

UNIVERSITE DE LIMOGES

Faculté de Médecine



ANNEE ...

THESE N° 133/11

MEDECINS GENERALISTES ET PERMANENCE DES SOINS :

Existe t il une différence de pratique lors des gardes entre les médecins généralistes implantés en milieu urbain et ceux implantés en milieu rural dans le département de la Corrèze en 2004

THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE



Présentée et soutenue publiquement le 25 Septembre 2006

Par

Anne-Sophie MASSONIE

Née le 02 Novembre 1979 à Tulle (Corrèze)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur C.PIVA.....PRESIDENT
Monsieur le Professeur P.COURATIER.....JUGE
Monsieur le Professeur T.DANTOINE.....JUGE
Monsieur le Professeur D.BUCHON.....JUGE
Madame le Docteur C.MUNIER-CHAMBON.....MEMBRE INVITE

REMERCIEMENTS

Je remercie les honorables membres du Jury qui ont accepté de présider ou juger cette thèse :

Monsieur le Professeur Claude PIVA

Médecine légale
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service

Monsieur le Professeur Philippe COURATIER

Neurologue
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier

Monsieur le Professeur Thierry DANTOINE

Médecine Interne
Gériatrie et Biologie du vieillissement
Professeur des Universités
Médecin des Hôpitaux

Monsieur le Professeur Daniel BUCHON

Médecine Générale
Professeur Associé à mi-temps

Je remercie ma directrice de thèse :

Madame le Docteur Christiane MUNIER-CHAMBON

Médecin Généraliste
Pour l'aide et le soutien apporté tout au long de la réalisation de ce travail et pour son implication active dans l'organisation des gardes de Médecine Générale dans la ville de Tulle.

Je remercie ma famille et mes amis de m'avoir encouragée et soutenue dans ce travail.

Merci.

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

ROCHE Doriane

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc (Surnombre 31/08/2006)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
CHAPOT René	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (Surnombre 31/08/2006)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
DESCOTTES Bernard (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DUDOGNON Pierre (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	CHIRURGIE UROLOGIQUE ET ANDROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S)	MEDECINE DU TRAVAIL
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LE MEUR Yannick	NEPHROLOGIE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE

MAUBON Antoine (C.S)
 MELLONI Boris
 MERLE Louis (C.S)
 MOREAU Jean-Jacques (C.S)
 MOULIES Dominique (C.S)
 NATHAN-DENIZOT Nathalie
 PARAF François
 PILLEGAND Bernard (Surnombre 31/08/2008)
 PIVA Claude (C.S)
 PLOY Marie-Cécile
 PREUX Pierre-Marie
 RIGAUD Michel (C.S)
 SALLE Jean-Yves
 SAUTEREAU Denis (C.S)
 SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
 STURTZ Franck
 TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
 TREVES Richard (C.S)
 TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
 VALLAT Jean-Michel (C.S)
 VALLEIX Denis
 VANDROUX Jean-Claude (C.S)
 VERGNEGREGRE Alain (C.S)
 VIDAL Elisabeth (C.S)
 VIGNON Philippe
 VIROT Patrice (C.S)
 WEINBRECK Pierre (C.S)
 YARDIN Catherine (C.S)

RADIOLOGIE
 PNEUMOLOGIE
 PHARMACOLOGIE
 NEUROCHIRURGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
 ANATOMIE PATHOLOGIQUE
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 MEDECINE LEGALE
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
 INFORMATION MEDICALE ET EVALUATION
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
 HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE – CHIRURGIE GENERALE
 BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
 MEDECINE INTERNE
 REANIMATION MEDICALE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES
 HISTOLOGIE-CYTOLOGIE, CYTOGENETIQUE ET BIOLOGIE
 CELLULAIRE ET DE LA REPRODUCTION

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

ALAIN Sophie
 ANTONINI Marie-Thérèse
 BOUTEILLE Bernard
 CHABLE Hélène
 DAVIET Jean-Christophe
 DRUET-CABANAC Michel
 DURAND-FONTANIER Sylvaine
 ESCLAIRE Françoise
 JULIA Annie
 LAPLAUD Paul
 MOUNIER Marcelle
 PETIT Barbara
 QUELVEN Isabelle
 RONDELAUD Daniel
 TERRO Faraj
 VERGNE-SALLE Pascale
 VINCENT François

Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
 Explorations Fonctionnelles Physiologiques
 Parasitologie - mycologie
 Biochimie et génétique moléculaire, chimie des explorations fonctionnelles
 Médecine physique et réadaptation
 Epidémiologie, économie de la santé et prévention
 Anatomie – Chirurgie Digestive
 Biologie Cellulaire
 Hématologie
 Biochimie et Biologie Moléculaire
 Bactériologie – virologie – hygiène hospitalière
 Anatomie et cytologie pathologiques
 Biophysique et Médecine Nucléaire
 Laboratoire Cytologie et Histologie
 Biologie Cellulaire
 Thérapeutique
 Physiologie

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel
 BUISSON Jean-Gabriel

MEDECINE GENERALE
 MEDECINE GENERALE

SOMMAIRE

INTRODUCTION

1	DONNEES DEMOGRAPHIQUES	6
1.1	La population Limousine	6
1.1.1	Le nombre d'habitants et son évolution.....	6
1.1.2	Les caractéristiques de la population Limousine	7
1.1.3	La répartition de la population Limousine et son évolution	9
1.1.4	La population Corrézienne.....	11
1.2	Les médecins généralistes limousins.....	12
1.2.1	Le nombre de médecins généralistes limousins et son évolution	12
1.2.2	Les caractéristiques des médecins généralistes libéraux du Limousin.....	14
1.2.3	Les médecins Corréziens	17
2	LA PERMANENCE DES SOINS	21
2.1	Historique.....	21
2.2	Définitions.....	21
2.2.1	La Permanence Des Soins (PDS)	21
2.2.2	Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence Des Soins et des transports sanitaires : le CODAMUPS	22
2.3	Organisation de la Permanence Des Soins sur le plan national	24
2.3.1	Les acteurs de la Permanence Des Soins	24
2.3.2	Les co-intervenants à la PDS	26
2.3.3	Le cheminement des appels en garde	27
2.3.4	La sectorisation.....	30
2.3.5	Le tableau de garde.....	30
2.3.6	Les horaires	31
2.3.7	Les actes : visites ou consultations ?	32
2.3.8	Le matériel en garde : la trousse médicale d'urgence	33
2.3.9	Cas particulier : Les maisons médicales de garde.....	37
2.4	Le système de garde Corrézien en 2004.....	38
2.4.1	La sectorisation.....	38

2.4.2	Les horaires des gardes	39
2.4.3	Nombre de médecins généralistes participants aux gardes.....	40
2.4.4	Le tableau de garde.....	40
2.4.5	La rémunération des gardes	41
2.4.6	La cotation des actes en garde.....	41
2.4.7	La régulation des appels.....	41
2.4.8	Les chiffres officiels	42
2.5	Les changements de l'année 2005.....	43
2.5.1	Sur le plan national	43
2.5.2	Concernant le département de la Corrèze	45
3	L'ETUDE	46
3.1	La méthode.....	46
3.1.1	Définition de la population étudiée	46
3.1.2	La méthode d'observation : le questionnaire	47
3.1.3	Recueil et analyse des résultats	48
3.1.4	Contribution	50
3.2	Les résultats.....	50
3.2.1	Statistiques globales.....	50
3.2.2	Comparaison entre médecins ruraux et urbains	53
4	DISCUSSION	84
5	CONCLUSION.....	90

LISTE DES SIGLES

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE

INTRODUCTION

Les gardes de médecine générale sont une partie incontournable du travail de médecin généraliste. Elles s'intègrent dans le cadre de la Permanence Des Soins qui permet de répondre aux besoins de la population quels que soit l'heure ou le jour.

Cette Permanence Des Soins est actuellement au premier plan de l'actualité médicale car son organisation ne semble plus adaptée à l'effectif des médecins généralistes qui sont de moins en moins nombreux à assurer les gardes, notamment en milieu rural.

Notre expérience de la médecine générale acquise auprès de médecins généralistes corréziens nous a permis de nous interroger sur ce sujet. Nous avons eu en effet le sentiment d'une différence dans leur façon d'appréhender les gardes. Cette différence était surtout présente entre les médecins ruraux et les médecins urbains.

Ceci nous a donné envie d'approfondir le sujet avec deux objectifs :

- Comparer la pratique en garde des médecins généralistes ruraux et urbains afin de voir si il existe une différence significative
- Faire un état des lieux de la Permanence Des Soins en Corrèze en 2004

Pour cela nous avons choisi de réaliser une enquête de terrain à l'aide d'un questionnaire, anonyme, envoyé à tous les médecins généralistes libéraux de la Corrèze.

Cette enquête s'intègre dans un travail plus large qui comporte trois parties. Dans une 1^{ère} partie nous étudierons les données démographiques concernant la population et les médecins du limousin (tout particulièrement de la Corrèze). La 2nde partie sera consacrée à la définition et à l'organisation de la Permanence Des Soins tant sur le plan national que départemental. La 3^{ème} partie, quant à elle, concernera l'étude proprement dite où nous exposerons notre méthode et nos résultats avant de lancer la discussion.

Nous espérons grâce à ce travail mieux comprendre les médecins généralistes corréziens ainsi que leurs conditions d'exercice en garde.

1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Afin de réaliser une synthèse sur les médecins généralistes corréziens, nous allons dans un premier temps aborder le thème de la démographie en Limousin.

1.1 La population Limousine (1)

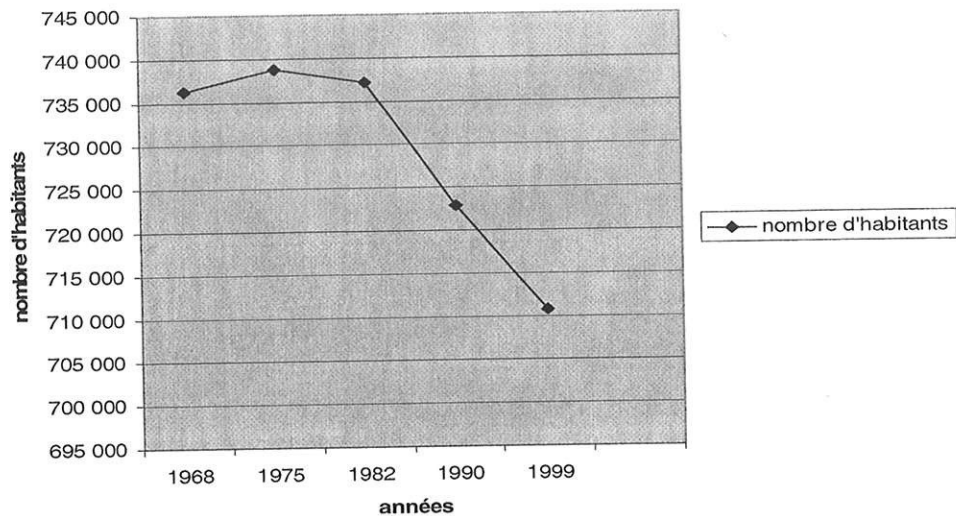
Pour ce chapitre nous nous référons aux données du dernier recensement effectué par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Ces données datant de 1999 sont les derniers chiffres fiables dont nous disposons.

Nous effectuerons d'abord une photographie de la population Limousine dans son ensemble puis nous nous intéresserons à la population Corrézienne en particulier.

1.1.1 Le nombre d'habitants et son évolution

Le Limousin, avec 710 792 habitants (soit 42 habitants au Km²), se situe au 21^o rang sur 22 régions françaises métropolitaines

Evolution du nombre d'habitants en Limousin de 1968 à 1999



Source : INSEE RP 68-75-82-90-99

Ce nombre est l'aboutissement d'une décroissance continue depuis 1975 due à un solde naturel¹ constamment négatif.

A noter : légère croissance de 1968 à 1975 expliquée par un solde migratoire² très positif comblant ainsi le déficit naturel.

1.1.2 Les caractéristiques de la population Limousine

Nous avons choisi d'étudier l'âge, le sexe, et les origines de la populations Limousine afin de déterminer ses principales caractéristiques.

¹ Différence entre le nombre de décès et de naissances au cours d'une même période

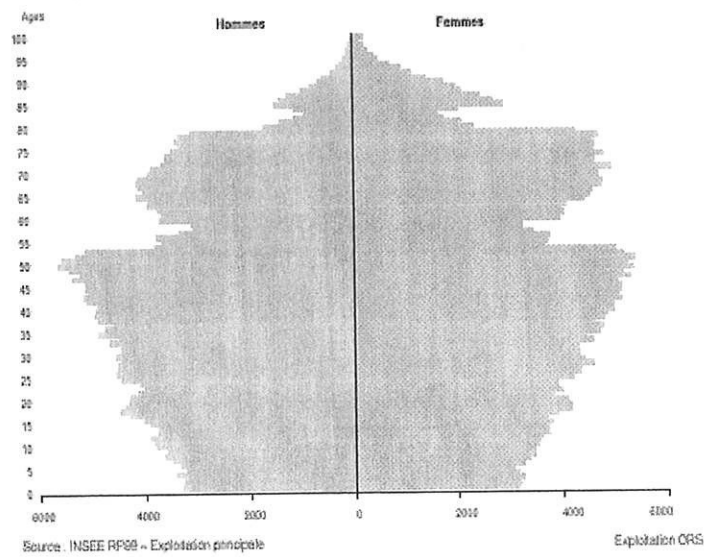
² Différence entre l'effectif des immigrants et l'effectif des émigrants

L'âge

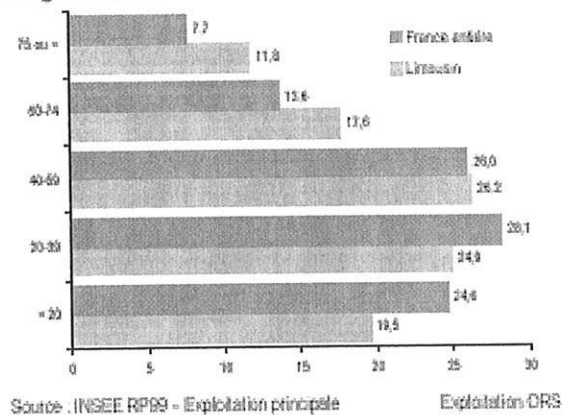
En 1999 le Limousin compte :

- 19.5% de personnes âgées de moins de 20 ans (moyenne nationale : 24.6%)
- 56.6% de personnes entre 20 et 64 ans (moyenne nationale : 58.7%)
- 23.9% de personnes de plus de 65 ans (moyenne nationale : 16.7%)

◆ Pyramide des âges en Limousin en 1999 (Effectifs)



Répartition (en %) de la population par groupes d'âge en 1999



A noter : depuis 1968 un phénomène de vieillissement de la population Limousine, l'indice de vieillissement³ passant de 0.7 en 1968 à 1.3 en 1999

Le sexe

Le limousin compte en 1999 :

- 343 320 hommes (soit 48.3% de la population)
- 367 472 femmes (soit 51.7% de la population)

Les origines

Le recensement de 1999 dénombre 20 090 habitants d'origine étrangère en Limousin soit 2.8% de la population, ce qui est nettement inférieur à la moyenne nationale (5.6%)

1.1.3 La répartition de la population Limousine et son évolution (*)

Rappel de définition : Pour définir les notions de zones rurales et urbaines, nous nous sommes basés sur la définition de l'INSEE qui définit comme « unités urbaines » les communes comportant au moins 2000 habitants. Les zones rurales sont donc par extension les communes de moins de 2000 habitants.

Répartition de la population limousine selon son lieu de vie (année 1999)



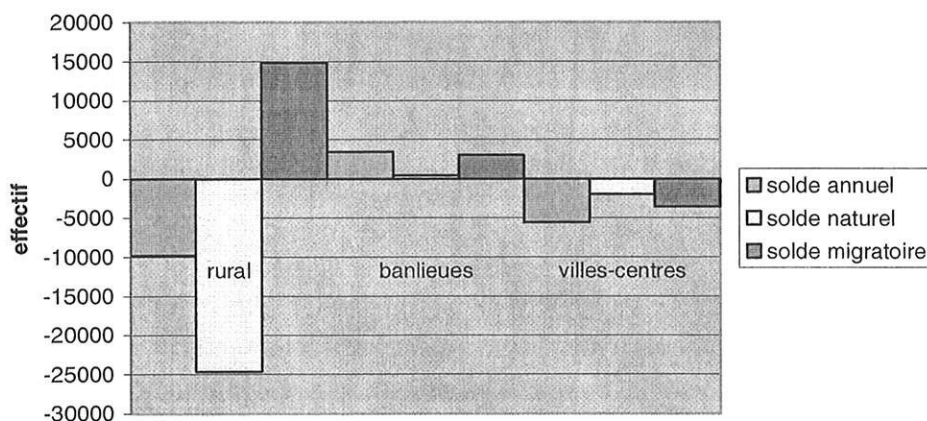
Source : INSEE RP 99

³ Rapport du nombre de personnes de plus de 65 ans sur le nombre de personnes de moins de 20 ans.

Environs 50% de la population du Limousin vit en zone rurale ce qui correspond à près du double de la moyenne nationale. Notre région peut donc être qualifiée de région à prédominance rurale. Le reste de la population se répartit entre villes et banlieues (qui en Limousin correspondent surtout aux communes proches des villes).

A noter : le Limousin ne dispose pas d'unité urbaine >à 200 000 habitants. Sa plus grande agglomération est Limoges avec 133 968 habitants suivie de Brive avec 49 141 habitants.

Variation de la population Limousine selon le type de commune entre 1990 et 1999



Source : INSEE RP99 Exploitation ORS

Comme le montre l'évolution du nombre d'habitants en Limousin, la tendance depuis 1975 est au dépeuplement global. Cependant, on s'aperçoit que le milieu rural est le plus touché en raison d'un solde naturel⁴ très déficitaire.

Les seuls espaces épargnés par ce dépeuplement sont les banlieues ainsi que les 2 plus grandes aires urbaines de la région (Brive et Limoges).

⁴ Solde Naturel = différence entre le nombre de naissance et le nombre de décès. Additionné au solde migratoire, il devient le solde annuel.

