur du débat.

a- Un système d'urgence en Dordogne très sollicité

Dans le contexte actuel d'un nombre de passage croissant associé à une baisse de la densité médicale en Dordogne, les enjeux sont doubles.

Depuis l'informatisation des données aux urgences de Périgueux, on observe que le nombre de passages a augmenté de 12 % en dix ans (14).

Le recueil des statistiques, enregistrés à l'hôpital de Périgueux, permet de constater l'évolution suivante : 31 644 passages en 2008 contre 35 688 passages en 2019, soit une augmentation nette au fil des années, même si l'on constate des années où l'augmentation a été moindre comme en 2015.

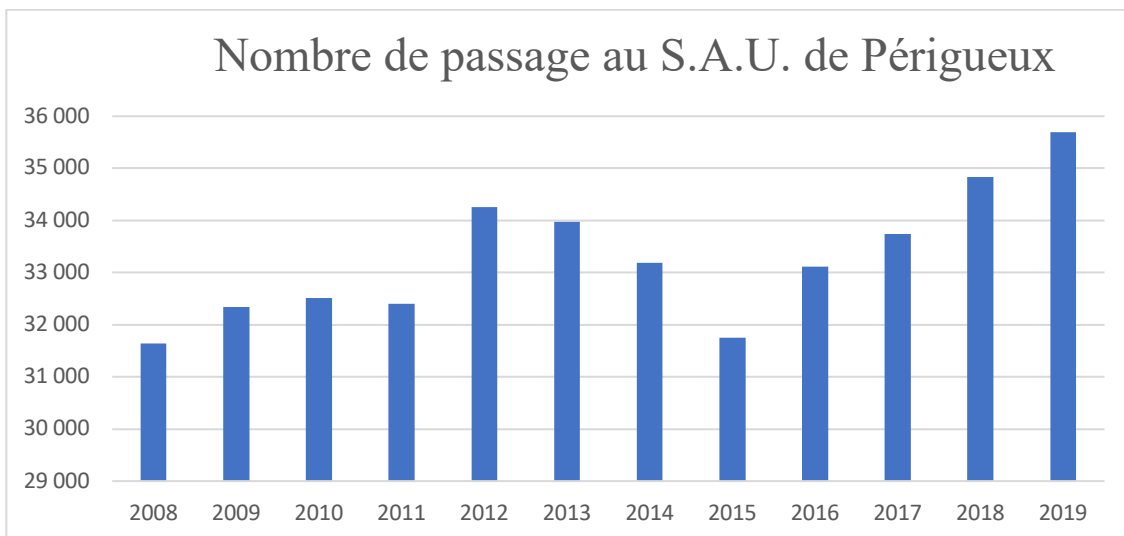


Figure 2 : Nombre de passage au S.A.U de Périgueux entre 2008 et 2019

Ces chiffres sont corrélés à ce que l'on observe de manière globale en France : la DREES met en évidence la croissance inexorable de 3,5 % en moyenne du nombre de passages aux urgences depuis 1996, à l'exception de 2010. Selon une étude statistique de 2019, 15% des Français affirmaient s'être déjà présentés auprès d'un service d'urgence parce qu'ils trouvaient cela plus pratique et/ou rapide que d'aller voir un médecin (15).

De même, le SAMU 24 doit faire face à la forte augmentation du nombre d'appels et donc de dossiers de régulation qui s'amplifient face à la désertification médicale.

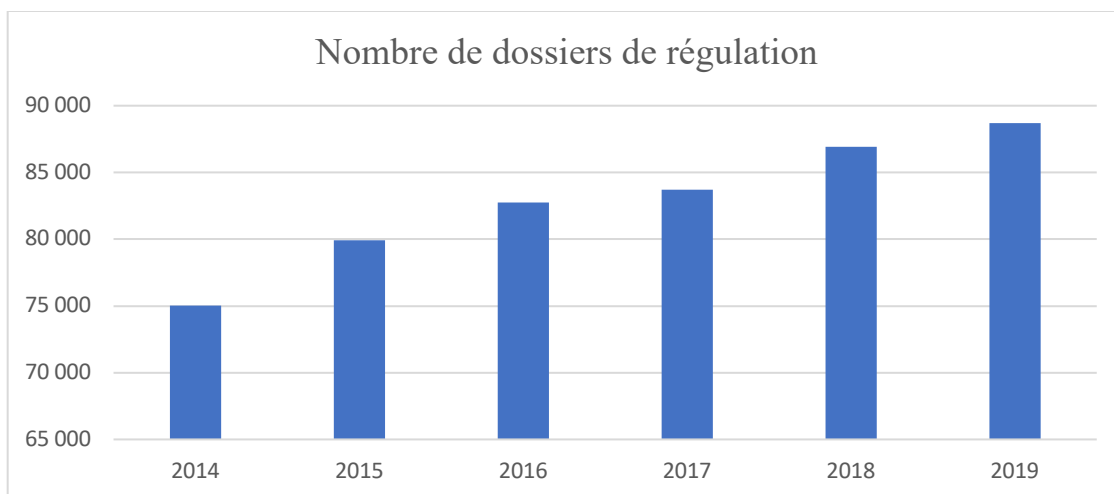


Figure 3 : Évolution du nombre de dossiers au SAMU 24 entre 2014 et 2019

b- Un territoire qui se désertifie

La notion de désert médical est un concept émergent : il se définit comme un territoire où les patients doivent parcourir plus d'une dizaine de kilomètres avant de trouver un médecin généraliste. Il s'agit donc d'une première définition géographique à laquelle se rajoute un critère temporel : plus d'une semaine pour un rendez-vous chez un médecin généraliste et plusieurs mois pour un spécialiste (16). Les différents facteurs expliquant cette difficulté sont une moindre accessibilité, la faible attractivité et équipements de certaines zones.

Au 1^{er} Janvier 2018, l'Ordre National des médecins recense 87 801 médecins généralistes en activité régulière ; soit une diminution de 7% depuis 2010 et une diminution de 0.4% depuis 2017. Cette baisse a une forte probabilité de se confirmer jusqu'en 2025 pour atteindre 81 804 médecins généralistes en activité régulière.

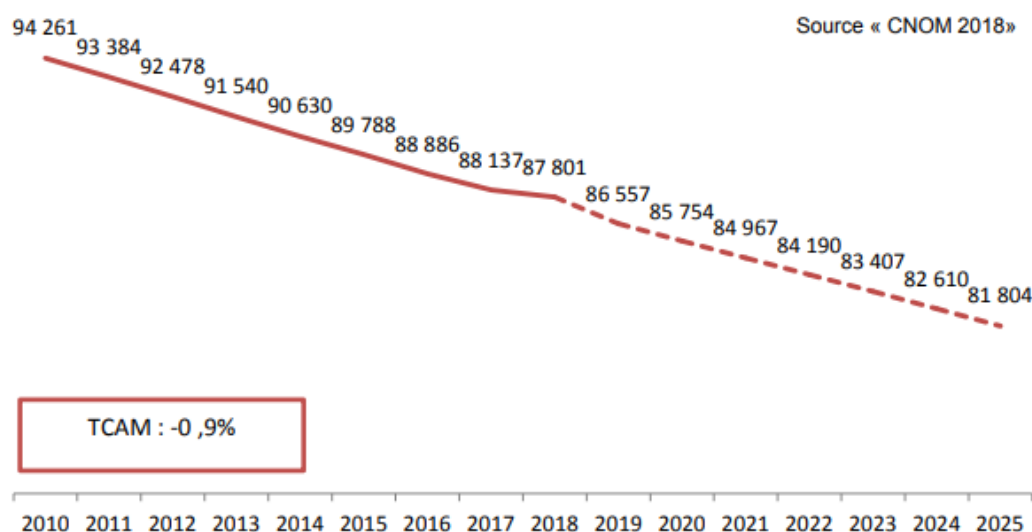


Figure 4 : Projection des effectifs de médecins généralistes en activité régulière jusqu'en 2025, conseil national de l'ordre des médecins 2018.

De plus depuis 2010, les médecins généralistes ont tendance à délaisser l'exercice libéral (-3.5 points) au profit de l'exercice salariat (+4 points) (17).

Cette étude statistique de la DRESS a permis de dresser un portrait géographique de l'accès aux soins en France en 2018 (18), visible sur l'annexe 3.