1.1.4 La population Corrèzienne

En 1999 la Corrèze comporte 232 484 habitants ce qui représente :

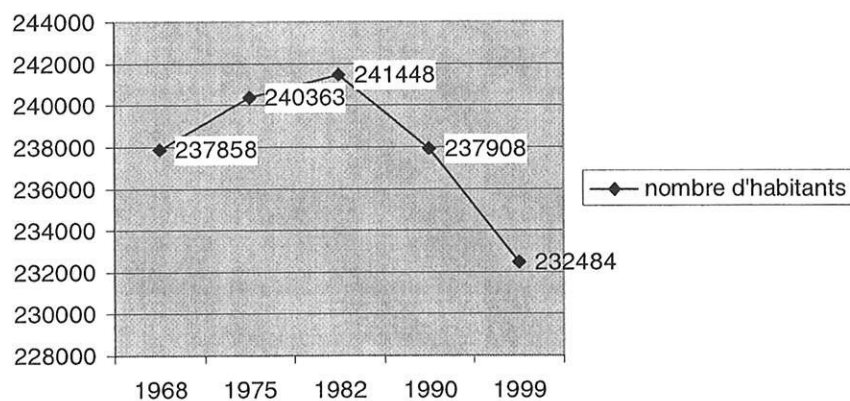
- 40 habitants au Km²
- 32.7% de la population Limousine

On compte :

- 112 751 hommes soit 39.9% de la population
- 119 733 femmes soit 60.1% de la population

24.8% de la population a plus de 65 ans avec un indice de vieillissement de 1,3.

**Evolution du nombre d'habitants en Corrèze entre
1968 et 1999**



Source INSEE 1999 (2)

La Corrèze possède trois pôles urbains :

- Ussel avec 10 753 habitants
- Tulle (la Préfecture) avec 15 553 habitants
- Brive La Gaillarde avec 49 141 habitants

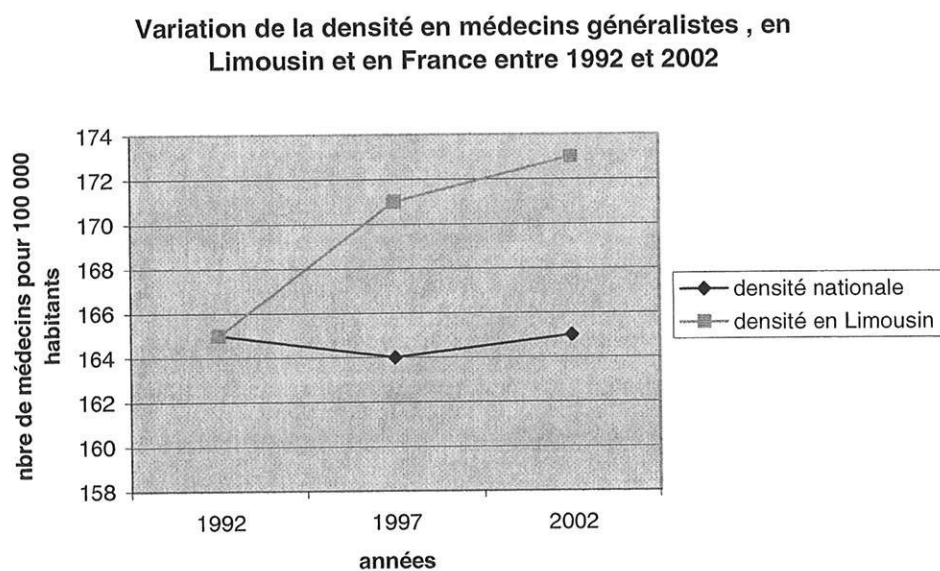
Elle possède également 2 zones de sur vieillissement (l'ensemble Millevaches-Monédière et le plateau Sud-est) où la proportion de personnes âgées de plus de 70 ans est plus importante que dans le reste du département. (3)

1.2 Les médecins généralistes limousins

Comme nous l'avons fait pour la population, nous nous intéresserons d'abord aux médecins généralistes du Limousin puis à ceux de la Corrèze en particulier.

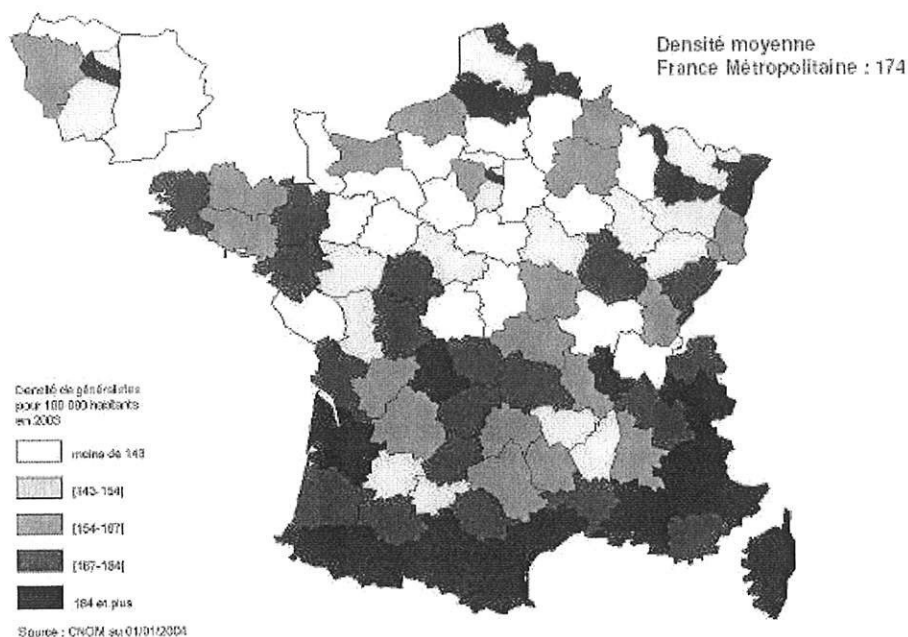
1.2.1 Le nombre de médecins généralistes limousins et son évolution (4)

Au 1^{er} janvier 2003 le Limousin compte 1234 médecins généralistes soit 173 médecins pour 100 000 habitants. (Source : répertoire Adeli*)



Source : DREES, INSEE estimations

Densité départementale de généralistes en activité professionnelle (total en activité)
pour 100 000 habitants (métropole)



Alors que la densité nationale stagne voire diminue depuis 1992, celle du Limousin augmente et ceci de près de 5% en 10 ans.

Remarque : Dans son article l'ORS (Observatoire Régional de Santé) ne précise pas l'évolution du nombre absolu de médecins généralistes de 1992 à 2002 ; aussi cette augmentation de densité pourrait être expliquée par une population qui diminue alors que le nombre de médecins généralistes en Limousin reste stable.

Sur les 1234 médecins recensés :

- 934 exercent en libéral
- 300 sont salariés exclusifs (d'hôpitaux, de clinique ou de l'administration)

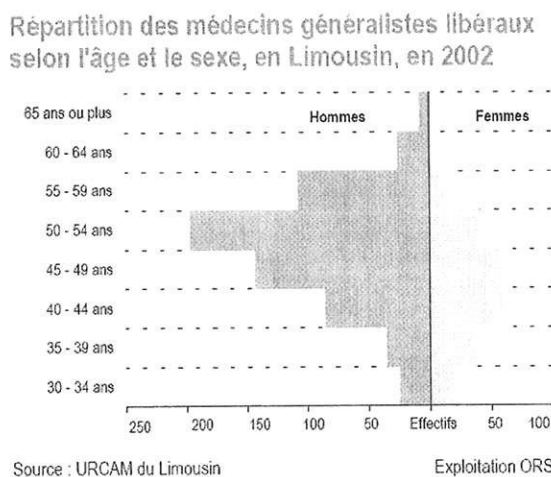
Pour la suite de ce chapitre nous nous intéresserons exclusivement aux médecins généralistes libéraux du Limousin, qui font l'objet de cette thèse.

1.2.2 Les caractéristiques des médecins généralistes libéraux du Limousin

Nous étudierons dans un premier temps leurs caractéristiques démographiques puis dans un second temps leur mode d'exercice.

Age et sexe

Les médecins généralistes libéraux du limousin sont répartis comme le montre le schéma suivant (4) :



On peut donc se rendre compte que la majorité des médecins limousins ont entre 40 et 60 ans et que la proportion d'hommes est nettement prépondérante (72.9% d'homme contre 27.1% de femmes en 2002)

Cependant, on note une élévation du pourcentage de femmes dans les classes d'âges inférieures à 40 ans ce qui reflète bien la féminisation croissante du métier.

La répartition des médecins généralistes libéraux en Limousin

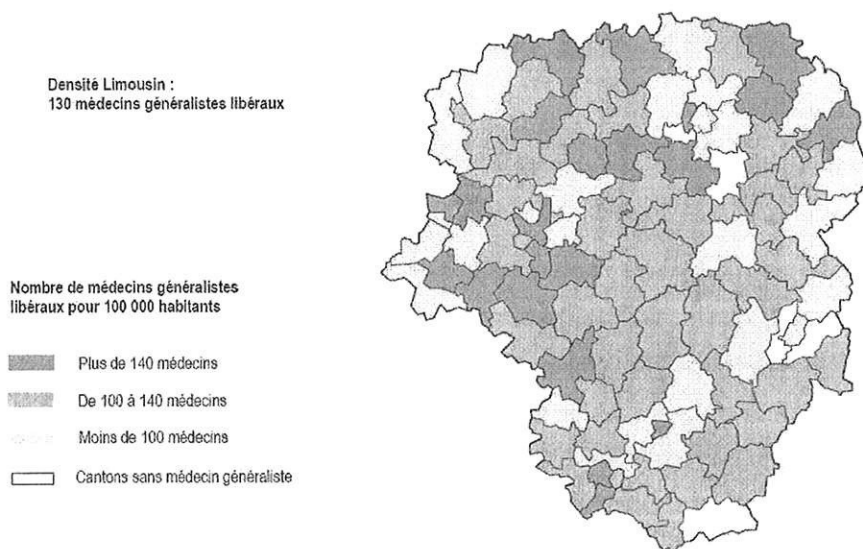
Leur répartition est inégale :

- Entre les 3 départements avec :
 - 191 médecins pour 100 000 habitants en Haute Vienne
 - 162 médecins pour 100 000 habitants en Creuse
 - 152 médecins pour 100 000 habitants en Corrèze

- Au sein de chaque département où l'on peut compter :
 - De 0 à 69 médecins selon les cantons en Corrèze
 - De 0 à 23 médecins selon les cantons en Creuse
 - De 1 à 209 médecins selon les cantons en Haute Vienne

Ces disparités s'expliquent par une répartition également inégale de la population.

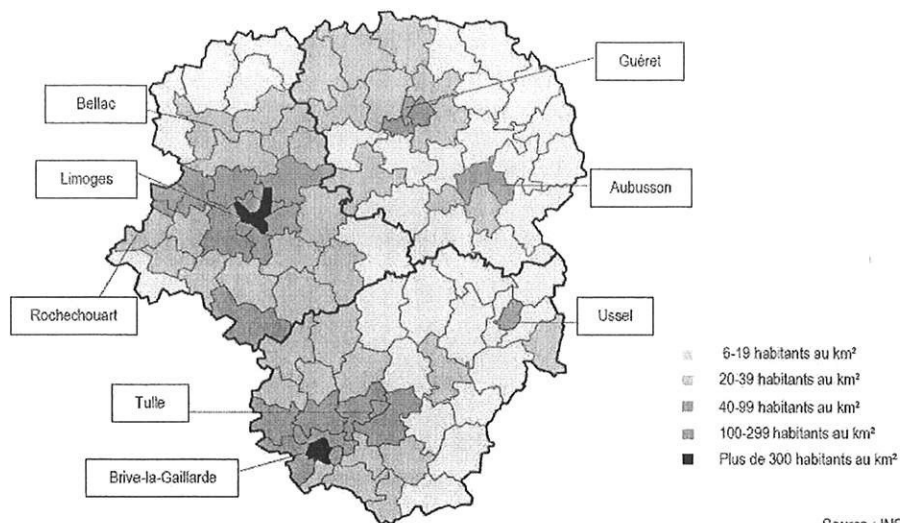
◆ Densité de médecins généralistes libéraux par canton, en Limousin, en 2003



Sources : DRASS du Limousin – Adeli, INSEE RP99

Exploitation ORS

Densité de population en Limousin, par canton en 1999



Cependant, si on compare les cartes de densité des médecins et de la population ci-dessus (4), on constate qu'elles ne sont pas totalement superposables.

A noter : les secteurs de garde ne suivent pas le découpage par cantons et un canton dépourvu de médecins généraliste étend d'autant plus la superficie du ou des secteurs adjacents.

Mode d'exercice

En 2002, 96% des médecins généralistes libéraux du Limousin exercent en Secteur 1 ce qui est bien supérieur à la moyenne nationale. (85%)

Rappel de définition : le secteur 1 correspond à un conventionnement des médecins qui exercent alors avec des tarifs fixés par une convention nationale .Celui ci est à opposer au secteur 2 où les tarifs pratiqués sont libres, ou majorés par des dépassements d'honoraires.

1.2.3 Les médecins Corrèziens

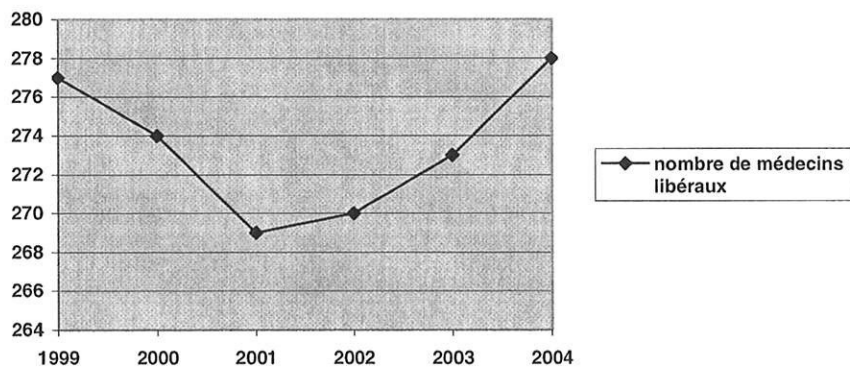
Intéressons nous maintenant aux cas des médecins corrèziens.

Nous étudierons d'abord leur nombre et son évolution puis leurs caractéristiques et enfin leur répartition sur le département.

Leur nombre et son évolution

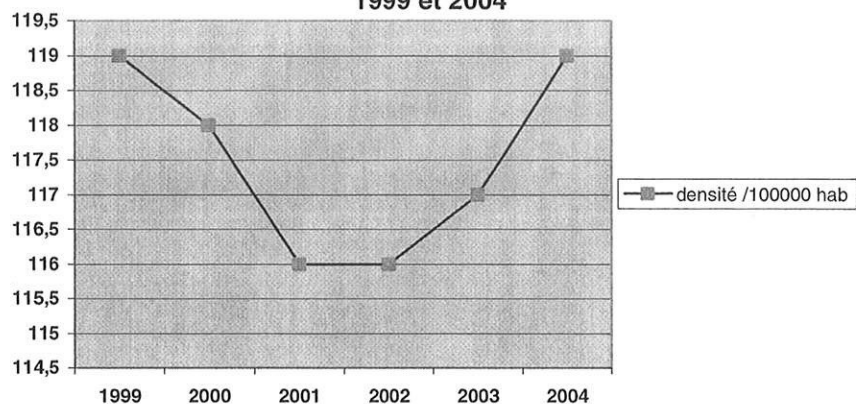
Au 1^{er} janvier 2004, la Corrèze compte 363 médecins généralistes en activité régulière. Sur ces 363 médecins, 278 exercent en libéral.

Evolution du nombre de médecins généralistes libéraux corrèziens de 1999 à 2004



Source : DREES

**Evolution de la densité pour 10,000 habitants des
médecins généralistes libéraux de la Corrèze entre
1999 et 2004**



Source : DREES

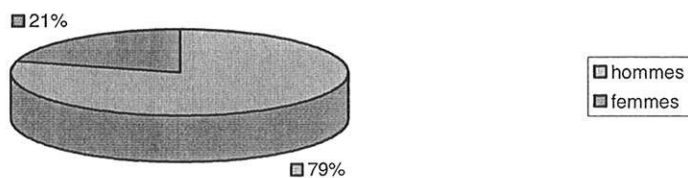
C'est à ces médecins libéraux que nous allons nous intéresser maintenant car ce sont eux qui effectuent les gardes.

Leurs caractéristiques (5)

La moyenne d'âge des médecins libéraux corréziens est de 42,7 ans avec des extrêmes se situant respectivement à 28 et 73 ans.

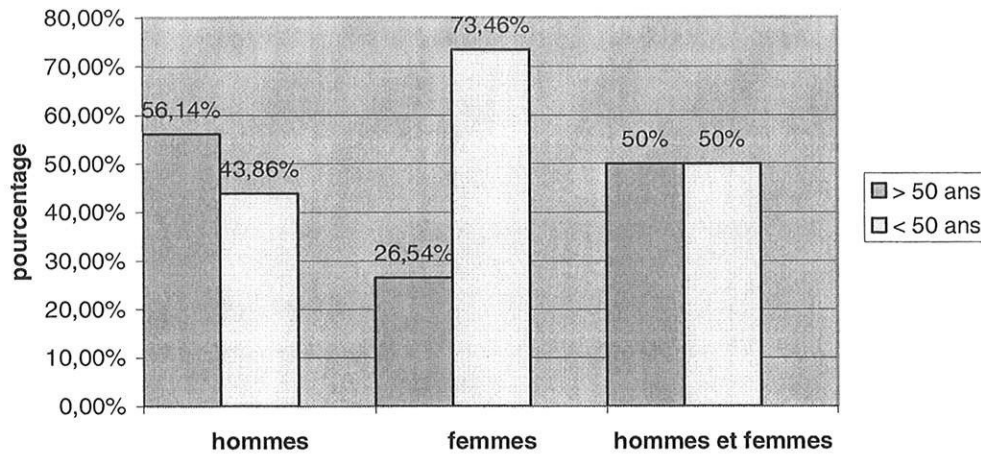
On compte parmi eux 20,7% de femmes (moyenne d'âge :45 ans) et 73,3% d'hommes (moyenne d'âge :50 ans).

**Répartition par sexe des médecins généralistes libéraux
de la Corrèze en 2004**



Source : Archive CDOM de la Corrèze année 2004

**Répartition des médecins généralistes libéraux de la Corrèze par
sexe et classe d'âge en 2004**



Source : Archive CDOM de la Corrèze année 2004

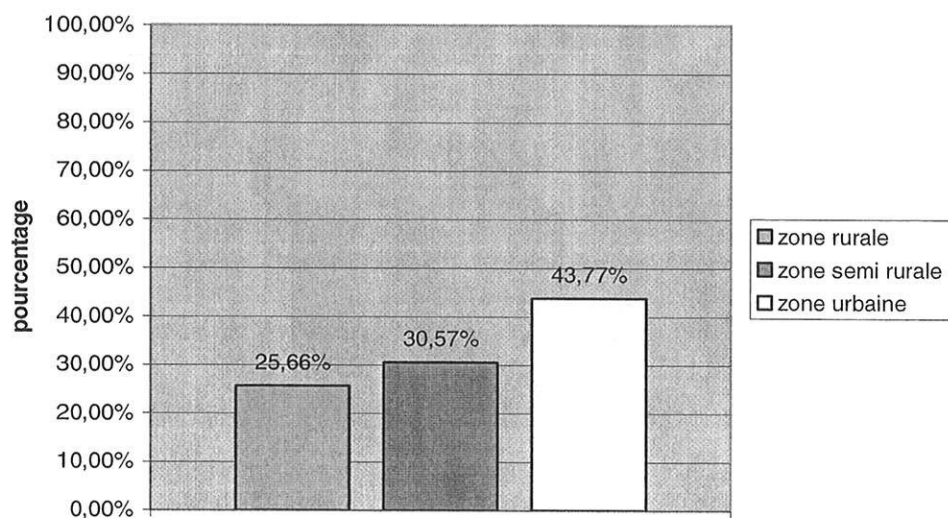
On observe donc chez les médecins généralistes libéraux corréziens une majorité d'hommes ayant plus de 50 ans.

Les femmes médecins de notre département, en revanche, ont en majorité moins de 50 ans et il est probable que leur proportion augmente dans les années à venir avec le renouvellement des praticiens partant à la retraite.

Remarque : au 1^{er} janvier 2005, 54% des médecins de moins de 35 ans sont des femmes et 64% des étudiants inscrits en 1^{ère} année de médecine en janvier 2002 sont des étudiantes.(6). A voir en annexe 1 les projections de la DREES concernant l'évolution de la proportion de femmes d'ici 2025.

Leur répartition selon les zones en 2003(7)

Répartition des médecins libéraux de la Corrèze selon le type de zone en 2003



Source : Cartosanté URCAM Limousin

On constate que plus de la moitié des médecins généralistes du département exerce en zone rurale et semi rurale.

2 LA PERMANENCE DES SOINS

2.1 Historique

La Permanence Des Soins est reconnue sur le plan législatif depuis la grève des gardes des médecins généralistes ayant eu lieu dans l'ensemble de la France de décembre 2001 à mai 2002.

Suite à cette vague de grèves, les médecins ont obtenu :

- Une revalorisation de leurs actes (visites et consultations)
- Une rémunération des astreintes la nuit et le week-end,
- Une sectorisation avec un tableau de garde par secteur, organisée de façon départementale, et reconnue par un texte de loi.

Avant 2003, les tours de garde étaient la plupart du temps le fruit d'une organisation entre collègues sans support législatif et les gardes de clientèle (c'est-à-dire tous les soirs) étaient encore monnaie courante.

2.2 Définitions

2.2.1 La Permanence Des Soins (PDS)

Elle est définie par le décret n°2003-880 du 15 Septembre 2003(8) :

« La Permanence Des Soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L.6325-1 [...] 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 les médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres [...] »

Ce décret est soumis à controverse avec deux interprétations se dégageant :

- 1^{ère} interprétation : la PDS correspond aux gardes c'est-à-dire à la période de fermeture des cabinets médicaux
- 2^{nde} interprétation : la PDS correspond à une continuité des soins s'exerçant non seulement en dehors mais également, sous-entendu, pendant les horaires d'ouverture des cabinets médicaux. (donc 24 heures sur 24).

Pour cette thèse, nous avons pris le parti de considérer la PDS comme une activité en garde car nous souhaitons comparer les activités des médecins ruraux et urbains de la Corrèze en dehors des heures d'ouvertures de leur cabinet. Nous ne perdons toutefois pas de vue l'ambivalence du terme (sur laquelle nous reviendrons par la suite).

Cf. texte du Décret en annexe 2

2.2.2 Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence Des Soins et des transports sanitaires : le CODAMUPS

Les CODAMU (Comités Départementaux de l'Aide Médicale Urgente) ont été créés en 1986 et 1987 par la loi sur l'Aide Médicale Urgente (AMU) et ses décrets. Ils ont été modifiés en 2002 et 2003 afin d'intégrer la notion nouvelle de Permanence Des Soins et deviennent les CODAMUPS (Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence Des Soins et des transports sanitaires).

Les rôles du CODAMUPS sont définis par l'article L.6313-1 du Code de Santé Publique (9) :

« Dans chaque département, un comité de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence Des Soins et des transports sanitaires a pour mission de veiller sur 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. Il s'assure de la coopération des personnes

physiques et morales participants à l'aide médicale urgente, aux dispositifs de Permanence Des Soins et aux transports sanitaires. »

Le CODAMUPS joue un rôle de coordination entre les différents acteurs de l'urgence (médecins généralistes, SAMU et transports sanitaires) afin d'assurer à la population un soutien efficace lorsque les cabinets médicaux sont fermés.

Il se divise en deux sous-comités :

- un médical s'occupant de l'AMU et de la PDS
- un chargé des transports sanitaires

Il est présidé par le Préfet du Département et est composé par les représentants de l'ensemble des acteurs du système de santé :

- Médecins libéraux,
- Transports sanitaires (pompiers, ambulances privées),
- DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales),
- SDIS (Service Départemental d'Incendie et de Secours),
- Collectivité territoriale,
- Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins,
- Médecins conseils des caisses d'assurance maladie
- URCAM (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie)
- Médecins du SAMU,
- Directeurs d'hôpitaux
- Agence Régionale d'Hospitalisation.

2.3 Organisation de la Permanence Des Soins sur le plan national

L'organisation de la Permanence Des Soins est régie par le Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003.

Ce décret précise :

- qui effectue les gardes
- le cheminement des appels en garde
- la sectorisation du département
- le tableau de garde
- les horaires

Ce chapitre nous permettra également d'évoquer :

- qui sont les co-intervenants à la PDS
- la nature des actes effectués en gardes
- la composition de la trousse médicale d'urgence
- la question des maisons médicales de garde

2.3.1 Les acteurs de la Permanence Des Soins

Qui sont ils ?

Ils sont définis par l' Art R.730 décret N° 2003-880 15 septembre 2005 :

« La Permanence Des Soins est assurée [...] par des médecins de gardes et d'astreintes exerçant dans ces cabinets et centres »

Ces médecins sont en fait les médecins généralistes du département qui, selon l' Article R.733. du même décret, *« participent à la Permanence Des Soins sur la base du volontariat »*.

Toutefois l'article 77 du code de déontologie précise (10) :

« Il est du devoir du médecin de participer à la Permanence Des Soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».

On observe donc une contradiction entre deux notions : le volontariat et l'obligation déontologique.

Cf. annexe 3

Les exemptions

Elles sont définies par l'Art.R.733.décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 :

« 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... ».

Malgré la notion de volontariat, il est toujours du rôle du Conseil de l'Ordre d'accorder des exemptions aux médecins n'étant pas en mesure de prendre leurs gardes ou à ceux en exercice particulier. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) explique cela par la nécessité de fournir une liste des médecins ne pouvant prendre leurs gardes au Préfet du Département afin d'éviter les réquisitions inutiles (11) (12)

Les conditions d'exemption sont :

- L'âge du médecin
- L'état de santé
- Les conditions d'exercice lorsque celles-ci ne permettent plus au praticien d'exercer la médecine générale (angiologie, allergologie, échographie, expertise...)
- Le non conventionnement (les médecins non conventionnés n'entrent pas dans le cadre de la loi)

Ne sont pas concernés par l'exemption :

- Les acupuncteurs et homéopathes
- Tout autre exercice particulier permettant la poursuite de la pratique de la médecine générale

Cas particulier, la sécurité : La dangerosité des patients n'est pas un motif d'exemption en soi mais le stress généré par un climat d'insécurité, renforcé lors des gardes, peut être source d'une dispense temporaire (11).

2.3.2 Les co-intervenants à la PDS

Même si les médecins généralistes sont souvent en première ligne de la prise en charge de l'urgence en libéral en dehors des périodes d'ouverture des structures de soins, ils bénéficient de l'aide de plusieurs partenaires (13).

2.3.2.1 Le service public hospitalier avec :

- Les SAMU (Service d'Aide Médicale Urgente) qui :
 - régulent les appels via le Centre 15,
 - envoient les moyens les plus adaptés à la situation
 - organisent le cas échéant le transport et l'hébergement au sein d'une structure de soins.

- Les SMUR (Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation) composés :
 - d'un médecin urgentiste,
 - d'un infirmier diplômé d'état (anesthésiste ou non)
 - d'un ambulancier.

Cette structure assure de façon urgente la prise en charge, la réanimation et le transport des patients nécessitant des soins.

- Le SAMU social qui vient en aide aux personnes sans abri.

2.3.2.2 Les entreprises de transport sanitaire

Elles assurent le transport des patients vus en garde vers les établissements de santé (ceci conformément à la décision du médecin régulateur et au libre choix du patient) et ont obligation de permanence la nuit, le week-end et les jours fériés par le Préfet du Département (14).

2.3.2.3 Les Sapeurs Pompiers (et autre personnel de la Sécurité Civile)

Ils interviennent seuls ou conjointement à un médecin libéral ou à une équipe SMUR dans la gestion des accidents. Ceci se fait en liaison avec le CODIS (Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours) et le SAMU.

Ils ont pour rôle :

- D'effectuer un premier bilan afin d'en avertir les médecins régulateurs du Centre 15 qui décident la mobilisation ou non de moyens supplémentaires
- D'effectuer les transports vers les structures de soins. (7) (8)

2.3.3 Le cheminement des appels en garde

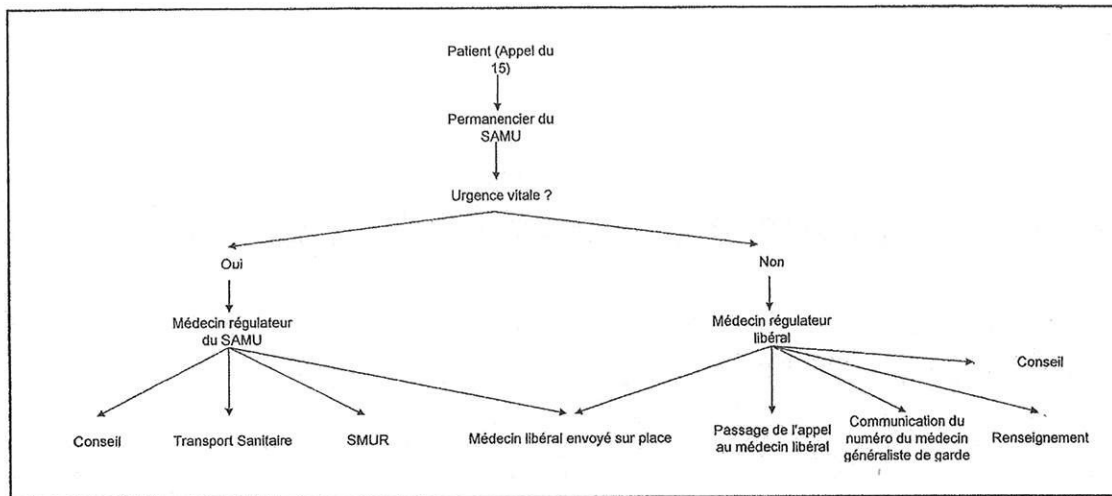
Il est défini par la loi mais peut varier d'un secteur à l'autre dans la pratique.

2.3.3.1 Le cadre réglementaire

Il est défini par Article R-732 du décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 :

« 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 »

Idéalement le cheminement des appels devrait donc suivre le schéma suivant :



2.3.3.2 La pratique

Elle est parfois différente car tous les SAMU ne disposent pas d'un médecin régulateur libéral et certains secteurs de garde possèdent leur propre numéro de téléphone régulé via un permanencier non médecin.

Les appels ne sont donc pas toujours régulés par le Centre 15 même si le numéro indépendant est interconnecté avec celui-ci.

Les problèmes posés par cette situation sont :

- Une régulation non médicale des appels qui parviennent de façon presque systématique au médecin de garde
- Un nombre excessif de visites ou de consultations car le médecin de garde n'est en général pas formé à la régulation téléphonique et préfère examiner le patient que de consulter au téléphone
- Une non prise en compte des appels passés directement au médecin de garde dans les statistiques. du SAMU

Cf. annexe 4

2.3.3.3 Les consultations téléphoniques

Elles constituent une option pour le médecin de garde lorsque celui-ci :

- Estime que l'appel relève d'un simple conseil ou renseignement
- Ne peut se déplacer immédiatement (1^{ère} analyse de la gravité du motif de l'appel)

Le problème reste alors l'absence d'examen clinique pour conforter le caractère bénin de la pathologie présentée, le médecin de garde ayant affaire, la plupart du temps, à un patient non connu.

La consultation téléphonique telle que décrite dans le rapport du Dr Xavier DEAU (15), adopté à la session du CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) du 15 octobre 2004, s'intéresse surtout aux médecins régulateurs. Quelques points peuvent cependant se rapporter au médecin généraliste de garde effectuant une consultation téléphonique.

Il est précisé dans ce rapport que :

- Les différents intervenants (appelants/appelé) doivent être identifiés
- La conversation doit être enregistrée (ce qui n'est généralement pas le cas quand c'est le médecin de garde qui prend l'appel)
- L'interrogatoire suit un protocole précis
- Le médecin doit s'assurer de la bonne compréhension des conseils édictés

Une ordonnance peut être éventuellement délivrée (ou faxée) dans les deux cas suivants :

- Impossibilité d'un examen clinique pour problème de temps ou de logistique (patient ne pouvant se déplacer et médecin retenu par d'autres urgences)
- Urgence des moyens thérapeutiques imposés par l'état du patient
-

En théorie cela se fait en liaison avec le pharmacien de garde.

2.3.4 La sectorisation

Elle est définie par L'Art.R.730. du décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 :

« 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 tenant compte de l'offre de soin existante »

Les départements sont divisés en secteurs de garde qui sont inégaux de par leur étendue, leur densité de population et de par le nombre de médecins participants au tour de garde.

Le découpage, parfois difficile, est assuré par le Préfet du Département après avis du Conseil de l'Ordre des Médecins et du CODAMUPS. Selon la loi, il doit faire l'objet d'une révision tous les ans, et peut être revu à tout moment selon les besoins.

Par définition le CODAMUPS veille à l'organisation de la Permanence Des Soins et de l'Aide Médicale Urgente qui ne sont pas ou peu reliées en pratique.

Le fait que cette sectorisation se fasse sur son avis permet une meilleure harmonisation entre les secteurs de garde de la PDS et les structures d'AMU existantes (services d'urgences et SAMU, secteurs des pompiers et des ambulanciers de garde).

Cf. annexe 5

2.3.5 Le tableau de garde (8)

Il dresse une liste des médecins de garde pour chaque jour du mois.

Les médecins d'un secteur organisent leur tableau, ceci pour une durée de 3 mois et le transmettent à leur Conseil Départemental de l'Ordre 45 jours minimum avant mise en œuvre

Le Conseil de l'Ordre est alors chargé de vérifier la situation régulière d'exercice des médecins de la liste.

Comme nous l'avons précisé auparavant la participation des médecins aux gardes est fixée sur la base du volontariat, le tableau de garde peut donc être incomplet si aucun médecin ne se désigne pour un jour donné. Dans ce cas, le Conseil de l'Ordre fait une proposition aux médecins du secteur concerné afin de combler le manque. Si aucun accord n'est trouvé, le tableau est transmis au Préfet qui procède alors à des réquisitions par l'intermédiaire de la DDASS (Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales).

Dix jours avant sa mise en œuvre le tableau est transmis au Préfet, au SAMU, aux médecins et aux caisses d'assurance maladie.

2.3.6 Les horaires

Ils sont précisés dans le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 :

« De 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés »

Toutefois si un secteur de garde fonctionne avec des horaires différents correspondant aux besoins de la population et/ou des médecins de ce secteur, une demande peut être faite auprès du Préfet du Département afin de pérenniser cette organisation.

Remarque : Le texte ne fait pas mention des samedis après-midi où beaucoup de cabinets médicaux sont fermés. Toutefois ceux-ci sont pris en compte par une rémunération majorée des actes (par la CPAM) et leur organisation est fonction des différents secteurs.

Nous retombons là dans la controverse « PDS =garde » ou « PDS= continuité des soins ».

En pratique cela n'a pas beaucoup de conséquences puisque d'après le Code de Déontologie Article 47 (16) :

« Quelles que soit les circonstances, la continuité des soins au malades doit être assurée »

Cependant l'idée émerge dans plusieurs départements français que la Permanence Des Soins correspond uniquement à des actes de médecine générale c'est-à-dire à la prise en charge de détresses non vitales (contrairement à l'AMU). Ceci a donc conduit un certain nombre de médecins à faire une demande aux Préfets des départements concernés afin que les gardes libérales stoppent à minuit (l'argument avancé étant que la majorité des appels passés après minuit concernent des détresses vitales relevant donc du SAMU).

2.3.7 Les actes : visites ou consultations ?

Selon l'Art.R-734 du décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 :

« 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 »

Ce texte sous-entend déjà que le médecin de garde doit privilégier la consultation par rapport à la visite qui doit rester une exception. (17)

Ceci présente plusieurs avantages :

- Un meilleur équipement du médecin à son cabinet
- Une meilleure disponibilité pour les autres appels
- Une limitation du coût de l'acte
- Une économie de fatigue par diminution des trajets
- Un regain de sécurité car le médecin évite ainsi de se déplacer dans les zones « à risque »

Les visites doivent être réservées aux personnes ne pouvant se déplacer c'est-à-dire (18) :

- « les personnes âgées d'au moins 75 ans, exonérées du ticket modérateur [...] »
- Les personnes, quel que soit leur âge, atteintes des affections de longue durée suivantes :
 - AVC* invalidant
 - Forme grave d'une affection neuromusculaire
 - Maladie de Parkinson
 - Mucoviscidose
 - Paraplégie
 - Sclérose en plaque
- Les bénéficiaires de l'allocation tierce personne
- Les titulaires de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie
- Les patients ayant faits l'objet d'une intervention chirurgicale [...] dans les 10 jours suivant l'intervention
- Les patients en Hospitalisation A Domicile »

Une exception est accordée pour « causes environnementales » pour les personnes isolées ou les familles nombreuses.

Bien sûr, il est laissé à l'appréciation du praticien de garde si celui-ci doit se déplacer ou non.

2.3.8 Le matériel en garde : la trousse médicale d'urgence

La loi ne précise pas la liste du matériel et des médicaments d'urgence qu'un médecin doit avoir à sa disposition en garde.

La trousse d'urgence du médecin généraliste varie selon :

- son vécu
- son expérience
- ses qualifications
- ses habitudes

Elle peut donc être très différente d'un médecin à l'autre. En milieu rural, plus éloigné de l'hôpital, elle est souvent plus complète. (12)

Elle doit normalement permettre de répondre aux situations rencontrées lors des appels d'urgence (urgences vraies ou simplement ressenties) en évitant l'hospitalisation ou en débutant un premier traitement en attendant des secours supplémentaires.

Elle doit également être fiable avec :

- Vérification régulière des dates de péremption des médicaments
- Renouvellement des drogues régulièrement ou avant et après chaque saison en climat chaud (19, 20, 21)
- Vérification du parfait fonctionnement des différents appareils (ECG, lampes..)