Il s'agit donc d'une réelle problématique d'un accès aux soins impliquant la PDSA. Ainsi en ARS Nouvelle-Aquitaine, comme dans d'autres régions, la réduction du nombre de territoires de la permanence des soins a pour vocation d'améliorer les conditions d'exercice des médecins généralistes (7).

Cette démarche de réduction du nombre de territoires ne peut se faire que sur ceux jugés éligibles au regroupement et s'appuie sur les caractéristiques suivantes :

- La superficie du secteur : l'objectif est celui d'un délai raisonnable de 30 minutes.
- La population du secteur avec l'impact touristique notamment.
- Le nombre de médecins volontaires : le pool minimum est jugé à 5 médecins.

Comme l'expose la synthèse du procès-verbal de la CODAMUPS du 29 mars 2019, la problématique de la désertification médicale en Dordogne a été soulevée. Elle est la résultante d'une population vieillissante souhaitant rester à domicile et d'une évolution de la pratique médicale avec des médecins qui souhaitent une activité collaborative afin de ne plus exercer de manière isolée.

Quatre principaux constats sont faits, au cours de cette discussion, concernant la réorganisation de la PDSA sur le département de la Dordogne :

- On assiste à une diminution du nombre de médecin libéraux sur le département et de facto, à une diminution du nombre de médecins participant à la PDSA.
- On déplore un réel manque d'attractivité sur les installations des jeunes médecins.
- Les perspectives démographiques de ce département sont défavorables à court terme.
- Certains secteurs voient une fréquence plus élevée des gardes.

Une solution proposée face à ces problématiques sont l'élargissement des secteurs de garde et donc la diminution du nombre de secteurs de garde, soit du nombre de gardes à couvrir.

Pour palier dans le même temps au défaut de mobilité des patients, il était initialement envisagé la création de 11 secteurs de garde fixes et 6 secteurs mobiles. Cependant, devant un manque de volontaires, le projet s'est résolu dans un premier temps à se concentrer sur une simple diminution du nombre de secteurs de garde, en limitant au maximum les visites à domicile par les médecins de garde. En effet, beaucoup de médecins refusent de se déplacer devant la large superficie des secteurs, contraignant le médecin régulateur d'appeler une ambulance et donc

d'orienter certains patients qui auraient pu être pris en charge en ambulatoire vers les urgences de l'hôpital.

Ainsi en Dordogne, l'ARS a suivi cette tendance par une nouvelle sectorisation instaurée en mai 2019.

En effet, le 6 mai 2019 est voté par l'ARS de Nouvelle-Aquitaine un arrêté entraînant un passage de 28 secteurs de garde à 21. L'agrandissement des secteurs de garde qui en découle se justifie en partie par la carence en médecins généralistes de la région qui peinent à remplir les tableaux de garde, mais entraîne la création de secteurs de garde d'étendue importante imposant des distances de transport pouvant aller jusqu'à 30km (19).

C'est ainsi que certains secteurs ont fusionné afin de créer des secteurs plus étendus :

- Excideuil, Hautefort et Lanouaille ont fusionné pour donner Excideuil-Lanouaille.
- Mareuil-Brantôme, Saint-Pardoux-la-rivière et Bussières-Badil ont fusionné pour donner Nontron.
- Disparition de Sarliac-Savignac-les-Eglises.
- Création d'un territoire de permanence qu'est Périgueux.

La nouvelle carte des secteurs découlant de cet arrêté est visible sur l'annexe 1.

Le questionnement demeure sur le réel bénéfice de cet arrêté. Permet-il de combler le manque de médecins ou entraîne-t-il au contraire une moins bonne prise en charge des patients situés à une longue distance ?

c- Question de recherche

Finalement, il en émerge une question principale : comment a évolué le nombre d'interventions par les médecins généralistes sur le terrain après mise en place de ces nouveaux secteurs ?

L'objectif de notre analyse sera de déterminer l'effet de la réforme sur le nombre d'interventions des médecins généralistes en période de permanence des soins. Une diminution des interventions pourrait être responsable d'une mise en danger de la population et/ou une suractivité des urgences de proximité. Au contraire, une meilleure couverture des plages de

garde augmenterait l'intervention directe auprès du patient permettant ainsi une meilleure prise en charge de la population et un soulagement des services d'urgence.

II) Matériel et méthodes

Il s'agissait d'une étude épidémiologique transversale, rétrospective avant-après et monocentrique.

Les données ont été recueillies dans des périodes estivales comparables entre le 01/08/18 et le 30/09/18 et entre le 01/08/19 et le 30/09/2019, soit deux périodes avant et après mise en place du décret.

Ont été inclus dans l'étude l'ensemble des dossiers de régulation médicale de patients pris en charge par des médecins généralistes effecteurs lors de périodes de permanence de soins. Les dossiers de régulation sans médecin effecteur engagé ou les dossiers incomplets n'ont pas été inclus.

L'étude a été réalisée au sein du Service d'Aide de Médicale Urgente du Centre Hospitalier de Périgueux. Le recueil de données reposait sur le recueil anonymisé des dossiers de régulation à partir de la base de données du logiciel eRS d'EXOS.

Aucune information ni consentement n'ont été données aux patients avant inclusion. Les données personnelles ont été anonymisées conformément à la réglementation en vigueur.

Le SAMU de Périgueux compte 20 ARM, 19 médecins régulateurs urgentistes (24h/24) et 24 médecins régulateurs libéraux. Ces derniers assurent la permanence des soins ambulatoires de 8h à minuit les weekend et jours fériés, et de 19h à minuit en semaine.

Les dossiers de régulation médicale sont créés au moment de l'appel au centre 15 par un Assistant de Régulation Médicale qui a pour rôle de réceptionner, de localiser et d'orienter les appels téléphoniques entrants dans un contexte d'urgence réelle ou ressentie (20). Une fois les coordonnées recueillies et le dossier de régulation créée, il priorise l'appel vers le médecin régulateur du SAMU centre 15, urgentiste ou libéral. Tous ces éléments recueillis lui permettent de donner une priorité à l'appel.

Les priorités sont classées dans le dossier de régulation médical de P0 à P3 :

P0	Engagement immédiat des ressources par l'ARM puis création d'un acte de régulation médicale prioritaire.
P1	Régulation médicale prioritaire
P2	Régulation médicale éventuellement temporisée
P3	Régulation médicale reportée ou programmée et traitée par un rappel

Tableau 2 : Classification du niveau de priorité de l'appel

Après identification de l'ordre de priorité, les appels classés P0 et P1 relèvent de l'AMU et sont transmis à un régulateur spécialisé en médecine d'urgence. Les appels P2 et P3 relèvent de la PDSA et sont transmis aux médecins spécialisés en médecine générale.

Une fois ces appels transmis, le médecin régulateur est responsable de l'appel et est amené à déclencher les ressources nécessaires et apporter un niveau de réponse. On différencie donc la réponse avec et sans déclenchement de moyens (21). Le niveau de réponse apporté est stratifié comme suit :

R1	Urgence vitale patente ou latente imposant l'envoi d'un moyen de réanimation SMUR
R2	Urgence vraie sans détresse vitale nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, d'une ambulance ou d'un VSAV dans un délai adapté contractualisé entre le régulateur, l'effecteur et l'appelant.
R3	Urgence relative : Recours à la permanence des soins, le délai ne constitue pas un facteur de risque en soi ; une prescription médicamenteuse d'attente peut être proposée.
R4	Conseil médical ou prescription médicamenteuse par téléphone.

Tableau 3 : Classification du niveau de réponse

Selon les moyens engagés, l'effecteur envoyé sur place est chargé d'envoyer un bilan faisant état objectif de la situation médicale sur laquelle il est intervenu. Une fois de plus ce bilan obéit à une nomenclature organisée :

B0	Engagement réflexe d'un SMUR et régulation prioritaire
B1	Signes de détresse avérés
B2	Informations complémentaires/différentes de celles recueillies lors de l'appel initial
B3	Bilan identique aux informations recueillies, sans signe de détresse

Tableau 4 : Classification du type de bilan fourni par l'effecteur

L'analyse des données consistait à sélectionner les dossiers dans la période décrite ci-dessus engageant un médecin effecteur, et de répertorier pour chaque dossier d'appel les informations suivantes :

- Temporalité : appel de semaine ou de week-end
- Secteur
- District
- P, R et B

La temporalité nous a paru être une donnée importante à préciser, dans la mesure où la disponibilité des médecins généralistes n'est pas la même la semaine, où ils sont ouverts jusqu'à la relève de la PDSA le soir, que le week-end, où ils sont ouverts pour certains le samedi matin uniquement. La sollicitation d'un médecin de garde ou du 15 serait logiquement plus importante.