Nous vous proposons ici un exemple de trousse d'urgence en nous aidant de deux ouvrages : « *Médecine générale Concepts et pratique* » (19) et « *Urgences à domicile* » (21), conscients que cette trousse ne correspondra pas à la trousse idéale de bien des praticiens. Celle-ci vient bien sûr en complément de la trousse habituelle dite « diagnostique » du médecin généraliste en visite.

Le matériel	Injections	Seringues à usage unique
		Aiguilles à usage unique
		Tubes à prélèvements sanguins
		Canule rectale
		Garrot, Coton, compresses
		Désinfectant
		Vacutainer
	Perfusions	Cathéters
		Tubulures, Robinet à 3 voies
	Pansements	Gras
		Hydrocolloïdes
		Mèches
		Bandes
		Sparadrap
	Divers	Sondes vésicales
		Pince de Magill
		Canule de Mayo
		Débitmètre de pointe
		Chambre d'inhalation adulte/enfant
		Couverture de survie
Obus d'oxygène		
Minerves		
Tampons hémostatiques		

Médicaments (per os ou intra-veineux)	Diurétiques	Furosémide (Lasilix*)
	Anti-arythmiques	Amiodarone (Cordarone*)
	Anti-hypertenseurs	Clonidine (Catapressan*) Nifédipine (Adalate*)
	Beta2-mimétiques	Salbutamol (Ventoline*)
	Sympathomimétiques	Adrénaline
	Parasympatholytiques	Atropine
	Corticoïdes	Méthylprénisolone (Solumédrol*) Prednisolone (Solupred*)
	Anti-convulsivants	Diazépam (Valium*)
	Anti-vertigineux	Acétylleucine (Tanganil*)
	Anxiolytiques	Clorzébate dipotassique (Tranxène*)
	Anti-histaminique	Polaramine*
	Neuroleptiques	Halopéridol (haldol*)
	Antibiotiques	Ceftriaxone (Rocéphine*)
	Antalgiques	Morphine, AINS*, Paracétamol
	Anti-spasmodiques	Spasfon*
	Anti-thrombotiques	HBPM*
	Antagonistes de la Morphine	Naloxone (Narcan*)
Glucose	G30%	
Anti-angineux	Trinitrine (Natispray*)	

2.3.9 Cas particulier : Les maisons médicales de garde

D'après l'Art. R.731. du décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 :

« 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 »(1)

C'est ainsi que ce sont créés dans plusieurs département (en Charente, en Haute-Vienne, à Lyon, etc...) des Maisons Médicales de Garde (MMG).

Ces maisons médicales sont dans la plus grande majorité financée par le FAQSV (Fond d'Aide à la Qualité des Soins en Ville) crée en 1998. Celui finance les actions permettant d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient en ville. Cependant, le FAQSV n'est pas pérenne et n'est actuellement reconduit que jusqu'au 31 décembre 2006. (Loi sur la Sécurité Sociale 2002) (22).

Des maisons médicales de garde ont été créées un peu partout en France. Leur but est d'essayer de répondre à la problématique des gardes de médecine générale qui deviennent de plus en plus une contrainte pour les médecins y participant. Ces maisons médicales de garde sont des lieux indépendants des cabinets médicaux où le médecin vient assurer sa garde. Elles accueillent les patients pour des consultations la nuit, le week-end et les jours fériés.

Ce système permet aux patients d'avoir un endroit unique auquel s'adresser et ceci quel que soit le médecin de permanence. Il permet également aux médecins d'avoir un matériel commun, plus complet, lors de leurs gardes.

Reste le problème des horaires d'ouverture. Certaines maisons médicales sont ouvertes de 20 heures à 8 heures en semaine et tout le week-end (Comme celle de Cournon d'Auvergne dans le 63) alors que d'autres ferment leurs portes à minuit (Comme celle de

Limoges dans le 87)

Les maisons médicales de garde sont donc soumises aux mêmes contraintes que la PDS.

La féminisation croissante de la profession (6) et le désir (y compris des confrères masculins) d'avoir du temps libre en dehors du travail a conduit à une réorganisation des gardes afin d'en limiter le nombre et d'en simplifier la mise en oeuvre.

Les maisons médicales de garde constituent une piste à suivre pour cette réorganisation.

2.4 Le système de garde Corrèzien en 2004

L'organisation du système de garde corrézien est définie par le cahier des charges départemental (3). Celui ci est basé sur le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 avec quelques variantes afin de mieux s'adapter aux besoins de la Corrèze.

Ce cahier des charges est arrêté par le Préfet du Département après avis du CODAMUPS et prévoit l'organisation suivante :

2.4.1 La sectorisation

Le département de la Corrèze comporte :

35 secteurs de garde médicale dédiés à la Permanence Des Soins

Ces secteurs sont très différents en terme :

- de taille
- de population
- du nombre de médecins impliqués dans le tour de garde

et peuvent parfois se chevaucher.

Ce découpage s'adapte à la géographie et à la répartition de la population dans le département ainsi qu'aux clientèles des médecins du secteur de garde. On observe ainsi des secteurs plus petits en Basse Corrèze (environs de Tulle et de Brive), où la population est plus dense, qu'en Haute Corrèze (environs d'Ussel), zone plus dépeuplée.

Comme le montre la démographie médicale Corrézienne nous tendons vers une baisse du nombre de médecins généralistes si ceux-ci ne sont pas remplacés lors de leur départ en retraite. Cette situation est surtout critique en milieu rural qui attire peu de jeunes médecins.

La tendance de 2005 est à la réduction du nombre de secteurs en les fusionnant, avec actuellement 33 secteurs en Corrèze.

Cf. annexe 6

10 Secteurs de garde ambulancière

3 SAMU

Ces SAMU se situent respectivement dans les Centres Hospitaliers de Tulle, Brive et Ussel.

2.4.2 Les horaires des gardes

Selon le cahier des charges de la Corrèze pour 2004 la PDS est assurée :

- La nuit de 20 heures à 8 heures le lendemain
- Les samedis de 12 heures à 20 heures (12 heures à 8 heures le lendemain en pratique)
- Les dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures. (8 heures à 8 heures le lendemain en pratique)

Il existe toutefois des particularités selon les secteurs.

Exemples :

- la garde de week-end commence le vendredi soir et finit le lundi (cas du secteur de Seilhac)
- la garde de semaine commence à 19 heures le soir au lieu de 20 heures (cas du secteur de Tulle)

2.4.3 Nombre de médecins généralistes participants aux gardes

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, définit 223 médecins en mesure d'effectuer les gardes en Corrèze.

La CPAM quant à elle donne le chiffre de 182 médecins ayant été rémunérés pour des astreintes pendant l'année 2004.

Il est probable que les chiffres de la CPAM soient inférieurs du fait d'arrangements entre collègues.

2.4.4 Le tableau de garde

Selon le cahier des charges de la Corrèze 2004, chaque secteur de garde établit un tableau mensuel (au lieu du tableau trimestriel prévu par la loi) qui est transmis au CDOM pour validation.

Le CDOM doit à son tour transmettre ce tableau, validé, au Préfet, au SAMU et aux médecins concernés.

Si les tableaux ne sont pas complets 10 jours avant mise en œuvre, la DDASS en est informée, et le Préfet recourt à des réquisitions.

Ces tableaux servent de base à la rémunération des astreintes par la CPAM.

2.4.5 La rémunération des gardes

Elle comporte deux parties :

- La rémunération de l'astreinte (c'est-à-dire de la période de temps où le médecin doit être disponible pour les patients) effectuée par la CPAM (forfait de 50€ pour 12 heures)
- La facturation des actes réalisés

2.4.6 La cotation des actes en garde

Les actes sont cotés selon la Nomenclature Générale des Actes Professionnels(18).

Cf. annexe 7

2.4.7 La régulation des appels

La nuit, le week-end et les jours fériés, deux numéros interconnectés avec le Centre 15 permettent de joindre un permanencier d'astreinte (non médecin) :

- Le 05.55.20.67.67 pour Brive et Malemort
- Le 05.55.26.80.80 pour le reste du département.

D'autres secteurs ont fait le choix d'enregistrer le numéro de téléphone du médecin d'astreinte sur leur répondeur.

Remarque : Dans tous les cas, il est important d'informer la population de la marche à suivre pour joindre leur médecin de garde.

Pour les médecins ayant opté pour le numéro unique, le cheminement de l'appel est le suivant :

- L'appel est pris par le permanencier qui note le motif de l'appel, l'identité, le numéro de téléphone et l'adresse du patient
- Il existe alors 4 possibilités :
 - L'appel relève à priori d'une urgence vitale ou n'est pas suffisamment clair. Il est alors transmis au médecin régulateur du SAMU qui décide quels moyens mobiliser.
 - Le permanencier informe le patient que le médecin de garde le rappellera.
 - Le permanencier envoie le médecin de garde sur place sans prise de contact direct avec le patient.
 - Le permanencier donne le numéro du médecin de garde au patient pour qu'il puisse le joindre directement.

Lorsque la prise en charge du patient est effectuée, le médecin de garde doit en informer le centre 15.

Remarque : Ce mode de régulation par numéro unique est financé par le FAQSV (cité plus haut) et pose donc un problème de maintien de la subvention à long terme.

2.4.8 Les chiffres officiels

Nous nous sommes intéressés aux nombres d'actes et d'astreintes recensés par les différents organismes intervenants dans la Permanence Des Soins.

D'après des Caisses d'Assurance Maladie (chiffres donnés d'après les remboursements effectués auprès des patients et des médecins pour l'année 2004)

- 107 consultations effectuées en garde dont 2 entre 20H/24H et 06H/08H et 105 entre 00H et 06H (source CPAM)
- 5187 visites effectuées en garde de nuit dont 3683 entre 20H/24H et 06H/08H

et 1504 entre 00H et 06H (source CPAM)

- 5388 visites en garde de week-end (source CPAM)
- 182 médecins ont effectué des gardes en 2004 avec une amplitude variant de 1 à 200 astreintes par médecins (source CPAM)
- 810 consultations effectuées en garde de nuit (source MSA*)
- 3768 consultations en garde de week-end et fériés (source MSA)
- 5380 visites en garde la nuit (source MSA)
- 5784 visites en garde de week-end et jours fériés (source MSA)

D'après la Direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DASS)

toujours pour l'année 2004 :

- 6582 visites de nuits réglées
- 9552 visites de week-end et jours fériés
- 20 appels par nuit au centre 15
- 15600 appels en 2004 au numéro dédié et 1600 au « 15 »

Soit 21 739 visites recensées par les caisses en 2004 contre 16 134 recensées par la DDASS.

Les chiffres sont donc discordants entre les différentes sources avec des écarts importants.

2.5 Les changements de l'année 2005

2.5.1 Sur le plan national

Les changements intervenant dans l'organisation de la Permanence Des Soins font suite au Décret n°2005-328 du 07 Avril 2005 (23).

Ce décret prend en compte la notion nouvelle d'association de Permanence Des Soins de deux façons :

- En intégrant les médecins de ces structures aux gardes de médecine générale
- En reconnaissant le rôle de ces associations dans la régulation des appels en garde

L'organisation de la PDS reste basée sur le volontariat des médecins mais prévoit la transmission systématique de la liste des médecins exemptés de garde en même temps que le tableau de garde tous les 3 mois.

Le décret prévoit également une souplesse concernant la période 20 heures à 8 heures sans précision sur l'éventuel arrêt des gardes de médecine générale à minuit.

Les secteurs de garde, structures relativement rigides en 2004, pourront être remaniés selon les périodes de l'année et les moyens de ces secteurs pourront être regroupés pour s'adapter à la demande de soin de la population. Ceci pourra permettre de s'adapter aux conditions météorologiques qui posent problème dans certains départements notamment l'hiver, et de s'adapter à la forte augmentation du nombre d'habitants qui survient l'été dans certaines régions.

En ce qui concerne le cahier des charges, celui-ci devra mettre en place :

- Des indicateurs permettant d'évaluer le bon fonctionnement de la régulation de la PDS
- Des modalités de recueil des incidents relatifs à la PDS (ce recueil étant par la suite transmis au CODAMUPS)

Ce décret prévoit également un recueil des propositions faites pour améliorer la PDS par la Mission Régionale de Santé qui transmettra ces propositions au Préfet.

Remarque : La Mission Régionale de Santé instituée par la Loi du 13 Août 2004 Art. 67. joue le rôle d'outil opérationnel de la synergie recherchée entre les domaines des soins et de la santé que ce soit en ville ou en établissement. Cette Mission Régionale est gérée conjointement par l'URCAM et l'ARH (24).

2.5.2 Concernant le département de la Corrèze

Suite à ce même décret, le cahier des charges corrézien est modifié (25) avec :

- Diminution du nombre de secteur qui passe de 35 à 33 par regroupement
- Augmentation de la rémunération des astreintes à 150 € par 12 heures
- Arrêt des gardes de médecine générale à minuit pour le secteur de Tulle (non appliqué à l'heure actuelle)
- Possibilité pour les médecins spécialistes de participer à la Permanence Des Soins.
- Elaboration d'un document d'information sur la Permanence Des Soins conçu pour le grand public et les professionnels de santé

3 L'ETUDE

Ce chapitre est consacré à l'étude de terrain que nous avons réalisé auprès des médecins généralistes de la Corrèze.

Nous exposerons d'abord notre méthode avant de présenter nos résultats.

3.1 La méthode

3.1.1 Définition de la population étudiée

3.1.1.1 Critères d'inclusion

Nous avons choisi pour cette étude d'inclure tous les médecins généralistes libéraux installés en Corrèze en 2004.

Sont donc exclus :

- Les remplaçants car leur exercice en garde peut s'effectuer de façon mixte en milieu rural et urbain
- Les médecins généralistes salariés qui n'effectuent pas de gardes.

3.1.1.2 Choix de la taille de l'échantillon

Notre étude étant prévue sur la Corrèze uniquement, nous avons choisi de prendre en compte tous les médecins généralistes libéraux exerçant en Corrèze en 2004.

Ceci a permis d'avoir un échantillon suffisant pour chaque population étudiée.

3.1.2 La méthode d'observation : le questionnaire

3.1.2.1 Création

Nous avons créé ce questionnaire nous-même en nous basant sur notre expérience acquise auprès des praticiens ayant encadré notre semestre en ville. En effet, nous avons effectué notre stage chez 3 médecins généralistes corréziens : deux exerçaient en milieu urbain (Tulle) et un en milieu rural (Chamboulive).

Notre questionnaire est essentiellement basé sur leurs différences de point de vue et de pratique que nous avons nous-même observé lors de ce stage.

Il comporte 3 grandes parties :

- Le profil du médecin interrogé (âge, sexe, lieu d'installation et impression générale sur la Permanence Des Soins)
- Le profil des gardes (organisation, activité en garde, matériel utilisé et coordination)
- 2 questions ouvertes ainsi qu'un espace pour les commentaires libres.

Ce questionnaire est totalement anonyme et est accompagné d'une lettre de présentation.

Cf. annexe 8

3.1.2.2 Passation

Ce questionnaire a été imprimé en recto verso et envoyé par nos soins, accompagné d'une enveloppe timbrée à notre adresse afin d'optimiser le nombre de réponses.

Les questionnaires ont été envoyés les 1^{er} et 10 mai 2005 avec un délai de réponse de 15 jours.

Nous avons choisi ce mode de passation pour plusieurs raisons :

- Un anonymat assuré pour les médecins questionnés qui peuvent ainsi s'exprimer plus librement notamment pour les questions ouvertes
- Un gain de temps de par le nombre de médecins à interroger ainsi que la superficie à couvrir (tout le département)

L'inconvénient de cette méthode est un taux de réponse aléatoire (situé entre 40 et 80% en général) ainsi que des réponses parfois incohérentes ou illisibles.

3.1.3 Recueil et analyse des résultats

3.1.3.1 Recueil des résultats

Les questionnaires nous ont été retournés plus ou moins remplis grâce aux enveloppes timbrées jointes lors de l'envoi.

3.1.3.2 Analyse des résultats

Méthode statistique

Les résultats des variables quantitatives sont présentés sous la forme moyenne +/- écart-type et ceux des variables qualitatives exprimés en pourcentage ; les comparaisons de variables qualitatives entre deux groupes de sujets (commune de plus ou moins 2000 habitants) ont été réalisées par des tests du Chi2 ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques, et les comparaisons de distribution de variables quantitatives par des tests de Student. Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0.05. Le logiciel utilisé était Statview 5.0 (SAS Institute, Cary, USA)

Remarque : Cette méthode a été appliquée uniquement aux deux premières parties du questionnaire, la 3^{ème} partie « question ouvertes » faisant l'objet d'une analyse séparée.

Analyse des questions ouvertes

Lors de la première lecture des questions ouvertes, il nous est apparu que plusieurs réponses étaient communes aux médecins généralistes ruraux et urbains. Nous avons donc choisi de classer ces réponses par ordre de fréquence en précisant simplement si celles-ci étaient données par un médecin généraliste rural ou urbain.

Concernant les réponses aux questions appelant une réponse du type oui/non, nous obtenons bien sûr des données quantitatives permettant de comparer les 2 populations de médecins généralistes.

Recodage des données

Certains questionnaires présentent :

- Des réponses illisibles
- Des réponses incohérentes
- Des réponses hors sujet
- Des réponses inattendues (rajout d'items dans les questions à choix multiples)

Cela nécessite un recodage afin que ces données puissent être, soit intégrées dans l'analyse des résultats, soit considérées comme données manquantes.

Nous avons donc établi les règles suivantes :

- Pour le diamètre du secteur de garde la valeur retenue pour les réponses du type « 20 à 30 Km » est la valeur inférieure : ici 20 Km
- Pour le nombre de gardes par mois la valeur retenue pour les réponses du type « 2 à 4 par mois » est la moyenne des deux chiffres : ici 3 gardes
- Pour les horaires des gardes les réponses ont été recodées en nombre d'heures effectuées pour en faciliter la saisie.
- Pour les gardes de week-end nous avons établi les règles suivantes :
 - Pour celles où samedi et dimanche ne sont pas séparés, la garde du samedi sera cotée 20H et celle du dimanche 24H

- Pour celles allant du vendredi soir au lundi matin on comptera 24H pour le samedi et 24H pour le dimanche, le vendredi étant alors compté en garde de semaine
- Pour les données quantitatives, les chiffres jugés aberrants ou discordants ont été considérés comme valeurs manquantes
- Il en va de même pour les réponses illisibles.

Remarque : La question « comment cotez vous ces urgences vitales ? » a finalement été écartée car présente peu d'intérêt et serait difficile à codifier clairement.

3.1.4 Contribution

Nous ont aidé :

- Pour la réalisation de ce questionnaire :
 - Dr MUNIER-CHAMBON Christiane : Médecin généraliste
 - Dr POUGET : Président du CDOM de la Corrèze
 - Dr GOUDEAUX : Médecin généraliste et vice président du CDOM de la Corrèze
 - Dr RELIER Vincent : Médecin généraliste
 - Dr DUBOIS Gérard : Médecin généraliste
- Pour l'analyse des résultats :
 - PF PREUX : Professeur au département de bio-statistique du CHU Limoges

3.2 Les résultats

3.2.1 Statistiques globales

Taux de réponse

Nous avons envoyé un exemplaire de notre questionnaire à 247 médecins généralistes

libéraux installés de la Corrèze.

Deux questionnaires n'ont pas été envoyés volontairement :

- Le premier car la profession affichée sur la plaque du médecin n'avait rien à voir avec la médecine générale
- Le deuxième car le médecin était en phase terminale d'une longue maladie

123 médecins nous ont répondu ce qui porte notre taux de réponse à 49,8%.

Caractéristiques des médecins répondeurs

La moyenne d'âge des médecins ayant répondu au questionnaire est de 50 ans avec des extrêmes situés respectivement à 32 et 66 ans.

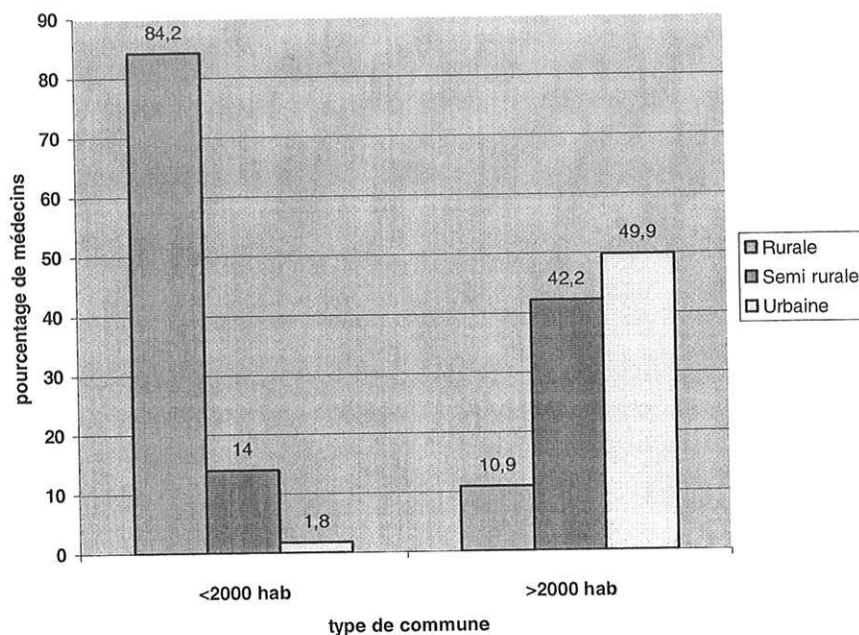
Parmi ces médecins on compte 23% de femmes pour 77 % d'hommes.

45% d'entre eux se considèrent comme ruraux, 29% comme semi ruraux et 26% comme urbains.

Pour la suite de l'analyse la répartition rural/urbain se fera en fonction du nombre d'habitants de la commune où exerce le médecin en écartant la notion de semi rural.

Cette notion paraissait toutefois intéressante pour voir comment le médecin lui-même se considère, indépendamment du nombre d'habitant de sa commune. En comparant les réponses aux questions : « commune de + ou- 2000 habitants » et « comment considérez vous votre activité ? » on obtient les résultats suivants :

Comment les médecins considèrent leur activité selon leur lieu d'installation



On peut attribuer ces réponses au fait que la Corrèze ne possède aucune « grande » agglomération et est donc un département à prédominance rurale.

En ce qui concerne la participation aux gardes 87% des médecins répondants en effectuent. Parmi ces 87%, 20% effectuent des gardes autres (SAMU et/ou Pompiers)

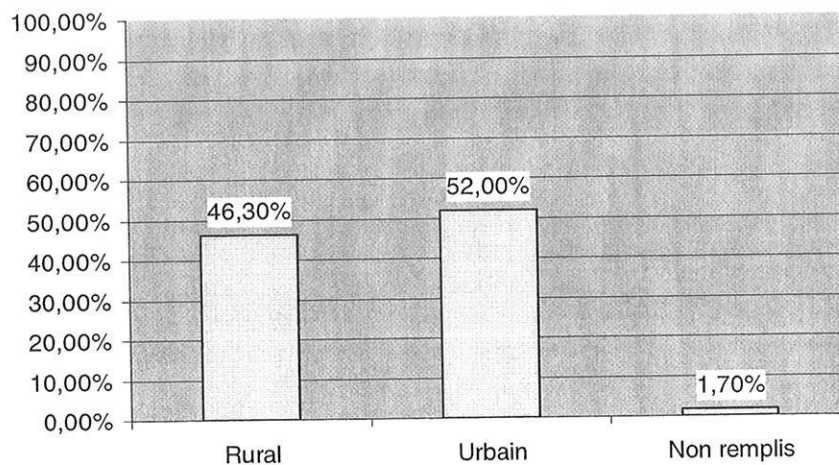
Les causes d'exemption citées par les 13% restants sont par ordre de fréquence :

- L'âge
- Un exercice particulier
- La santé
- Des gardes assurées par un confrère
- Un choix

Après cet aperçu global des réponses, nous arrivons maintenant aux résultats du sujet principal de cette enquête : la comparaison entre médecins ruraux et urbains.

3.2.2 Comparaison entre médecins ruraux et urbains

Répartition des médecins répondeurs en fonction de leur lieu d'installation :

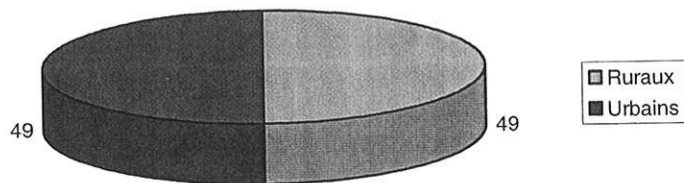


Remarque : Sur les 123 questionnaires reçus, 2 se sont révélés vierges. Les pourcentages exprimés dans la suite de ce chapitre ne tiennent pas compte de ces 2 questionnaires puisqu'ils ne permettent pas de différencier l'activité rurale ou urbaine en garde des 2 médecins interrogés.

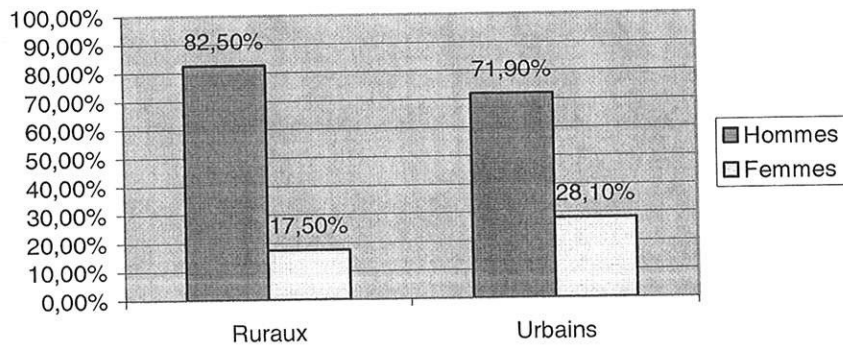
3.2.2.1 Concernant le profil

Age et sexe

Age des médecins répondants selon la population étudiée (p=0,94)



Répartition hommes/femmes selon la population de médecins interrogés (p=0.16)



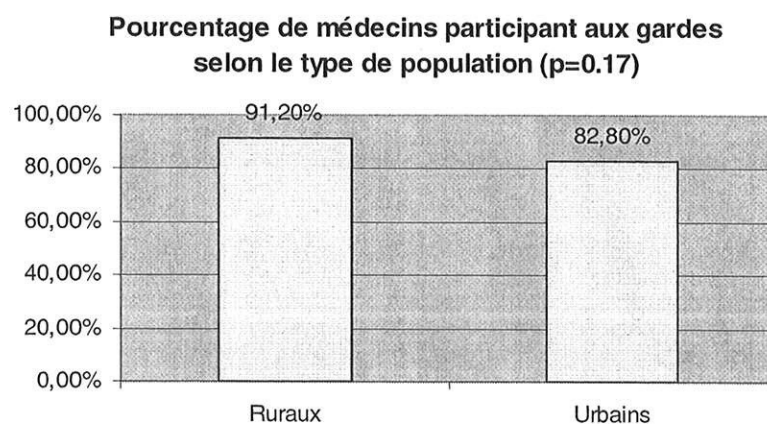
On n'observe pas de différence significative concernant ces 2 variables :

Proximité du 1^{er} service d'urgence

	Moyenne en Km	Ecart type	p
Médecins ruraux	24,7	11,6	<u>0,0001</u>
Médecins urbains	09,1	12,3	

La différence est ici **significative** ce qui s'explique aisément par la localisation des services d'urgences corréziens qui se situent exclusivement en zone urbaine. Les médecins ruraux sont de ce fait plus éloignés de ces services.

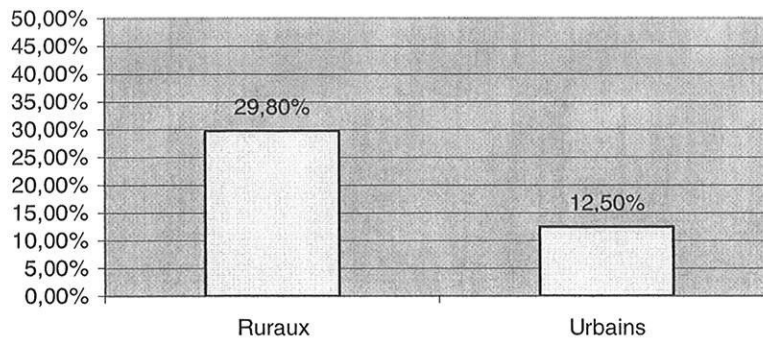
Participation aux gardes de médecine générale



La différence n'est pas significative en ce qui concerne la participation aux gardes.

Participation à un autre système de garde

Pourcentage des médecins participant à un autre système de garde (p=0.018)

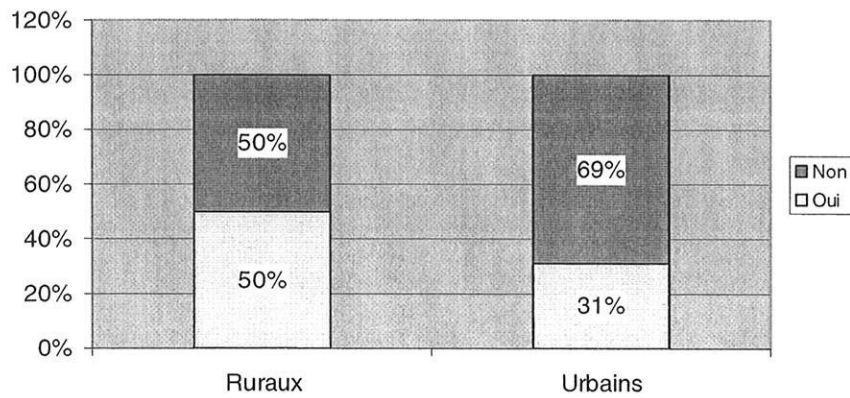


La différence est ici **significative** : les médecins ruraux effectuent plus de gardes autre que celles de médecine générale que les urbains. La plupart de ces autres gardes sont des gardes de médecins pompiers.

Avis sur la définition de la Permanence Des Soins

- Pour l'item « PDS = disponibilité 24 heures/24 »

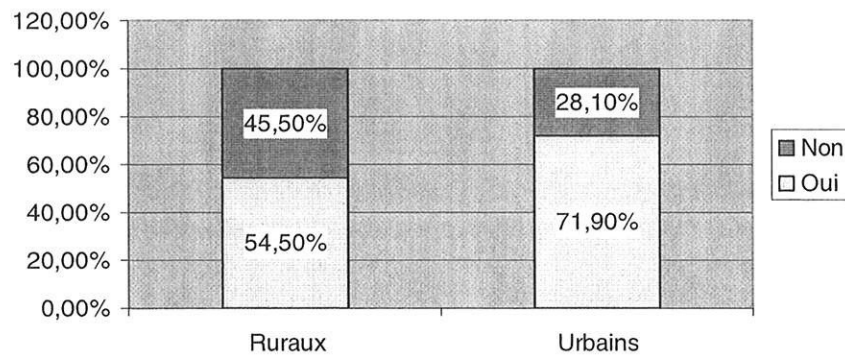
Répartition des réponses à la question
"PDS=disponibilité 24 heures/24" selon les populations
($p=0.0472$)



La différence est **significative** avec des médecins ruraux ayant plus tendance à considérer la PDS comme une disponibilité permanente.

- Pour l'item «PDS= gestion de l'urgence la nuit et le week-end »

Répartition des réponses à la question "PDS=gestion des urgences la nuit et le week-end" selon la population étudiée (p=0.0498)



La différence est là encore **significative** avec une tendance inversée par rapport à l'item précédent : les médecins urbains considèrent surtout la PDS comme une gestion des urgences en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux

- Pour l'item « autre »

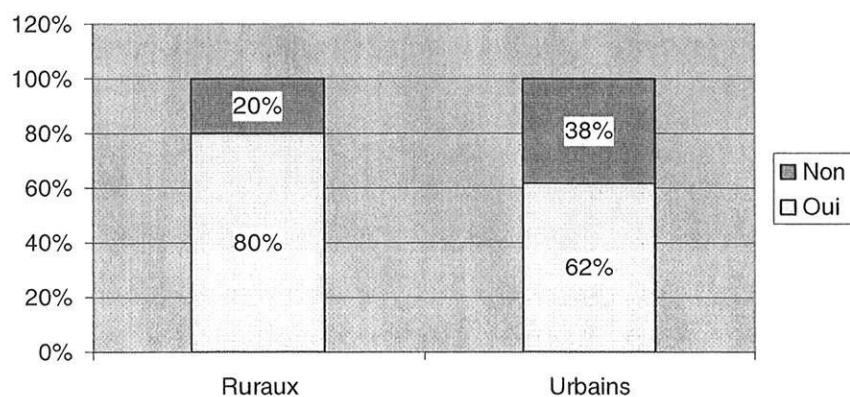
Les réponses obtenues sont les suivantes :

- Une disponibilité organisée
- Un travail pour les maisons médicales
- Une notion politique
- Une régulation centralisée des services de soins
- Un service public

Opinion sur les gardes elles-mêmes

- Pour l'item « garde=partie intégrante du travail de médecin »

Répartition des réponses à la question "PDS=partie intégrante du travail de médecin" selon la population étudiée (p=0.0318)

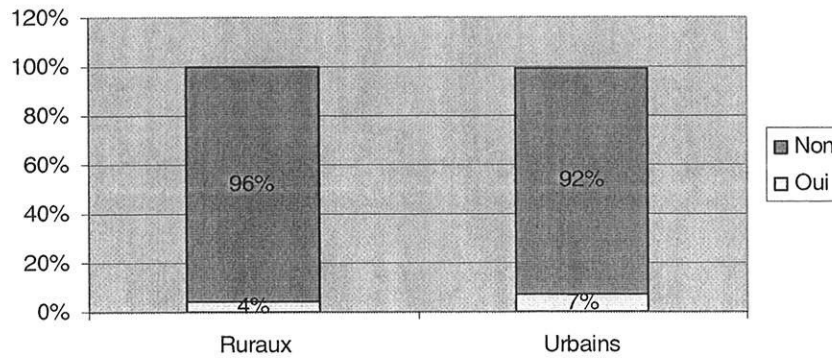


La différence est significative.

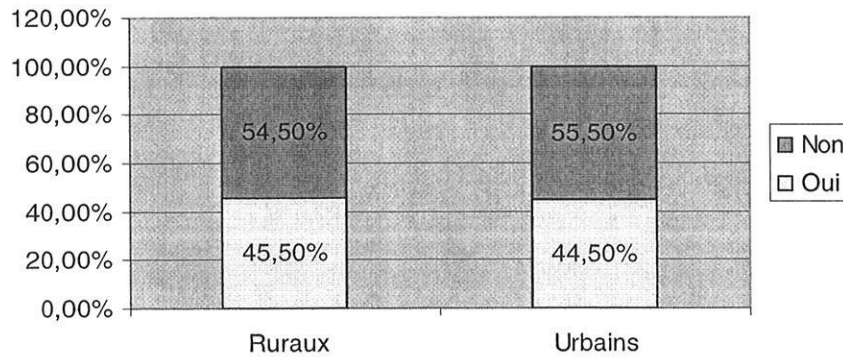
Les médecins ruraux ont plus tendance que les urbains, à considérer les gardes comme une partie intégrante du travail de médecin.

- Pour les items : « garde=autre mode d'exercice » ; « garde=contrainte » et « garde=obligation »

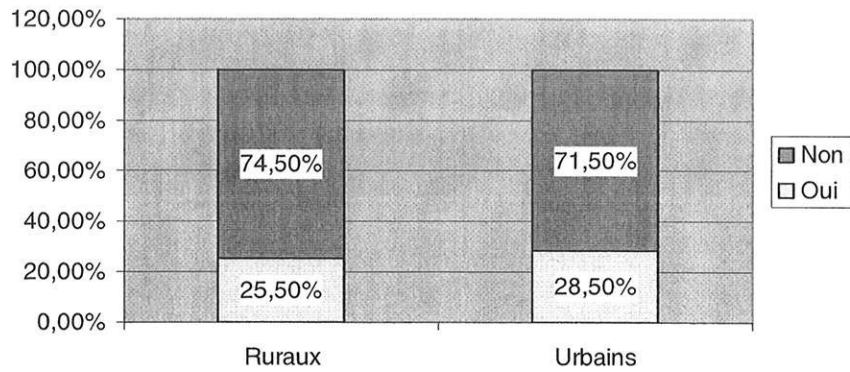
Répartition des réponses pour l'item "garde = autre mode d'exercice" selon la population étudiée (p=0,32)



Répartition des réponses pour l'item "garde = contrainte" selon la population étudiée (p=0,91)



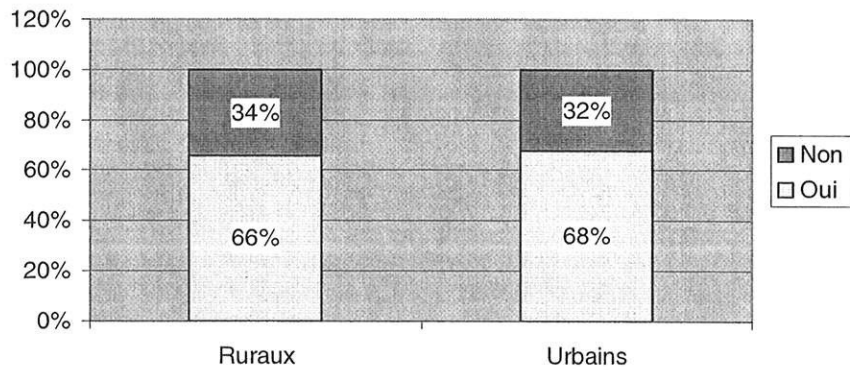
Répartition des réponses pour l'item "garde =obligation" selon la population étudiée (p=0,70)



Pas de différence significative pour ces trois points.