Ensuite, les données étaient répertoriées géographiquement lors du recueil. Pour l'analyse du recueil de données, les interventions ont été classées dans un premier temps en quatre grands districts correspondants aux quatre grands secteurs délimités par la carte du SAMU 24 sur laquelle s'appuient les régulateurs. Les quatre grands districts sont : Périgueux, Bergerac, Sarlat et Nontron. Ces secteurs peuvent être visualisés dans l'annexe 2.

Dans un deuxième temps, les secteurs de garde décrits dans l'étude sont ceux existants après la mise en place de la réforme des secteurs instaurés en mai 2019. Ainsi, une intervention correspondant à un ancien secteur de 2018 a été comptabilisée dans le nouveau secteur issu du décret de 2019. A titre d'exemple, une intervention dans l'ancien secteur de Saint-Pardoux-La Rivière en 2018 a été comptabilisée dans le secteur de Nontron.

Le critère de jugement principal est la comparaison du rapport de nombre d'interventions des médecins généralistes effecteurs sur le nombre de dossiers de régulation médicale total concernant la permanence des soins entre les deux périodes.

Les critères de jugement secondaires comprenaient la description des caractéristiques des DRM sur la période (jour ouvré ou week-end), le niveau de priorité, le niveau de réponse et le niveau de bilan (si applicable) ainsi que la comparaison du rapport de nombre d'interventions des médecins généralistes effecteurs sur le nombre de DRM par secteur de garde.

Les variables qualitatives étaient représentées par leur pourcentage et étaient comparées avec un test de Chi2, un test corrigé de Yates ou bien un test de Fisher si indiqué. Le logiciel Excel® 2010 v 14.7.4 (Microsoft®, Santa Rosa, États-Unis) a été utilisé et les calculs statistiques ont été réalisés avec le logiciel R-Studio

III) Résultats

Sur 30 207 dossiers de régulation recrutés dans la période d'inclusion, 4 204 dossiers répondaient à notre critère d'inclusion. Le recrutement du nombre de dossiers de l'étude a été représenté via le diagramme de flux suivant :

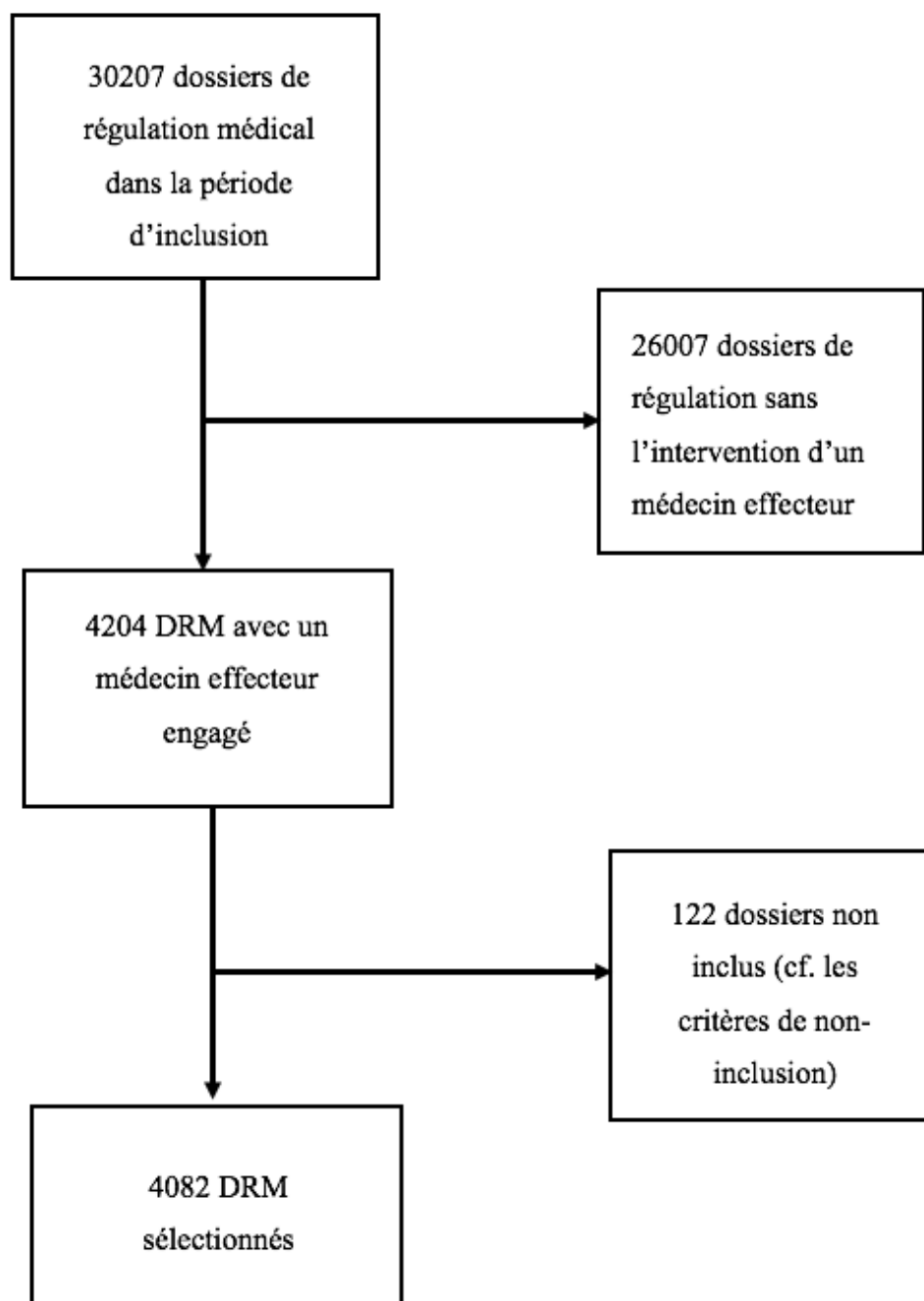


Figure 5 : Diagramme de flux

Le tableau 5 représente le nombre de dossiers de régulation médicale total sur les années 2018 et 2019, auxquels sont reportés le nombre total de dossiers de régulation médicale mais avec engagement d'un médecin effecteur :

Tableau 5 : Proportion des données DRM MG incluses dans l'étude en 2018 et 2019

	2018	2019	
DRM totaux	15 002	15 205	
DRM MG	2 141	1 941	p=0,0001
Proportion	14%	13%	

On retrouve moins d'interventions de médecins généralistes effecteurs en 2019 qu'en 2018 avec une différence significative.

Puis les données ont été classées selon les critères de priorisation de l'appel (P), selon le type de réponse enclenchée (R) et selon le bilan de l'intervention une fois sur place (B). Ces données ont été représentées dans les tableaux 9, 10 et 11 suivants.

Tableau 6 : Proportion des appels selon P sur les DRM MG en 2018 et en 2019

Priorité de Régulation	2018		2019		
	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	
		1			
P0	15	%	15	1%	
P1	146	7%	112	6%	p=0,3
P2	1 867	87%	1 706	88%	
P3	101	5%	108	6%	

Il n'y a donc pas de différence statistiquement significative mise en évidence entre 2018 et 2019 des priorités des appels.

Tableau 7 : Proportion des appels selon R sur les DRM MG en 2018 et en 2019

Niveau de Réponse	2018		2019		
	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	
R1	25	1%	22	1%	p=0,0004
R2	253	12%	153	8%	
R3	1 804	85%	1 721	89%	
R4	49	2%	45	2%	

Il y a donc une différence statistiquement significative avec une hausse des réponse type R3, en 2019 par rapport à 2018, en revanche les R1 et R4 sont égaux, et on note une diminution du nombre de réponse type R2.

Tableau 8 : Proportion des appels selon B sur les DRM MG en 2018 et 2019

Priorité Bilan	2018		2019		
	Nombre	Proportion	Nombre	Proportion	
B0	11	1%	9	0,50%	p=0,02
B1	95	4%	73	4%	
B2	211	10%	268	14%	

Il y a donc une différence statistiquement significative avec une hausse des bilans type B2 entre 2018 et 2019.

Lors du recrutement des données, les données étaient différenciées selon l'horaire de l'appel entre semaine et week-end comme représentées dans le tableau 6.