Appréhension lors des gardes

Appréhension lors des gardes selon la population étudiée (p=0.84)



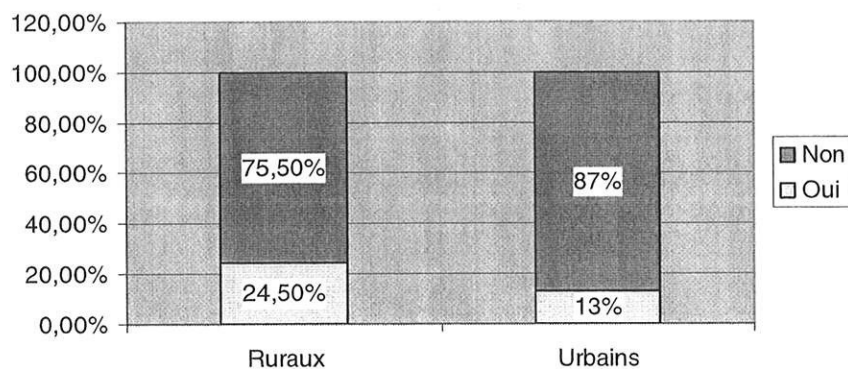
On n'observe pas de différence significative.

Remarque : A noter qu'une majorité de médecins éprouvent de l'appréhension lors de leurs gardes, ceci quel que soit le lieu de leur installation.

Cause(s) de l'appréhension lorsque celle-ci existe

- « Peur de la plainte »

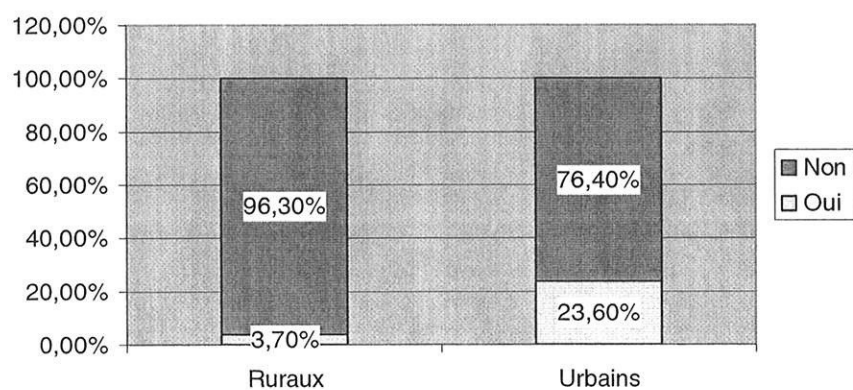
Répartition des réponses concernant la peur de la plainte selon la population étudiée (p=0.115)



Même si là encore la différence n'est pas significative, on constate tout de même un nombre de médecins ayant peur de la plainte multiplié par 2 en milieu rural par rapport au milieu urbain.

- « Peur de l'agression »

Répartition des réponses concernant la peur de l'agression en garde selon la population étudiée (p=0.0028)



La différence est **significative** avec une prédominance de la peur d'être agressé chez les médecins urbains.

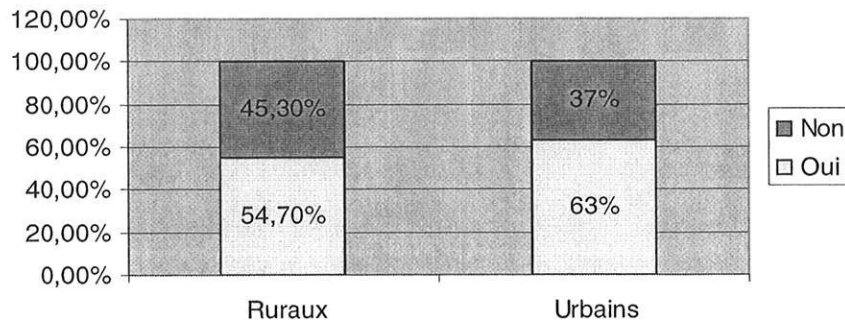
- « Autres »

Pour les causes d'appréhension autres que les 2 proposées, on obtient les réponses suivantes :

- appels injustifiés ou injurieux
- difficultés techniques
- fatigue
- difficultés de gestion de l'urgence
- isolement
- incompétence éventuelle
- patient inconscient
- localisation du patient
- manque de disponibilité
- méconnaissance du patient
- obligation et pression
- réveils nocturnes
- surcharge de travail
- solitude
- stress
- problèmes sociaux

Déplacement des patients au cabinet

"difficulté pour faire déplacer les patients au cabinet": répartition des réponses selon la population étudiée (p=0.38)



La différence n'est pas significative.

A noter : la majorité des médecins interrogés éprouvent des difficultés à faire venir leurs patients au cabinet.

3.2.2.2 Concernant l'organisation et l'activité en garde

Diamètre du secteur de garde

	Diamètre moyen en Km	Déviation standard	p
Ruraux	27,3	8,7	<u>0.0001</u>
Urbains	19,7	10,3	

La différence est **significative**. Les ruraux ont en moyenne des secteurs de garde plus étendus.

Durée des gardes

- La semaine (du lundi au vendredi inclus)

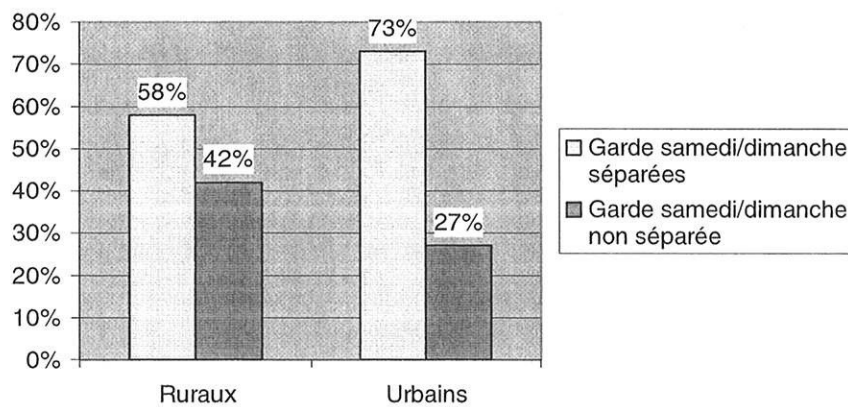
La différence n'est pas significative ($p=0.29$) avec une moyenne de 12,5 heures pour les ruraux et 13 heures pour les urbains.

- Les week-end et jours fériés

La différence n'est pas significative avec :

- Des gardes de samedi d'une durée de 18 heures en moyenne pour les 2 populations
- Des gardes de dimanche d'une durée moyenne de 24,5 heures pour les ruraux et 23,4 heures pour les urbains
- Des gardes de fériés de 24 heures en moyenne pour les 2 populations

Remarque : Certains praticiens effectuent leurs gardes de week-end d'une traite c'est-à-dire du samedi matin (ou parfois du vendredi soir) au lundi matin.



$p=0,12$ (non significatif)

Il n'y pas de différence significative entre les 2 populations sur ce point.

Nombre de gardes

	Ruraux	Urbains	p
Nombre de gardes de week-end par mois	1,7(0,9)	0,9(0,7)	<u><0,0001</u>
Nombre de gardes de semaine par mois	5,4(2,5)	2,3(1,7)	<u><0,0001</u>
Nombre total de gardes pour 2004	95(44)	38(31)	<u><0,0001</u>

Valeurs exprimées en moyenne (écart-type)

La différence est **significative** : les médecins ruraux effectuent plus de gardes que les urbains.

Nombre actes en gardes

Nombre d'actes en garde		ruraux	Urbains	p
Visites	MDN	33,5(45,5)	31,7(25)	0,858
	MDI	20(38)	15,5(12)	0,529
	MDD	72,5(85,9)	63,3(65,2)	0,633
consultations	20H→00H 06H→08H	21(38)	2,8(5)	<u>0,0156</u>
	00H→06H	8,5(19)	0,615(2,1)	<u>0,0446</u>
	Week-end Jours fériés	78(107,6)	18(25,7)	<u>0,0058</u>
Total 2004		216(197)	119(92)	<u>0,0183</u>

Valeurs exprimées en moyenne (écart-type)

On observe une différence **significative** concernant :

- Le nombre de consultations plus important en milieu rural quelle que soit l'heure
- Le nombre total d'actes effectués en 2004 également plus important en milieu rural

Le matériel d'urgence

Matériel	Pourcentage de médecins possédant la matériel		P
	Ruraux	Urbains	
Appareil à ECG	79,3	45,3	<u>0,0003</u>
Bandelettes urinaires	84,9	83	0,791
Chambre d'inhalation	83	81,1	0,800
Couverture de survie	81,1	75,5	0,479
Défibrillateur	5,7	1,9	0,308
Gants non stériles	100	92,5	0,0415
Lecteur de glycémie	94,3	92,5	0,695
Matériel de perfusion	81,1	47,2	<u>0,0003</u>
Matériel de sondage urinaire	79,2	49	<u>0,0012</u>
Matériel de suture	100	88,7	0,0269*
Matériel d'injection	98,1	92,5	0,169
Matériel d'oxygénation	30,2	20,8	0,265
Matériel de ventilation	37,7	20,8	<u>0,0546</u>
Minerve	13,2	13,2	>0,999
Oxymètre de pouls	3,8	5,7	0,646
Thermomètre	69,8	69,8	<0,999
Vacutainer	66	52,8	0,166
Autres	Attelles, Ciseaux, Pansements, Peak-flow, Petite chirurgie		

*Probabilité exacte de Fisher

On obtient ici une différence **significative** pour :

- L'appareil à ECG
- Le matériel de perfusion
- Le matériel de sondage

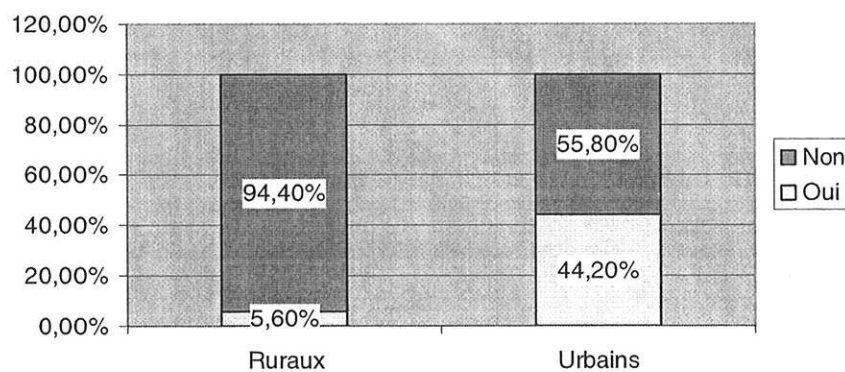
Ces outils sont plus fréquents dans la trousse d'urgence des médecins ruraux.

A noter : un p limite concernant le matériel de ventilation.

Coordination et actes d'urgences

- Régulation par le centre 15

Régulation des appels en garde par le Centre 15 selon la population étudiée (p<0,0001)



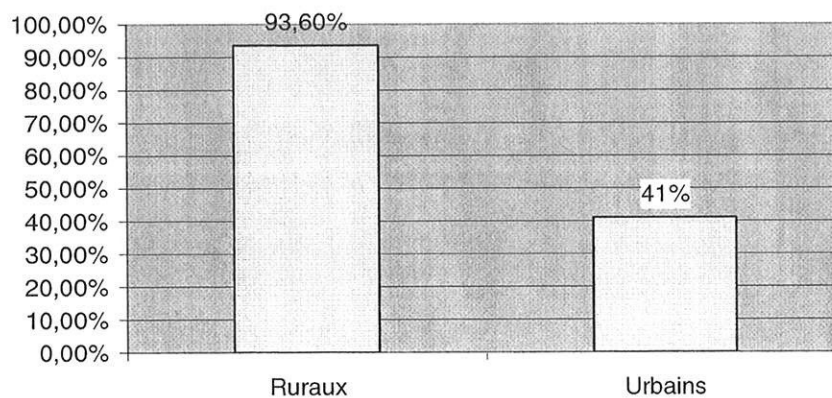
La différence est **significative**.

Les appels en garde sur les secteurs ruraux sont majoritairement régulés par les praticiens eux-mêmes.

- Provenance des appels hors centre 15

Appels provenant directement des patients :

**Pourcentage de médecins recevant les appels
directement des patients selon la population étudiée
($p < 0,0001$)**



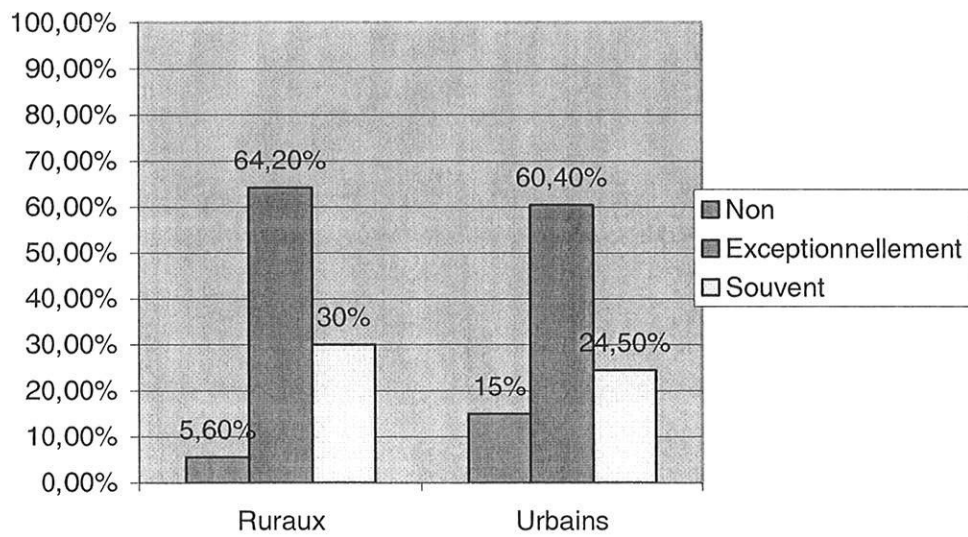
La différence est ici encore **significative** : les médecins ruraux reçoivent plus d'appels provenant directement des patients que leurs confrères urbains.

Provenance autre

- Département 63
- Médecins
- Pompiers
- Maison de retraite
- Régulation départementale
- Standard

Consultations téléphoniques

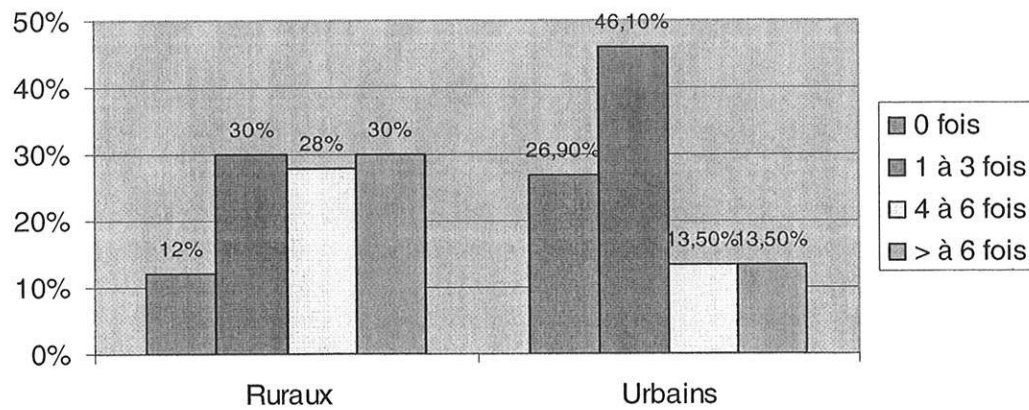
répartition des réponses concernant les consultations téléphoniques durant les gardes selon la population étudiée(p=0,266)



Pas de différence significative.

- Envoi sur place par le SAMU

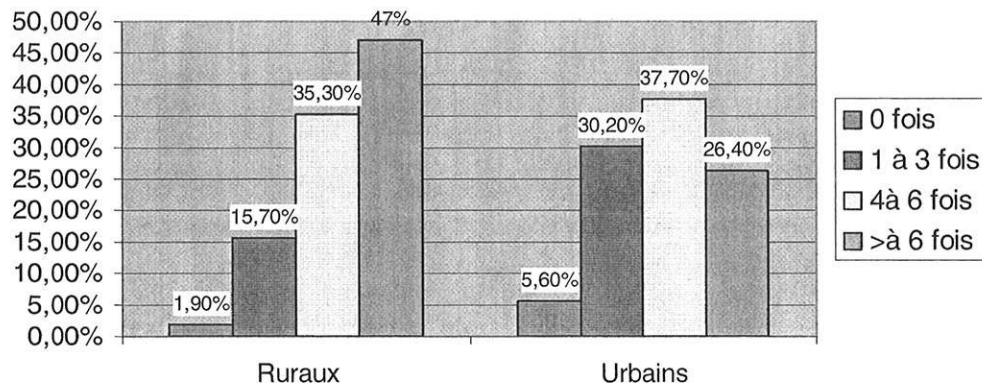
Répartition des réponses concernant le nombre d'envois par an par le SAMU en garde selon la population étudiée (p=0,0149)



La différence est ici **significative** avec des médecins ruraux plus souvent envoyés en 1^{ère} ligne par le SAMU en attendant l'arrivée d'une équipe SMUR.

- Recours au SAMU une fois sur place

Répartition des réponses concernant le nombre de recours au SAMU une fois sur place par an selon la population étudiée($p=0,0950$)

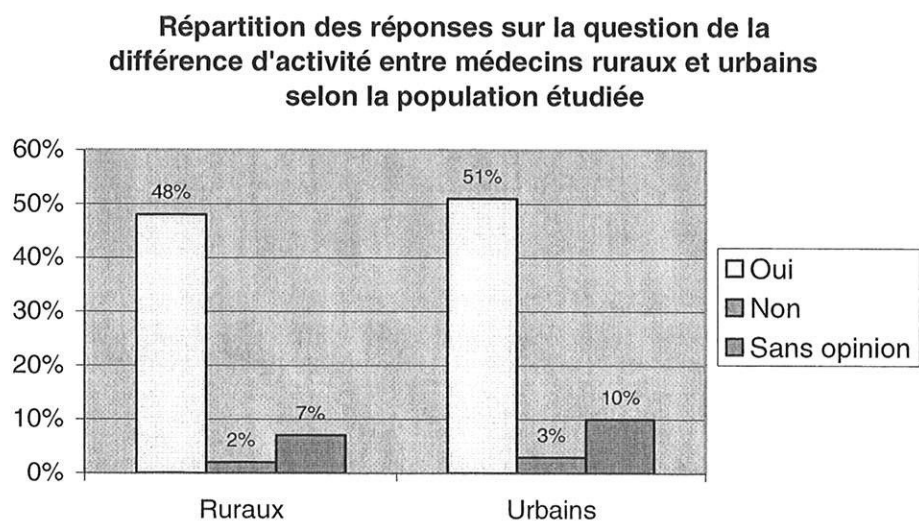


Pas de différence significative sur cette question.