Tableau 9 : Horaires de création des DRM

	2018		2019		
	Nombre total	Proportion	Nombre total	Proportion	
Semaine	656	30%	575	30%	p=0,5
Weekend	1485	70%	1366	70%	
Total	2141	100%	1941	100%	

Ce tableau ne met pas en évidence de différence significatives entre 2018 et 2019 des horaires des DRM.

Tableau 10 : Tableau de répartition des proportions des DRM MG sur les DRM totaux par secteurs de garde en 2018 et 2019

	2018			2019			
District	DRM totaux	DRM MG	Proportion	DRM totaux	DRM MG	Proportion	p
Périgueux	7 861	1 050	13%	7 417	949	13%	0,3
Bergerac	3 641	544	15%	4 468	583	13%	0,01
Sarlat	2 263	379	17%	2 256	280	12%	< 0,0001
Nontron	872	158	18%	811	121	15%	

Pour rappel, les différents secteurs de garde décrits dans la partie méthodologie correspondent géographiquement à l'annexe 2.

Ainsi on retrouve une diminution significative des interventions dans les secteurs de Bergerac et Sarlat.

Dans un second temps, les DRM ont été classés par secteurs de garde, au nombre de 21 depuis l'arrêté de mai 2019. Les résultats figurent dans le tableau 8 ci-dessous.

**Tableau 11 : Tableau de répartition des proportions des DRM MG sur les DRM totaux
par secteurs de garde en 2018 et 2019**

Secteur de Garde	2018			2019			p
	DRM totaux	DRM MG	Proportion	DRM totaux	DRM MG	Proportion	
Périgueux	3020	326	11%	3315	315	10%	0,1
Bergerac	2239	274	12%	2166	275	13%	0,7
Nontron	953	160	17%	811	121	15%	0,3
Saint Astier Neuvic	786	120	15%	876	134	15%	1
Le Bugue - Le Buisson de							
Cadouin	526	112	21%	506	99	20%	0,5
Sarlat	1036	121	12%	1067	92	9%	0,02
Montpon	718	127	18%	803	113	14%	0,04
Thiviers	228	103	45%	492	75	15%	<0,0001
Montignac	386	83	22%	431	61	14%	0,01
Mussidan	454	83	18%	420	84	20%	0,6
Terrasson	725	75	10%	659	72	11%	0,8
Excideuil-Lanouaille	564	93	16%	408	66	16%	0,9
Vergt	352	57	16%	269	31	12%	0,1
Sigoules-Eymet	407	54	13%	444	72	16%	0,3
Saint Cyprien	310	59	19%	287	39	14%	0,1
Monpazier-Beaumont	247	52	21%	203	40	20%	0,8
Domme	254	43	17%	249	35	14%	0,4
Lalinde	144	42	29%	301	59	20%	0,03
Riberac	664	88	13%	694	70	10%	0,08
Verteillac	276	33	12%	329	44	13%	0,7
Belves - Villefranche du							
Périgord	196	25	13%	222	37	17%	0,3

On note donc à Sarlat, Montpon, Thiviers, Montignac et Lalinde une diminution significative des interventions de médecins généralistes effecteurs en 2019 par rapport à 2018.

IV) Discussion

Les résultats de notre étude ont permis de mettre en évidence une différence significative sur l'évolution du nombre d'interventions des médecins de garde effecteurs entre 2018 et 2019, montrant une diminution du nombre d'interventions malgré une augmentation du nombre de DRM totaux.

Il n'y avait pas de différence significative entre le nombre d'appels de semaine et de week-end entre les deux années concernant les DRM MG, les données sont donc superposables.

Plusieurs explications peuvent entrer en jeu dans ce constat. Premièrement un secteur trop étendu peut représenter un frein au déplacement du médecin de garde qui peut se retrouver à effectuer parfois jusqu'à une heure de route sur de petits axes et refuse donc le déplacement. Dans un second temps, on imagine que les patients se déplacent moins aisément. Dans les secteurs ruraux, les gens sont moins facilement véhiculés pour des raisons économiques mais également en raison d'une perte d'autonomie d'une population âgée qui ne peut plus conduire de nuit ou ne plus conduire du tout. Il peut également y avoir un refus de la part du patient de se déplacer sur de longues distances alors que parfois ces mêmes patients vivent à proximité d'une structure d'urgence. Il est donc possible d'imaginer que cela peut avoir des répercussions directes sur les services d'urgence de proximité.

Enfin, du côté régulateur, les médecins de la PDSA peuvent parfois hésiter à déplacer leur collègue de garde sur de grande distance et appeler plus facilement une ambulance, là aussi engendrant une augmentation des passages et donc du temps d'attente aux urgences.

On remarque que la majorité des interventions se déroulent le week-end et très peu en semaine. C'est un constat stable entre les deux années et le résultat est étonnant car on aurait pu s'attendre à l'inverse au vu de l'étendue des périodes. Pour expliquer cela, on peut imaginer que les patients ont moins recours à la PDSA en semaine car leur médecin traitant consulte souvent tard, ou qu'ils préfèrent être vus le lendemain par leur propre médecin traitant. Cependant dans notre étude nous n'avons la répartition des horaires uniquement pour les DRM MG et non pour l'ensemble des DRM, il aurait été intéressant d'extraire les DRM totaux de chaque période afin d'obtenir les proportions de DRM MG sur DRM totaux et de pouvoir conclure si les médecins se déplaçaient effectivement moins le soir que le week-end.

L'analyse géographique des données par grands secteurs montre une baisse significative des interventions à Sarlat et Bergerac, mais le secteur de Périgueux est resté stable. Nontron représente un trop faible nombre d'interventions ne permettant pas de conclure de manière significative. La proportion d'appel pour chaque secteur est superposable d'une année sur l'autre.

Le secteur de Périgueux représente le principal secteur d'effectif en Dordogne et un secteur très urbain qui compte le plus grand centre hospitalier de Dordogne et la clinique Francheville, qui réunissent à eux deux les principaux spécialistes de la région. On comprend bien qu'il s'agit probablement du secteur le plus attractif de Dordogne pour les professionnels de santé et donc que la densité médicale y est moins impactée, de même que les interventions des médecins (22). Si l'on s'intéresse aux deux grands secteurs qui ont connu une baisse des interventions : Sarlat est un secteur qui connaît un vieillissement de la population avec 38,8% de plus de 60 ans en 2018 contre 31,9% en 2008, et également un vieillissement de ses médecins généralistes libéraux dont 59% ont plus de 55 en 2017. Ce secteur s'étend sur 47 km² et de nombreuses communes sont à plus de 30mn d'un centre de santé (23). Bergerac s'étend sur 56 km² et suit la même tendance avec 38,2% de plus de 60 ans en 2018 contre 33,8 en 2008 et compte en 2017 44 médecins généralistes, soit une densité médicale de 72 médecins pour 100 000 habitants, plus faible que les valeurs régionales et nationales (24). Le constat est le même que pour Sarlat : les médecins ont pour la moitié plus de 60 ans. En revanche grâce au CH de Bergerac proche de Sainte-Foy-la-Grande toutes les communes sont situées à moins de 30 minutes d'un service d'urgence. Sarlat et Bergerac représentent donc deux zones très rurales, avec un vieillissement de la population et de ses médecins généralistes.

Les secteurs de garde qui ont vu une baisse des interventions sont donc Sarlat, Montpon, Thiviers, Montignac et Lalinde. On remarque qu'en dehors du secteur de Montpon et Lalinde ces territoires sont situés à l'Est de la Dordogne et à proximité du secteur de Périgueux. On peut imaginer qu'un critère de distance entre en jeu pour ces secteurs. Il est donc possible que des patients situés dans les zones limitrophes de ces secteurs avec Périgueux ont préféré ne pas se déplacer chez le médecin effecteur situé à l'opposé pour consulter directement aux urgences plus proches. Pour affirmer cela, il aurait été intéressant de connaître les DRM MG créés dont finalement l'intervention ne s'est pas effectuée, mais il s'agit là d'une donnée difficile à obtenir en rétrospectif.

Les secteurs de Montignac et Sarlat sont dans le grand district qu'est Sarlat, et Montpon et Lalinde dans celui de Bergerac et les conclusions se superposent donc aux conclusions des

grands districts : il y a donc une baisse des interventions dans ces secteurs étendus, ruraux et désertifiés.

Enfin, les secteurs directement concernés par la réforme n'ont pas de baisse significative du nombre d'interventions, mais peut-être qu'une étude réalisée sur une durée plus longue d'un an, avec une meilleure représentativité des pathologies annuelles, aurait permis de montrer une baisse du nombre d'interventions.

De même, il est possible que les mêmes conclusions auraient été faites dans les secteurs qui notent une baisse du nombre d'interventions, et cela indépendamment de la réforme.

En ce qui concerne les caractéristiques de traitement des appels, on note une baisse significative entre 2018 et 2019 des appels de priorités les plus importantes P0 et P1 contre une hausse des appels de priorités moindre type P2 et P3

De même il y a une différence significative avec une hausse des réponses type R3, mais encore une fois ici nous n'avons que la totalité des DRM MG et non pas la totalité des DRM globaux. Il y a moins de R2 donc d'engagement de moyen de transport type VSAV ou ambulance suite à l'intervention d'un médecin, il serait donc intéressant de savoir si les médecins sont moins déclenchés par le 15 pour des levées de doute sur la nécessité de transporter le patient.

L'une des forces de notre étude réside dans son originalité puisqu'il s'agit de la première de ce genre dans le département de la Dordogne. Il s'agit effectivement de mesures relativement récentes entreprises par l'ARS et les CODAMUPS pour pallier le manque de médecins, et peu d'études ont été amorcées pour étudier l'utilité et l'impact de ces nouvelles organisations territoriales. De plus la Dordogne est un département étendu qui répond, comme vu dans l'introduction, aux critères de qualification d'un désert médical avec une population âgée ce qui en fait un bon exemple extrapolable à d'autres régions connaissant des difficultés similaires.

Un autre atout de notre étude repose sur un recueil exhaustif. En effet, il concernait un nombre important de dossiers, sur une période de deux mois sur chaque année soit quatre mois au total, et représente ainsi un bon reflet de la réalité. Il est important de souligner que ce recueil a été effectué avant la pandémie liée au COVID-19. Il est ainsi un bon aperçu d'une réalité de terrain, sans biais lié à la nouvelle réorganisation temporaire qu'a suscité l'épidémie.

Notre critère de jugement principal est objectif, ce qui représente une force supplémentaire de l'étude, puisqu'il s'agit d'une proportion calculée à partir d'un recueil exhaustif automatisé.

Parmi les limites de notre étude, nous devons soulever son caractère rétrospectif qui peut représenter un biais d'information, dans la mesure où certains dossiers n'étaient pas complets. Ainsi, beaucoup de valeurs B étaient absentes, car non complétées par les ARM au moment de la clôture du dossier ou alors simplement non renseignés par le médecin s'étant déplacé sur place. Ces valeurs n'ont malheureusement pas pu être complétées à posteriori, contrairement aux valeurs R manquantes qui ont été toutes renseignées intégralement grâce à une relecture dossier par dossier.

Les dossiers inclus dans l'étude portaient sur une période estivale, ce qui peut représenter un biais de sélection également. En effet, il est bien connu que les pathologies hivernales ne sont pas superposables à celles de l'été, d'autant plus dans une région qu'est la Dordogne, soit très touristique l'été. Ainsi la population n'est pas la même que le reste de l'année et donc les conclusions peuvent être biaisées et différentes des autres mois d'hiver qui comportent plus de personnes âgées polypathologiques avec beaucoup de décompensations cardiaques, et probablement moins de population pédiatrique. L'impact de la réforme serait donc intéressant à évaluer l'hiver.

Des variables complémentaires auraient ainsi apporté une dimension supplémentaire à l'étude, en qualifiant le type de pathologie correspondant à chaque intervention ou encore les caractéristiques démographiques des appelants. De plus, seul le nombre d'interventions selon l'année ressort de notre étude, sans en apporter des qualificatifs comme l'évolution des interventions en fonction de qui était le médecin et son statut (remplaçant ou médecin généraliste installé).

Enfin dans notre étude, nous n'avons pas recueilli le nombre et qualificatifs de P, R et B pour l'ensemble des DRM totaux mais uniquement pour les DRM MG sélectionnés. Or, il aurait été intéressant de se doter de cette information pour calculer les proportions.

Une analyse qualitative des médecins effecteurs concernés par questionnaire pourrait apporter des éléments et cibler les problématiques.

Également, il serait intéressant de refaire cette étude sur une année entière pour pouvoir avoir une meilleure représentativité et la comparer avec d'autres variables comme par exemple l'évolution du nombre de passages aux urgences dans le secteur concerné (Sarlat, Bergerac et

Périgueux). Il serait également informatif de recueillir l'avis des médecins directement concernés et de réaliser un questionnaire afin d'évaluer les raisons, pour chaque intervention, pour laquelle le médecin accepte ou non de se déplacer.

Comme énoncé précédemment, il n'y a pas de travail similaire à notre étude en Dordogne. Cela s'explique par le caractère récent de cet arrêté, qui n'a pas fait l'objet d'évaluation et qui suscite peu de questionnement pour le moment.

A l'échelle de la France cependant une thèse se rapproche de la nôtre et s'est intéressée à l'évaluation de l'impact de la diminution des secteurs de PDSA dans la région de Rouen sur l'afflux aux urgences et à la maison médicale de garde, présentée en novembre 2020 (25). Cette thèse avait pour but de quantifier la part des patients consultant aux urgences pour un motif relevant de la PDSA, qui aurait fait appel au médecin de garde de leur secteur s'ils étaient toujours présents. La conclusion de cette étude est que 44,6% des patients interrogés affirment qu'ils auraient fait appel au médecin de garde de leur secteur s'il existait toujours, soit près de la moitié, évitant ainsi des consultations inappropriées aux urgences sur des horaires de PDSA. Une autre problématique soulevée par cette étude est que 69% des patients n'ayant jamais eu recours au médecin de garde ne connaissaient pas l'existence de ce dernier.

A l'échelle de la Dordogne, beaucoup d'études ont été réalisées au sujet de la PDSA ou de la problématique du manque de médecins libéraux en Dordogne.

Une thèse soutenue en avril 2020 (26) s'est intéressée à l'évaluation des appels de la PDSA au sein du SAMU de Dordogne. Cette étude a permis de montrer que la majorité des dossiers créés entre minuit et 7h du matin concernent la PDSA selon l'ARM. Cette étude permet de rendre compte de la place prépondérante qu'occupent les appels destinés à la PDSA et donc permet de soulever la sollicitation dont font l'objet les médecins effecteurs. Il est intéressant de soulever que la tranche d'âge la plus représentée par ces appels est celle des 0-10 ans mettant en évidence une carence en pédiatre libéraux en Dordogne, auquel les médecins généralistes de gardes doivent suppléer. Le manque de médecins et la désertification de la Dordogne semble donc au cœur du problème.

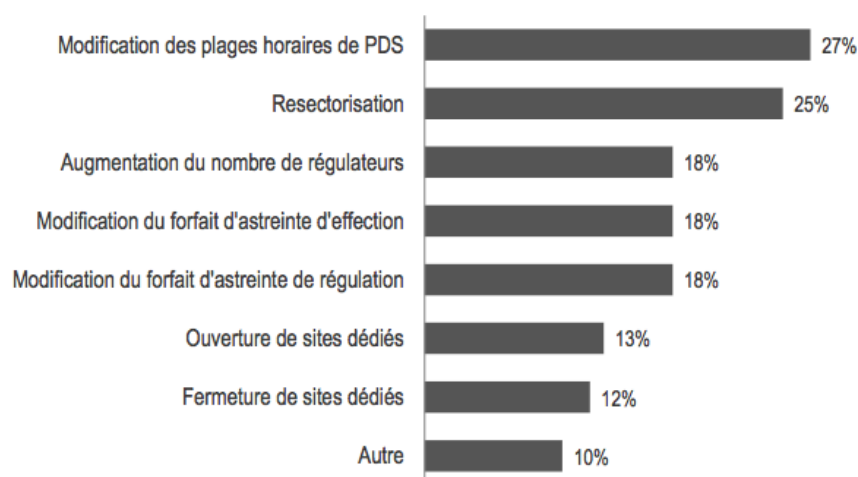
Des solutions autre que la nouvelle sectorisation semble être lancées, afin de pallier le manque de médecins libéraux qui se répercute un peu plus chaque année dans le service d'urgence de proximité. Ce sujet a été abordé par une thèse soutenue en janvier 2019 (27) qui a étudié l'impact des mesures incitatives et initiatives locales sur le lieu d'installation. Il semblerait que les aides locales, les terrains de stage de fin d'internat soient des critères

apportant une attractivité de la région et donc une possibilité d'augmenter le nombre de médecins généralistes libéraux, soit une augmentation des médecins effecteurs de la PDSA.