3.2.2.3 Les questions ouvertes

1^{ère} question « Pensez vous qu'il puisse exister une différence de pratique en garde entre les médecins implantés en milieu rural et ceux en milieu urbain ? Si oui pourquoi ? »

- Répartition des réponses de façon globale :



Les réponses sont superposables pour les deux populations qui considèrent leur activité en garde différente.

Détail concernant les réponses affirmatives par ordre de fréquence :

Les réponses les plus fréquentes sont :

- **Proximité des services d'urgence différente** (48 réponses dont 30 urbains et 18 ruraux)
- **Temps d'attente pour intervention des services spécialisés (pompiers, SMUR) plus long en campagne** (12 réponses dont 9 ruraux et 3 urbains)
- **Actes plus variés en médecine rurale (ECG, sondages urinaires, points, pose de voie veineuse...)** (10 réponses dont 9 ruraux et 1 urbain)
- **Etendue géographique du secteur plus grande en médecine rurale** (9 réponses dont 6 urbains et 3 ruraux)
- **Proportion d'urgences réelles beaucoup plus faible en milieu urbain** (8 réponses dont 4 urbains et 4 ruraux)
- **Nombre de gardes et d'astreintes plus important en milieu rural** (7 réponses dont 4 urbains et 3 ruraux)
- **Peu d'appels abusifs en campagne** (6 réponses dont 3 ruraux et 3 urbains)
- **Le médecin généraliste rural est le premier recours quelle que soit la situation** (6 réponses dont 5 ruraux et 1 urbain)
- **Solitude et isolement du milieu médical en campagne** (5 réponses dont 4 ruraux et 1 urbain)
- **Les médecins de ville voient peu d'urgences vraies plutôt prises en charge par le SAMU** (5 réponses dont 2 ruraux et 3 urbains)
- **Confiance des patients plus importante en milieu rural** (4 réponses dont 2 ruraux et 2 urbains)
- **Les patients de ville vont directement aux urgences** (4 réponses dont 3 urbains et 1 rural)
- **Mentalité des patients différente en milieu rural** (4 réponses dont 2 ruraux et 2 urbains)
- **Le médecin de ville est un prestataire de service** (3 réponses dont 2 ruraux et 1 urbain)
- **Présence sur le terrain plus importante pour les médecins ruraux** (3 réponses dont 2 urbains et 1 rural)
- **Moins d'appels pendant les gardes en campagne** (3 réponses dont 2 urbains et 1 rural)

- 1 rural)
- Nombre de médecins plus important en ville (3 réponses dont 2 urbains et 1 rural)
 - Habitude des patients plus importante en milieu rural (2 réponses dont 2 ruraux)
 - Gardes nettement plus faciles en ville (2 réponses dont 1 urbain et 1 rural)
 - Les médecins ruraux trouvent normal d'assurer les gardes de nuit et de week-end (2 réponses dont 2 ruraux)
 - Population rurale plus disciplinée (2 réponses dont 2 urbains)
 - Médecin rural mieux connu des patients du secteur de garde (2 réponses dont 2 ruraux)
 - Plus de respect en campagne (2 réponses dont 2 ruraux)
 - Le kilométrage (2 réponses dont 2 urbains)
 - Exigences des patients différentes (2 réponses dont 1 rural et 1 urbain)
 - Offre de soins plus importante en ville (2 réponses dont 1 rural et 1 urbain)
 - Médecins ruraux mieux équipés (2 réponses dont 2 urbains)
 - Refus d'hospitalisation plus importants en campagne (2 réponses dont 2 urbains)

Les réponses isolées rurales sont :

- Activité d'urgence plus variée en médecine rurale
- Travail avec sapeurs-pompiers en milieu rural
- Peu de risque d'agression en campagne
- Les patients de la campagne ont pris l'habitude de se déplacer
- Meilleure qualité de la prise en charge de l'urgence en milieu rural
- Régulation différente en médecine rurale : appels directs des patients via le répondeur de leur médecin
- La proximité de l'hôpital risque de raréfier l'implication des médecins de ville en garde lors des détresses vitales
- Démographie médicale décroissante en campagne
- Organisation matérielle plus facile en ville
- Médecins de ville démotivés

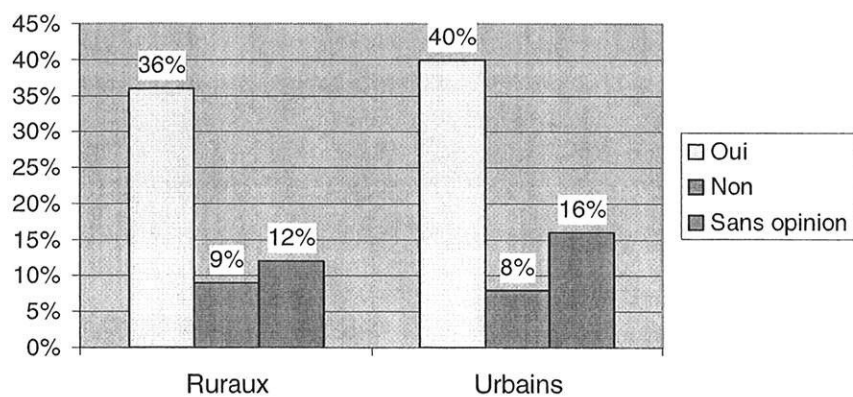
Les réponses isolées urbaines sont :

- Organisation de la Permanence Des Soins plus difficile en ville car le médecin n'habite pas sur son lieu de travail
- Médecin rural plus intégré et participe plus à l'aide médicale urgente
- Médecin rural redevable à ses patients 24 heures/24 sauf vacances
- Approche des patients différente
- Meilleure prise en charge des urgences graves en milieu urbain
- Différence des accès et des communications (téléphone portable ne captant pas toujours en campagne)
- Retard d'intervention en milieu rural
- Médecine de ville =service médical de proximité
- Vieillesse de la population des médecins ruraux

2^{ème} question : « Pensez vous que le système de garde en Corrèze puisse être amélioré ? Si oui, avez-vous d'éventuelles suggestions ? »

- Répartition des réponses de façon globale :

Répartition des réponses sur la possibilité d'améliorer le système de garde corrézien selon la population étudiée



Les réponses sont ici encore superposables. Les deux populations pensent que le système de garde corrézien peut être amélioré.

- Détail des suggestions d'amélioration, toujours par ordre de fréquence :

Les réponses les plus fréquentes sont :

- **Régulation des appels par un médecin** (38 réponses dont 21 urbains et 17 ruraux)
- **Mise en place de maisons médicales de garde** (20 réponses dont 15 urbains et 5 ruraux)
- **Arrêt des gardes de médecine générale à minuit** (10 réponses dont 5 ruraux et 5 urbains)
- **Relais par le SAMU à partir de minuit** (6 réponses dont 4 ruraux et 2 urbains)
- **Secteurs plus grands** (5 réponses dont 5 ruraux)
- Organiser des gardes avec un médecin de consultation et un médecin de visite (4 réponses dont 4 urbains)
- Elargir les secteurs de garde constitue un risque sanitaire (3 réponses dont 2 urbains et 1 rural)
- Numéro unique (3 réponses dont 2 ruraux et 1 urbain)
- Amélioration de la sectorisation en tenant compte de la géographie médicale (3 réponses dont 2 ruraux et 1 urbain)
- Education des patients (2 réponses dont 2 urbains)

Les réponses isolées rurales sont :

- Meilleure organisation du SDIS dans la gestion des appels pour les gardes de médecins pompiers
- Le numéro d'urgence unique complique les choses en garde
- Gardes obligatoires
- Par le dialogue et la bonne volonté
- Doublement du médecin de garde par un médecin d'astreinte
- Création de groupes de médecins qui ne feraient que des gardes en revalorisant les astreintes
- Formation à l'urgence pour tous les médecins
- Pour l'horaire 00h→06h : 3 ou 4 secteurs de garde avec une équipe médicale de garde (médecin+ambulancier+infirmière+matériel) sur chaque secteur ; pour les horaires 20h→00h et 06h→08h : consultations au cabinet médical

Les réponses isolées urbaines sont :

- Déremboursement total des actes injustifiés
- Arrêt des visites à domicile
- Consultation à un cabinet annexe ou au cabinet
- Meilleure coordination entre médecin généraliste et hôpital
- Présence d'un psychiatre de garde joignable
- Privilégier le déplacement des patients vers l'équipe soignante

Commentaires libres

- Réponses communes à plusieurs médecins :
 - Rémunération des gardes non adaptée (3 réponses dont 2 urbains et 1 rural)
 - Difficulté pour enchaîner la journée après la garde (3 réponses dont 2 urbains et 1 rural)
 - Permanence Des Soins=partie intégrante du travail de médecin généraliste libéral sinon « changez de métier ! » (2 réponses dont 2 ruraux)
 - Désertification rurale inquiétante (2 réponses dont 1 urbain et 1 rural)
 - Gardes différentes de la Permanence Des Soins (2 réponses dont 2 urbains)
 - Il y a de moins en moins de candidats pour prendre les gardes (2 réponses dont 2 urbains)

- Commentaires isolés des médecins ruraux :
 - Une maison médicale de garde en milieu rural ne paraît pas envisageable
 - La fréquence des astreintes est un frein à la FMC et à la vie privée
 - Nécessité d'aménagement du territoire pour conserver une médecine de proximité
 - Nécessité d'aménagement des gardes afin de permettre aux jeunes médecins de s'installer en milieu rural
 - En milieu rural, rien ne peut remplacer la proximité et la compétence du médecin généraliste
 - « Que les généralistes s'investissent dans la médecine d'urgence ! »
 - Il existe trop de dispense de garde ce qui nuit à la confraternité médicale
 - Certaines populations abusent du médecin de garde par impolitesse, exigence excessive ou agressivité ce qui décourage les médecins généralistes de faire des gardes en plus du travail de la journée
 - Le volontariat n'est que théorique dans certains secteurs
 - « cherche remplaçant »
 - Déshumanisation de la médecine urbaine
 - Le problème des appels passant directement du permanencier aux pompiers ou au SAMU est que le médecin de garde n'est pas au courant des hospitalisations

sur son secteur : peu déontologique

- Commentaires isolés des médecins urbains :
 - Les consultations aux urgences devraient être payantes pour les patients
 - Tout est à revoir, difficile d'assurer le travail pendant et après les gardes
 - « Les jeunes médecins ont-ils envie de travailler ? »
 - Beaucoup d'appels injustifiés la nuit
 - Où trouver des médecins pour faire les gardes ?
 - Amélioration des choses depuis la création du 05.55.26.80.80
 - Difficulté pour les personnes âgées à se déplacer, surtout en garde
 - Accès au service des urgences trop facile
 - L'astreinte est une contrainte acceptable tant qu'elle n'est pas trop répétée
 - Nombre d'appels justifiés en garde inférieur à 50%

4 DISCUSSION

En nous basant sur les réponses significatives obtenues au terme de notre travail, nous pouvons dire qu'il existe effectivement une différence de pratique en garde entre les médecins généralistes corréziens installés en milieu rural et ceux installés en milieu urbain .

En effet, suite à notre étude, nous pouvons caractériser les médecins ruraux de la façon suivante :

- Ils sont plus éloignés des services d'urgence
- Ils effectuent plus de gardes que les médecins urbains (que ce soit la semaine, le week-end ou sur l'année)
- Ils effectuent plus de gardes en dehors de la Permanence Des Soins (notamment les gardes de médecins pompiers)
- Ils ont plus tendance à considérer la Permanence Des Soins comme une disponibilité permanente et comme une partie intégrante du travail de médecin
- Ils ont 2 fois plus peur de la plainte que les médecins urbains (sans que cela soit totalement significatif)
- Ils ont des secteurs de garde plus grands
- Ils effectuent plus d'actes en garde quelle que soit l'heure ou le jour
- Ils possèdent plus facilement un électrocardiogramme, du matériel de perfusion de sondage urinaire et de ventilation
- Ils assurent, pour la majorité d'entre eux, la régulation des appels en garde qui proviennent le plus souvent des patients eux-mêmes
- Ils sont plus souvent envoyés « en reconnaissance » par le SAMU en attendant l'arrivée d'une équipe SMUR sur place

Les médecins urbains quant à eux :

- Ont plus tendance à considérer la Permanence Des Soins comme une gestion des urgences la nuit et le week-end
- Ont plutôt peur de l'agression
- Ont des appels en garde régulés majoritairement par le centre 15

Certaines des différences observées s'expliquent par la répartition géographique des médecins ruraux qui, par définition, sont plus éloignés des structures hospitalières (urbaines) ce qui les conduit à avoir un matériel plus complet et à être envoyés plus souvent en reconnaissance par le SAMU qui met du temps à arriver sur place. De même, une densité de population et de médecins généralistes plus faible dans les secteurs ruraux explique leur étendue et une fréquence des gardes plus importante.

L'impression générale qui se dégage de l'analyse des questions ouvertes est que les médecins ruraux sont dans l'ensemble satisfaits de leurs gardes alors que les médecins urbains paraissent, pour certains, épuisés par l'enchaînement garde/journée de travail.

Leur différence de point de vue s'étend également à la définition même de la PDS avec une majorité de médecin urbain la considérant comme séparée de leur activité la journée et des médecins ruraux ayant plus tendance à l'intégrer dans leur activité quotidienne. Ceci peut s'expliquer par l'éloignement des services hospitaliers, les médecins ruraux étant souvent en première ligne de la pathologie urgente (même en dehors des gardes) alors que cela est plus rare pour les médecins urbains.

Plusieurs choses semblent cependant les rassembler : les médecins généralistes corréziens veulent faire des gardes et apporter un soin de qualité à leur patient. Ceci passe, d'après eux, par une meilleure organisation du système de garde notamment par une régulation médicale des appels ou par la création de maisons médicales de garde.

Ceci étant dit, nous avons voulu comparer notre travail à d'autres effectués sur le même thème. Peu de références se sont présentées à nous mais une nous a paru pertinente :

« Devenir de la médecine de campagne » par Mme COLLE-LASSIME Barbara et Mr LASSIME Jérôme (26), thèse soutenu en 2004, se base sur une revue de la littérature ainsi

que sur une étude de terrain réalisée par ses auteurs dans le département de la Charente.

Leurs conclusions sont les suivantes :

- aucune étude avant la leur ne comparait les modes d'exercice des médecins ruraux et urbains notamment à l'échelle départementale ou cantonale
- Beaucoup de médecins de campagne en France assurent seul leurs gardes de nuit et de week-end (gardes de « clientèle »)
- les médecins ruraux sont plus éloignés des centres spécialisés et des plateaux techniques, assurent des soins de proximité avec toutefois des actes plus spécialisés qu'en ville (petite chirurgie, gynécologie et pédiatrie) et doivent assurer les soins d'urgence en attendant le SAMU

En comparant leurs conclusions aux nôtres nous avons constaté qu'elles semblent se rejoindre sur ces points particuliers.

Remarque : concernant les gardes dites de « clientèle » où le médecin assure seul les urgences de ses patients les nuits et le week-end, notre étude n'a recensé qu'un médecin concerné sur toute la Corrèze.

Au terme de ce travail, nous sommes conscients de n'avoir abordé qu'une partie du sujet car l'activité d'un médecin généraliste ne se limite pas aux gardes. Il serait intéressant de pouvoir replacer cette étude en tenant compte des journées de travail des médecins ruraux et urbains, des caractéristiques de leur patientèle (rurale ou urbaine), ainsi que de leur vie de famille (profession de leur conjoint ou conjointe notamment). Cela aiderait certainement à mieux cerner ce qui motive un médecin à s'installer en milieu rural ou en milieu urbain.

Venons en à présent aux choses qui nous ont étonné, déçu ou qui nous ont créé des soucis lors de la réalisation de notre travail.

Les points étonnants révélés par notre étude sont :

- Une moyenne d'âge identique chez les 2 populations de médecins avec une féminisation identique allant contre l'image du « vieux médecin de campagne »
- Un nombre identique d'hommes et de femmes effectuant les gardes (avec cependant quelques arrangements au sein de certains couples de médecins qui

effectuent leur garde à deux : le mari en visite, la femme en consultation et/ou au téléphone)

- Une peur de la plainte réelle chez les médecins ruraux alors que nous avons une image d'une population moins procédurière en campagne qu'en ville
- Une régulation des appels différente selon les secteurs de garde
- Des chiffres concernant le nombre d'actes en garde fourni par les caisses bien inférieurs à ceux communiqués par les praticiens
- La réception de 2 questionnaires totalement vierges donc inexploitable

Les points décevants se résument surtout à un taux de réponse inférieur à nos espérances car notre sujet semblait intéresser les différents médecins que nous avons rencontrés au début de notre travail.

Enfin, ayant créé ce questionnaire nous-mêmes, sans expérience préalable de ce type d'exercice, quelques biais se sont créés, nous causant parfois quelques soucis. Ce sont essentiellement :

- Un biais de recrutement avec des données manquantes car le nombre de questionnaires envoyés est inférieur au nombre de médecins libéraux exerçant en 2004 recensés par la DREES (247 questionnaires envoyés pour 278 médecins recensés). Cette différence s'explique par le fait que nous n'avons pas recensé, au départ, tous les médecins à exercice particulier qu'il aurait finalement fallu inclure dans notre travail.
- Un biais d'interprétation car les réponses données n'étaient pas toujours claires ni précises. Nous avons ainsi parfois reformulé certaines réponses (sans modifier leur sens principal).
- Des données chiffrées plus ou moins exactes car certains praticiens ont donné leur nombre d'astreintes rémunérées par la CPAM (correspondant à des périodes de 12 Heures) et d'autres leur nombre réel de garde effectuées

Un dernier « problème » est la notion de semi rural. Cette notion n'est pas clairement définie par l'INSEE, qui parle d'espaces péri-urbains, et correspond plutôt à un ressenti des médecins. En effet il est difficile de considérer son activité comme urbaine lorsque l'on exerce dans une commune de 3000 habitants (urbaine selon l'INSEE). Nous avons donc

écarté volontairement cette notion pour simplifier l'analyse de nos résultats gardant à l'esprit que la réalité sur le terrain ne se révélait pas aussi « binaire ».

Nous ne pouvons conclure ce travail sans parler de l'autre objectif de notre thèse : faire un état des lieux de la Permanence Des Soins dans notre département.