Dans cet esprit, une étude s'est intéressée à l'impact de la création d'une MMG à Libourne, soutenue en novembre 2017 (28), il s'agit de la seule étude à proximité de la Dordogne effectuée, aucune de ce type n'ayant été menée en Dordogne. Dans cette étude, la création d'une MMG satisfait à l'unanimité les médecins généralistes installés, et conclut à une amélioration de leur qualité d'exercice de la profession. La création de la MMG a permis de diminuer le nombre de gardes des médecins installés, tout en facilitant les possibilités de remplacements et en assurant la sécurité des patients et des médecins au sein de cette structure intra hospitalière et lors des déplacements nécessaires.

Dans un article du Sud Ouest de mai 2021 (29) un nouvel outil développé en vue de promouvoir l'installation des médecins généralistes et spécialistes a été lancé en Dordogne : le site internet soignerenperigord.fr, afin de faciliter une activité coordonnée des soins.

Dans son état des lieux de la PDSA, le CNOM (30) annonce les mesures pour les futures années à suivre. La dynamique actuelle s'inscrit en trois axes : la modulation des plages horaires de la PDSA, la sectorisation et le renforcement de la régulation libérale. Le rapport déplore un manque de médecins colossal, associé à la démobilisation des médecins libéraux. Comme dans notre étude, ce rapport semblerait conclure que les modalités organisationnelles dont font partie intégrante les resectorisations ont pu être soulevé comme facteurs fragilisant l'organisation de la PDSA. L'évolution organisationnelle de la PDSA concerne en 2019 85% des départements, avec une resectorisation pour 25% d'entre eux.



Source : CNOM, Enquête PDSA 2019

Figure 6 : Part des départements concernés par des changements organisationnels de la PDSA au cours de l'année 2019

En termes de perspective, l'ARS énonce des projets d'ouverture de MMG avec une revalorisation des forfaits d'effection. Elle fait également état d'un effet positif de l'ouverture des plages de régulation le samedi matin et en soirée.

Les problématiques de sectorisation ont eu des conséquences négatives dans certains départements comme cela a pu être soulevé dans l'Aude où les territoires sont considérés comme trop vastes dans des secteurs ruraux. Les visites deviennent de plus en plus difficiles à assumer. Ainsi il est clairement affirmé qu'un territoire de PDSA doit être défini de manière à ce que les distances à parcourir ne constituent pas un frein de prise en charge. En 2019, la part des territoires effectivement couverts par une offre libérale était de 99% les week-ends et jours fériés contre 90% en soirées de semaine et 27% en nuits profondes.

Ce rapport a mis en avant le fait que de plus en plus de médecins évoquent un désengagement des lignes de garde. Les raisons avancées sont en lien avec le vieillissement des médecins et la désertification de certaines zones. D'autres raisons évoquent le faible nombre d'actes, la surcharge de travail devant un nombre de garde trop important ainsi que le manque de reconnaissance financière. Les jeunes médecins adhèrent également peu au système de la PDSA.

Cette étude permet d'avoir des données objectives sur un sujet qui est très clivant dans la communauté médicale du département et permet ainsi aux représentants du SAMU de pouvoir mieux défendre l'intérêt des patients au sein du CODAMUPS-TS.

Ces résultats nous ouvrent des nouvelles perspectives. Dans les suites de l'arrêté de mai 2019 que nous avons étudié, d'autres arrêtés ont vu le jour afin de réduire d'avantage le nombre de secteurs, ce qui se traduit irrémédiablement par une augmentation de l'étendue de secteurs de plus en plus vastes. Ainsi l'arrêté du 13 novembre 2020 (31) a fusionné les territoires de Saint-Aulaye, la Roche-Chalais et Ribérac en un seul territoire qu'est Ribérac. Ainsi de manière plus globale il serait intéressant de mener une nouvelle étude incluant les dernières mises à jour en termes de secteurs, avec une période plus étendue et des variables supplémentaires.

Finalement, bien que l'on retrouve qu'une seule étude en lien avec la nouvelle sectorisation, de nombreuses thèses ont abordé le sujet de la PDSA en France dont la réorganisation est au cœur des problématiques actuelles. Le sujet qui ressort le plus en lien avec la PDSA est l'effet du développement des maisons médicales de garde sur l'afflux aux urgences ou sur les appels au CRRA. En effet un rapport a été publié par le Professeur Carli en décembre 2019 (32), missionné par le ministère des solidarités et de la santé en vue de trouver des pistes d'amélioration et de « refondation » des urgences. Il est intéressant de noter que la piste privilégiée pour les années à venir serait le développement des maisons médicales de garde avec comme objectif l'implantation d'une MMG à proximité directe de tous les services d'urgence totalisant plus de 50 000 passages par an. Cette étude pourrait être effectuée dans un premier temps de manière monocentrique à Bergerac qui s'est équipé d'une MMG à côté des urgences.

Le projet « Ma santé 2022 » (33) développe les ambitions du Président de la République pour améliorer l'offre de soins en France. Il semble s'axer sur la promotion des centres de santé et maisons médicales, ainsi que le renforcement des centres hospitaliers de proximité. La suppression du numerus clausus (34) prévue cette année a pour but de laisser les facultés réguler elles-mêmes l'accès aux études médicales, en fonction de leurs capacités d'accueil et surtout des besoins de leur propre région. Sur le papier, ce changement permettrait de former 20% de médecins en plus. Or on sait que le manque de médecins devient la problématique pivot actuelle et des années à venir (35)

Enfin, la dernière piste serait de s'intéresser aux médecins spécialistes qui par leur carence influe directement la sollicitation de la PDSA et des urgences. En effet, en ajoutant le motif de l'appel en PDSA, on pourrait rendre compte des motifs ne relevant pas de la médecine générale mais plutôt de l'urgence spécialiste : corps étranger dans l'œil, pathologie ORL, douleur dentaire etc.

Finalement de nombreux facteurs influencent la désertification médicale de la Dordogne, et la nouvelle sectorisation ne semble pas pallier ce manque. Elle conduit en effet à des secteurs de garde qui ne sont plus à taille humaine, qui mettent à mal les médecins volontaires et compliquent l'accès aux soins pour les patients. C'est ainsi que le Docteur Max Desfrancois, président de l'Ordre affirme qu' « après des journées de 12 à 13 heures de travail, on ne peut raisonnablement plus demander aux médecins de prendre leur voiture et de faire 40km à 23h30 » (36) . Cela leur fait craindre l'apparition de « zones blanches », c'est-à-dire des territoires sans médecin de garde où les demandes de soins non-programmés sont adressées, par défaut, au SAMU ou au service des urgences.

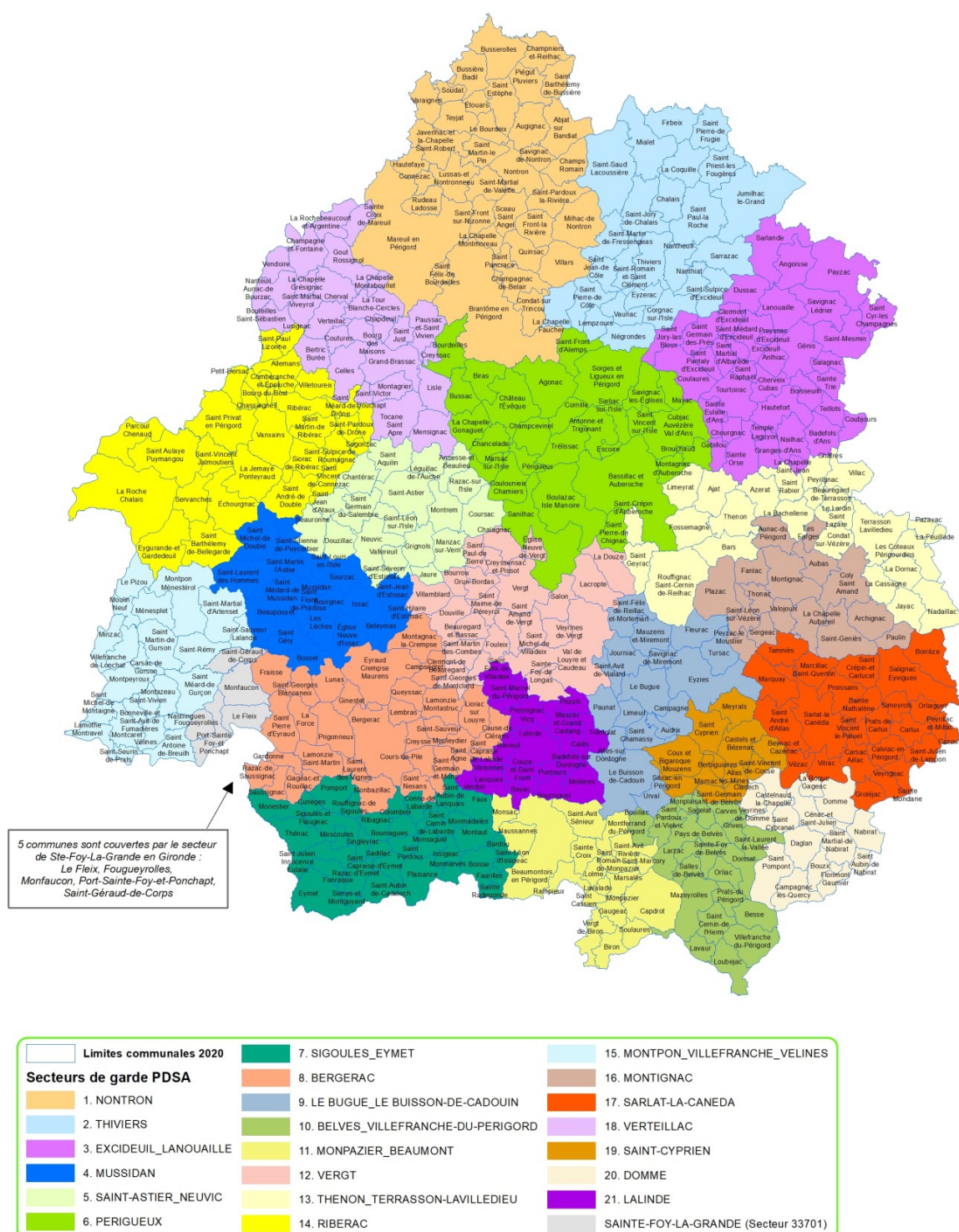
v) Conclusion

L'objectif principal de notre étude était d'analyser l'impact de la mise en place de la nouvelle sectorisation des gardes en mai 2019 en horaire de PDSA, en s'intéressant à l'évolution du nombre d'interventions où le médecin de garde a été effectivement engagé. Les résultats obtenus permettent de conclure à une différence significative du nombre d'interventions entre 2018 et 2019 avec une diminution des interventions malgré une augmentation du nombre total de DRM.

Ce travail permet de mettre en reflet un effet contraire à celui souhaité par cet arrêté : son but principal est de compenser la carence de médecins dans ce désert médical qu'est la Dordogne, en évitant que des zones soient non pourvues. Cependant, il semblerait que cela représente finalement que cette solution n'en soit pas une puisque ni les patients ni les médecins ne peuvent tolérer de grands déplacements, à des horaires parfois nocturnes et on observe finalement une baisse des interventions des médecins aux horaires de PDSA. Ce décret n'est pas isolé et de nouvelles sectorisations vont voir le jour.

Ainsi la question soulevée dans cette étude ne fait que rappeler la problématique de fond d'un manque de médecin en Dordogne, mais pointe également du doigt le fait que le problème se généralise sur l'ensemble du territoire. Les tentatives pour y pallier ne semblent pas efficaces. Les solutions qui paraissent les plus pérennes seraient l'augmentation du nombre de médecins sur l'ensemble du territoire, remettant en cause les effets du *numerus clausus*, mais également l'émergence des MMG qui semblent afficher des résultats encourageants. L'attractivité de la Dordogne est en constant développement pour attirer des jeunes médecins généralistes à l'installation.

Annexe 1 : Cartographie des secteurs de Dordogne



Source : DOSA - 26 octobre 2020

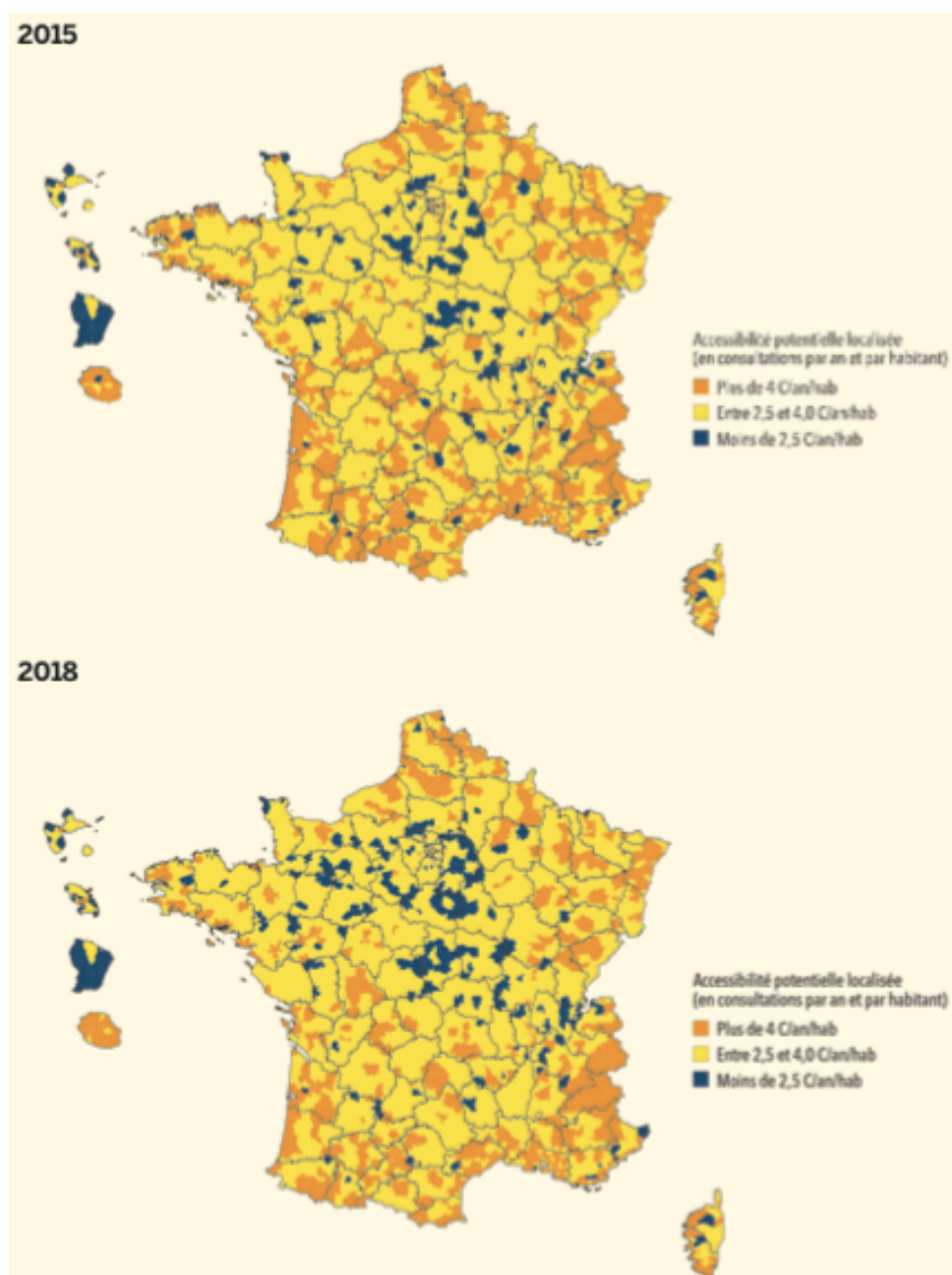
Fonds IGN découpage au 01/01/2020

Exploitation et réalisation : ARS Nouvelle-Aquitaine/DPSP/Pôle études, statistiques et évaluation - 27/10/2020

Annexe 2 : Les quatre grands districts de Dordogne



Annexe 3 : APL moyen aux médecins généralistes à l'échelle du territoire de vie-santé en 2015 et en 2018 (en consultation par an et par habitant)



VI) Bibliographie

1. Code de santé publique. Article L 6314-1 et articles R6315-1 à R 6315-7.
2. Décret n° 2010-809 du 13 juillet 2010 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. 2010-809 juill 13, 2010.
3. Article 77 - Permanence de soins - obligations [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie/lexercice-profession-art-69-108/1-regles-communes-modes-dexercice-art-69-84-7>
4. Bilan de la permanence des soins en 2019 [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2020 [cité 18 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiqués-presse/bilan-permanence-soins-2019>
5. ARS Nouvelle-Aquitaine. Cahier des charges régionales de la permanence des soins en ambulatoire. 2020.
6. Délégation départementale de Dordogne, ARS. Procès verbal du comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPSTS). 2019.
7. Cahier des charges de la permanence des soins en médecine ambulatoire en Aquitaine. 2020;145.
8. Martin L. La Dordogne à grands traits. Insee Nouvelle Aquitaine. 2016.
9. Dossier complet – Département de la Dordogne (24) | Insee [Internet]. [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-24>
10. Conseil territorial de santé de Dordogne. Les premières Assises de la démographie médicale en Dordogne. 2019.
11. ARS. Atlas de la santé Nouvelle-Aquitaine. [Internet]. 2018. Disponible sur: https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/01/Offre_sante.pdf
12. Dulieu L. L'histoire des urgences pour en comprendre la crise [Internet]. 2019 [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <https://www.franceculture.fr/societe/lhistoire-des-urgences-pour-en-comprendre-la-crise>
13. Les urgences médicales en France [Internet]. Statista. [cité 15 mars 2021]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/themes/3462/les-urgences-medicales-en-france/>
14. Pelletier A. Impact de la démographie médicale en Dordogne sur les passages aux Urgences du Centre Hospitalier de Périgueux: étude prospective réalisée du 17 octobre 2016 au 30 octobre 2016 à propos de 787 passages [Thèse de médecine]. Université de Bordeaux; 2016.
15. Passage aux urgences par praticité en France 2019 [Internet]. Statista. [cité 29 juill 2021]. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/1036616/passage-aux-urgences-par-praticite-en-france/>
16. Del Bano J-P. Déserts médicaux : état des lieux et solutions [Internet]. Le Guide Santé. 2020 [cité 7 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.le-guide-sante.org/actualites/sante-publique/deserts-medicaux-etat-des-lieux-solutions>
17. Dupuis C, Tranthimy L. Érosion des généralistes, salariat, féminisation, inégalités qui se creusent : les nouveaux visages de la démographie médicale. 2018.
18. Legendre B. En 2018, les territoires sous-dotés en médecins généralistes concernent près de 6% de la population. févr 2020;(1144):1 à 6.
19. ARS Nouvelle-Aquitaine. Arrêté n°2019-100 [Internet]. 2019. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2019->

05/PDSA_NA_Arrete_CDC_PDSA_06_05_2019.pdf

20. Giroud M. L'accès au Dossier Médical Personnel par le médecin régulateur du Samu. 2009;10.
21. Lapandry C, Adnet F. Conférence d'experts. Concours de la Société Française de Médecine d'Urgence et de la Société de Réanimation de Langue Française. janv 2006;6.
22. Dossier complet – Commune de Périgueux (24322) | Insee [Internet]. [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-24322>
23. Dossier complet – Commune de Sarlat-la-Canéda (24520) | Insee [Internet]. [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-24520>
24. Dossier complet – Commune de Bergerac (24037) | Insee [Internet]. [cité 7 déc 2021]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=COM-24037>
25. Authouart M-A. Évaluation de l'impact de la diminution des secteurs de permanence des soins ambulatoires sur les admissions aux urgences et à la maison médicale de garde les soirs de semaine dans la région rouennaise.
26. Claverie M. Évaluation des appels concernant la Permanence des Soins Ambulatoires en horaire de nuit au sein du Centre de Réception et Régulation des appels de la Dordogne. [Thèse]. Université de Bordeaux; 2020.
27. Cantiran V. Évaluation par les médecins généralistes nouvellement installés en Dordogne de l'impact des mesures incitatives et initiatives locales sur leur lieu d'installation [Thèse]. Université de Bordeaux; 2019.
28. Flacassier C. Étude de l'impact de la Maison Médicale de Garde de Libourne sur la pratique déclarée des médecins généralistes du secteur du Libournais [Thèse]. Université de Bordeaux; 2017.
29. Ladde N. Dordogne : un site pour lutter contre la désertification médicale. Sud Ouest. mai 2021;
30. Ordre national des médecins. Enquête du conseil national de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale. 2019.
31. ARS Nouvelle-Aquitaine. Arrêté [Internet]. 2020. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2020-11/PDSA_NA_Arrete_CDC_PDSA_13_11_2020.pdf
32. Mesnier T, Carli P. T. Pour un pacte de refondation des urgences. 2019 déc p. 259.
33. Ministère des Solidarités et de la Santé. Permettre une offre de soins au plus près des territoires [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2021 [cité 29 juill 2021]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/lutter-contre-les-deserts-medicaux/article/permettre-une-offre-de-soins-au-plus-pres-des-territoires>
34. Nationale A. Projet de loi n° 245, adopté par l'Assemblée nationale relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé [Internet]. Assemblée nationale. [cité 29 juill 2021]. Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/textes/l15t0245_texte-adopte-seance
35. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Journal de Pédiatrie et de Puériculture. juill 2009;22(4-5):245-53.
36. Delpeyrat E. Gardes médicales en Dordogne : les patients devront se rendre au cabinet des médecins. 2019.

SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

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

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.
Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.
Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RESUME

Evaluation of the numbers of interventions by general pratician during hours of permanence ambulatory care after downsizing the numbers of on call districts in Dordogne since 2019.

INTRODUCTION : La permanence des soins ambulatoires (PDSA) vise à répondre aux besoins de soins non programmés aux horaires de fermeture des cabinets médicaux. En Dordogne, le 6 mai 2019 est voté par l'ARS de Dordogne un arrêté entraînant un passage de 28 secteurs de garde à 2. En conséquence cette réforme a entraîné la création de secteurs parfois jugés trop grands avec des distances de plus de 30km. Nous avons voulu évaluer faire une étude des conséquences de cette nouvelle sectorisation sur l'effectif des gardes par les médecins de garde.

MATERIELS ET METHODES : Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale rétrospective avant-après monocentrique, réalisée au sein du CRRRA de Dordogne. Le critère de jugement principal est la comparaison du rapport de nombre d'interventions des médecins généralistes effecteurs sur le nombre de DRM concernant la permanence des soins. Tous ces résultats sont ensuite traités et analysés à l'aide du logiciel eRM@d'EXOS sur la base de données du SAMU 24

RESULTATS : Notre étude a permis de montrer qu'il existe une baisse significative entre le nombre d'interventions des médecins de garde en 2019 par rapport à 2018 malgré une hausse du nombre de dossiers de régulation médicale entre les deux années.

CONCLUSION : La nouvelle sectorisation initiée par l'arrêté de mai 2019 ne semble pas faire preuve d'efficacité pour pallier le manque de médecins de garde. La dynamique actuelle de l'ARS et des CODAMUP-TS semble pourtant en faveur de nouveaux arrêtés réduisant encore le nombre de secteurs.

ABSTRACT

Evaluation of the numbers of interventions by general pratician during hours of permanence ambulatory care after downsizing the numbers of on call districts in Dordogne since 2019.

INTRODUCTION : The permanence of ambulatory care aims to meet the needs of care not scheduled during the hours when medical offices are closed. In Dordogne, on may 6th the regional agency of health of Dordogne voted a decree leading to a change of the numbers of medicals areas, reducing from 28 to 21 of them. As a result this decree led to the creation of bigger areas which can be considered as too large as they involve distances of 30km. We wanted to make a analysis of the consequences of this decree on the effectif of the on-call doctors during the time of permanence of ambulatory care.

MATERIALS AND METHODS : This is a transversal epidemiological descriptive monocentric study carried out within the reception and call regulation center de Dordogne. The main judgment criterion compares the proportion of interventions of on-call doctors to all the files created at the same period, concerning the permanence of ambulatory care. All these results are then processed and analyzed using the eRM@d'EXOS software based on the datas keep by SAMU 24.

RESULTS : This study was able to show that there is a significant decrease in the numbers of interventions of on-call doctors in 2019 compared to 2018 despite an increase of the total numbers of medical regulation files in 2019.

CONCLUSION : The new sectorisation started by the decree on may 6th 2019 doesn't seem to improve the situation concerning the lack of on-call doctors. However the ARS and the CODAMUP-TS are about to initiate others decrees leading to a reduction of the numbers of on-call sectors.

DISCIPLINE : MEDECINE GENERALE – Année 2021

MOTS-CLES : secteurs de garde, dordogne, permanence des soins, arrete du 6 mai 2019