Pour approfondir ce sujet nous avons rencontré plusieurs médecins généralistes ainsi que des médecins du CDOM. Nous nous sommes alors rendu compte que ce sujet était l'objet de divergences d'opinions quant aux horaires d'application de cette PDS. La loi précise « *en dehors des horaires d'ouvertures des cabinets libéraux et des centres de santé* » ce que nous avons interprété comme correspondant aux gardes de nuit et de week-end. La continuité des soins est donc assurée la journée par le médecin traitant à son cabinet et la nuit, le week-end et les jours fériés par le médecin de garde.

Le système ne doit toutefois pas être figé dans le temps et peut être amélioré.

Les médecins interrogés dans leur majorité souhaitent :

- une régulation médicale des appels en garde afin de filtrer ceux relevant d'un simple conseil et ceux relevant de l'intervention du médecin de garde
- la création de maisons médicales de garde afin de centraliser l'offre de soins en garde

Les pouvoirs publics corréziens (Préfecture et DDASS) exposent des pistes de réformes dans leur cahier des charges pour 2005 (25) :

- disposer d'une sectorisation inter cantonale
- prévoir une garde de consultation en plus de la garde de visite sur le secteur Brive/Malemort sur un site sécurisé
- améliorer la couverture téléphonique sur l'ensemble du département
- élaborer des tableaux de garde pour 3 mois

Le Ministère de la Santé quant à lui souhaite prendre des mesures (27) :

- pour généraliser la participation des médecins libéraux à la régulation
- pour permettre aux Préfets de Département de confier l'organisation de la PDS aux Centres Hospitaliers en 2nde partie de nuit le cas échéant et d'étendre la PDS au

samedi après-midi

- pour améliorer les conditions de financement de la PDS et des maisons médicales de garde
- pour mieux informer la population sur le bon usage du « 15 »

En ce qui nous concerne, nous souhaiterions la création de maisons médicales de garde en Corrèze qui permettraient aux jeunes médecins de remplacer leurs confrères en garde plus facilement notamment en milieu rural. Ces maisons médicales de garde seraient des lieux connus des patients et des médecins, avec un matériel commun où l'on pourrait prendre la garde sur place. Placée au centre d'un secteur elle permettrait de limiter les déplacements du médecin, éventuellement d'agrandir les secteurs et de diminuer l'écart entre médecins généralistes ruraux et urbains en garde. Reste le problème du financement, car sur les 110 millions d'Euros attribué au FAQSV en 2006, 90 seront consacrés au Dossier Médical Personnel, 11 à l'Evaluation des pratiques professionnelles et 8,5 millions aux autres projets dont les maisons médicales de garde(28). Certaines d'entre elles ferment leurs portes faute de financement alors comment en ouvrir d'autres ?

Concernant les secteurs de garde, notre expérience au SAMU de Limoges nous a montré l'exemple d'une sectorisation basée sur la rapidité du temps d'intervention et sur la facilité d'accès au patient selon les axes routiers. Ce découpage ne suit donc pas toujours les données géographiques et démographiques mais se révèle efficace sur le terrain. Il serait peut être intéressant de prendre en compte ce facteur lors de la sectorisation en médecine générale.

Il existe bien d'autres pistes à explorer concernant l'amélioration des conditions en garde notamment :

- faut il continuer à faire des visites alors que nos voisins européens s'en dispensent ?
- faut il arrêter les gardes de médecine générale à minuit ?
- comment continuer à former les médecins généralistes à l'urgence ?
- etc...

Certaines de ces questions ne sont probablement pas encore d'actualité mais beaucoup reste à faire pour améliorer le système de garde à l'heure où l'effectif médical diminue de plus en plus.

5 CONCLUSION

Au terme de cette thèse, nous concluons sur le fait que ce travail nous a permis de nous faire une idée sur les conditions de travail des médecins ruraux et urbains et de mieux comprendre leurs difficultés en garde. Ceci nous sera d'une grande aide pour choisir notre futur lieu d'installation, en ville ou à la campagne, en complément de notre expérience lors des remplacements. Ce que nous avons également retenu de ce travail est, qu'au delà de leurs différences de pratique, les médecins ruraux et urbains sont désireux de faire des gardes et d'apporter le meilleur soin possible à leurs patients.

LISTE DES SIGLES

AMU : Aide Médicale Urgente

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CODAMU : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence

des Soins et des transports sanitaires

CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

MSA : Mutualité Sociale Agricole

ORS: Observatoire Régional de Santé

PDS : Permanence Des Soins

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

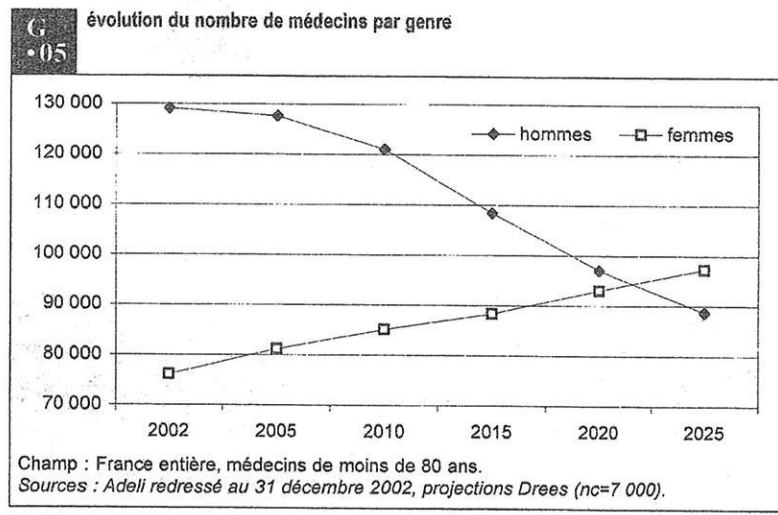
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR : Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

ANNEXES

Annexe 1 :



Annexe 2 :

J.O n° 214 du 16 septembre 2003 page 15863 texte n° 14

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

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 (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

NOR: SANH0322761D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 6313-1, L. 6313-2 et L. 6325-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-5 et L. 162-31-1 ;

Vu le décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 modifié relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires ;

Vu le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 modifié relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU ;

Vu le décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 modifié portant code de déontologie médicale, notamment son article 77 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie en date du 12 mai 2003 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 29 avril 2003 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Il est inséré au livre VII du code de la santé publique un titre II intitulé : « Permanence des soins » et comprenant les articles suivants :

« Art. R. 730. - La permanence des soins en médecine ambulatoire prévue à l'article L. 6325-1 du présent code 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.

« 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 L. 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 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 mentionné à l'article L. 6313-1. En tant que de besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté préfectoral, après avis des comités des départements concernés.

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

« Art. R. 731. - Dans chaque secteur un tableau départemental nominatif des médecins de permanence est établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins mentionnés à l'article R. 730 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 oeuvre, 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 oeuvre 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.

« Art. R. 732. - 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 mentionnés aux articles L. 162-5 et L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale peuvent participer à la régulation.

« Art. R. 733. - Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat.

« En cas d'absence ou d'insuffisance constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département, ce conseil, 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.

« Art. R. 734. - 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.

« Art. R. 735. - Un cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. Il est arrêté par le préfet après avis du comité départemental prévu à l'article L. 6313-1.

« Ce cahier des charges est établi sur la base d'un cahier des charges type fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. 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. Il précise en outre les modalités de participation des médecins spécialistes. »

Article 2

Le décret du 30 novembre 1987 susvisé est modifié ainsi qu'il suit :

I. - A l'article 1er :

A. - La liste des membres de droit mentionnés au a est ainsi complétée :

« 5. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. »

B. - La liste des membres désignés par les organisations qu'ils représentent

mentionnée au c est ainsi complétée :

« 5. Un représentant de l'union régionale des caisses d'assurance maladie.

« 6. Un médecin représentant l'union régionale des médecins exerçant à titre libéral. »

C. - La liste des membres nommés par le préfet mentionnée au d est modifiée et complétée comme suit :

« 5. Un médecin d'exercice libéral désigné sur proposition des instances localement compétentes de chacune des organisations représentatives au niveau national.

« 6. Un représentant de chacune des associations de permanence des soins lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de permanence des soins au niveau départemental. »

« 10. Deux praticiens hospitaliers sur proposition des organisations représentatives au niveau national des médecins exerçant dans les services d'urgence hospitaliers.

« 11. Un représentant des associations d'usagers. »

II. - L'article 4 est modifié comme suit :

Au premier alinéa, les mots : « au moins une fois par an » sont remplacés par les mots : « au moins deux fois par an ».

Il est ajouté un troisième alinéa ainsi rédigé :

« Il évalue chaque année l'organisation de la permanence des soins et propose les modifications qu'il juge souhaitables. »

Article 3

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre de

la santé, de la famille et des personnes handicapées et le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 15 septembre 2003.

Jean-Pierre Raffarin

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé, de la famille

et des personnes handicapées,

Jean-François Mattei

Le ministre de l'intérieur,

de la sécurité intérieure

et des libertés locales,

Nicolas Sarkozy

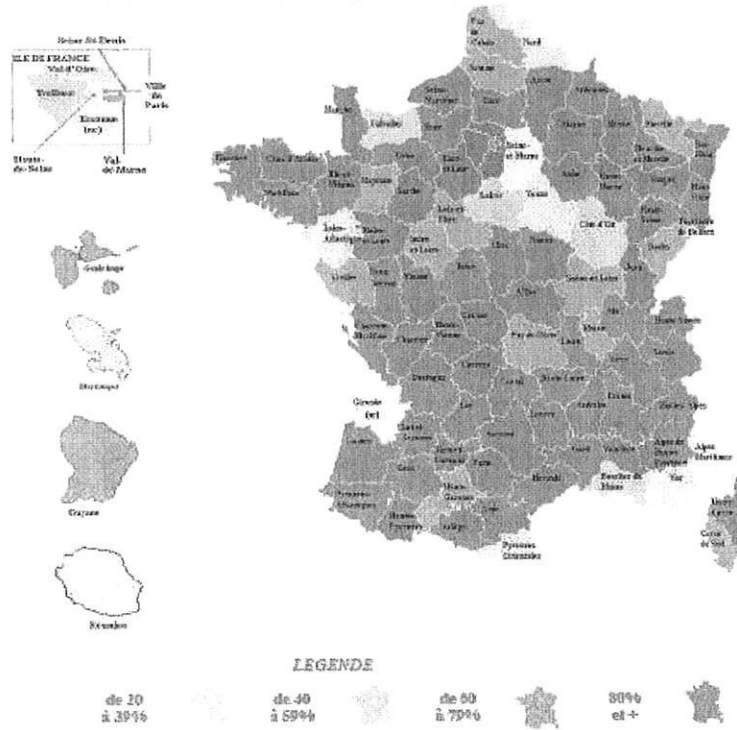
Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation,

de la pêche et des affaires rurales,

Hervé Gaymard

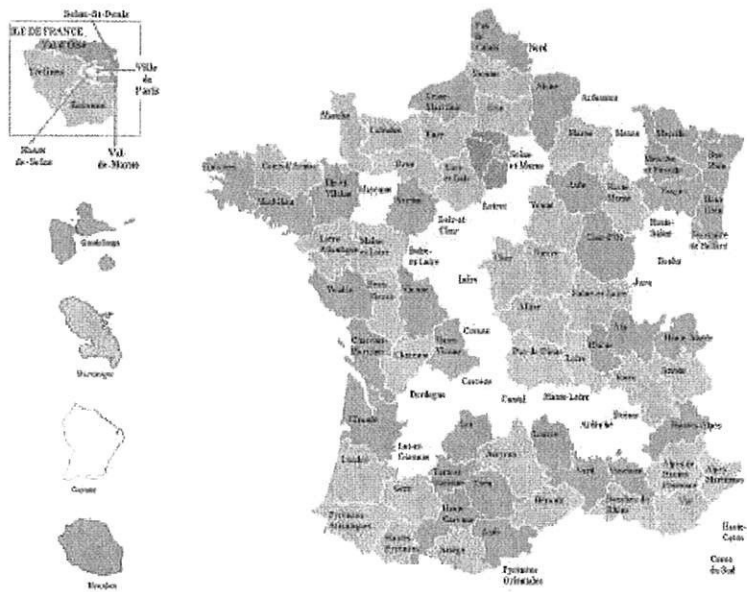
Annexe 3 :

LA PARTICIPATION DES MEDECINS GENERALISTES A LA PERMANENCE DES SOINS AU 1^{ER} FEVRIER 2005



Annexe 4 :

**PARTICIPATION DES MEDECINS GENERALISTES A LA
REGULATION AU 1^{ER} FEVRIER 2005**



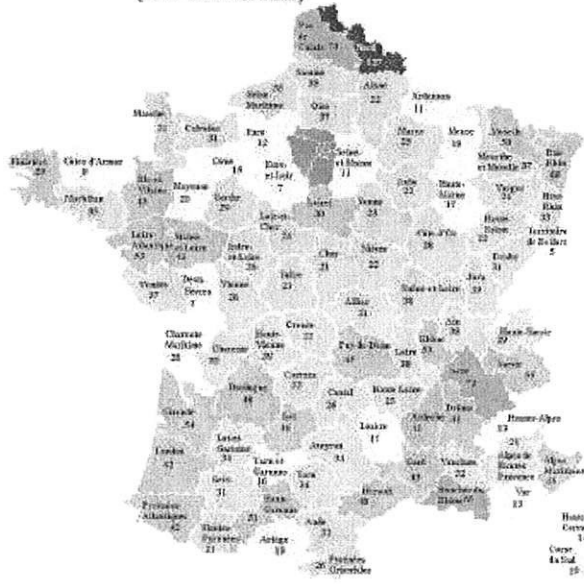
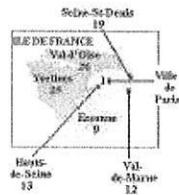
LEGENDE

Absence de participation Participation des médecins libéraux à la régulation SAMU libéraux Régulation libérale identifiée dans les locaux du SAMU ou dans les locaux propres

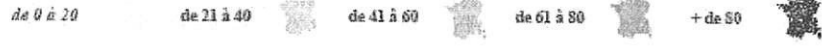


Annexe 5 :

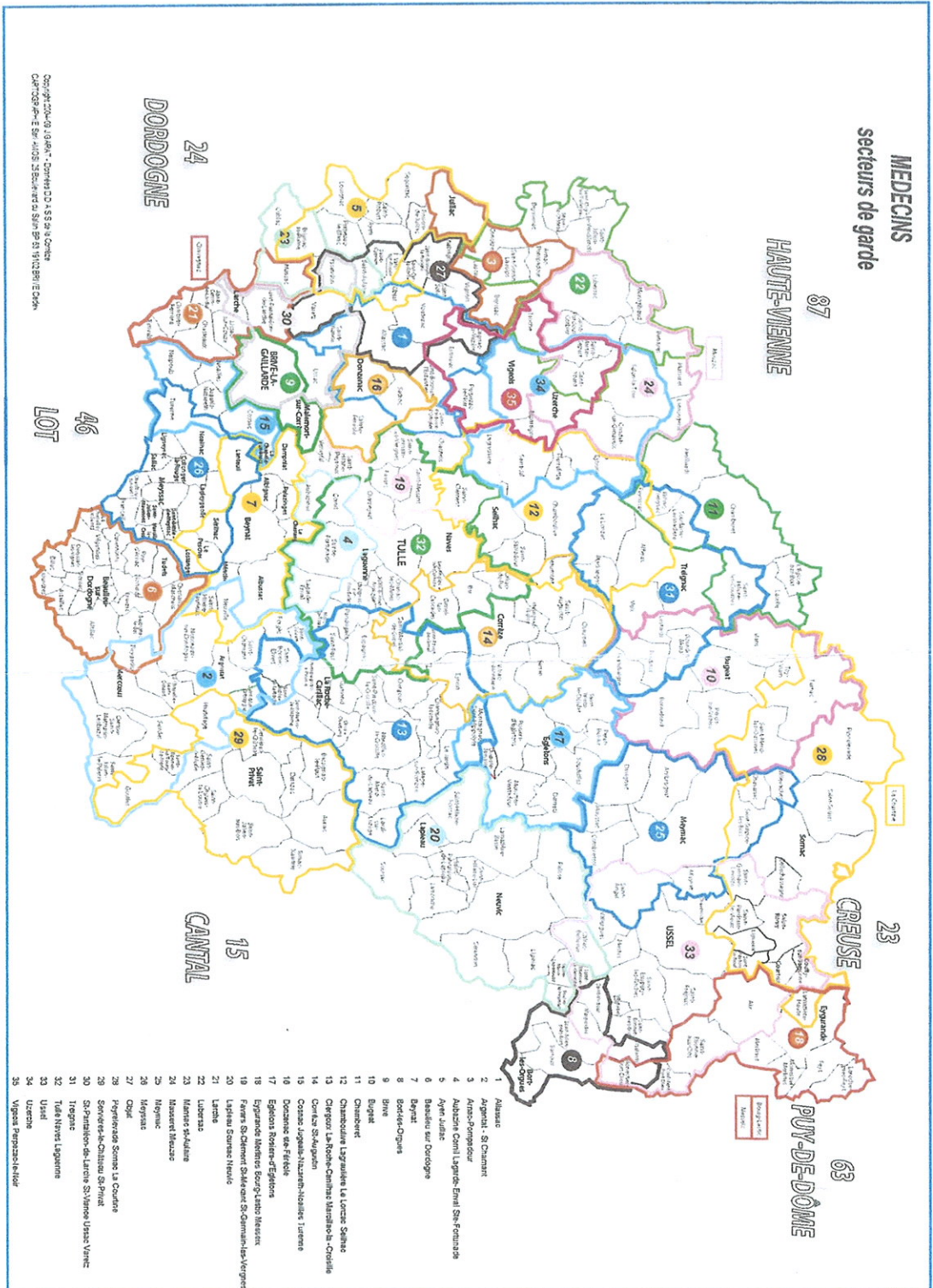
**LA SECTORISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS
AU 1^{er} FEVRIER 2005
(3077 SECTEURS)**



LEGENDE



Annexe 6 :



Annexe 7 :

ACTES	Départ. métrop. (euros)
Consultation au cabinet : C	20.00
Consultation approfondie annuelle au cabinet par le médecin omnipraticien pour un patient reconnu atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée exonérées du ticket modérateur : CALD	26.00
Visite au domicile du malade : V	20.00
Majoration forfait pédiatrique du médecin généraliste (FPE) pour les 3 examens pédiatriques obligatoires nécessitant l'établissement des certificats de santé (décret n° 73-267 du 02-03-1973)	5.00
Lettres-clés :	
Majoration de dimanche et jour férié (1)	19,06
Majoration de nuit : - de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00 - de 00h00 à 06h00	35.00 40.00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de l'omnipraticien : MD = majoration pour critères médicaux ; MDE = majoration pour critères environnementaux ; (Arrêté du 30-09-2002 - JO du 02-10-2002).	10.00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit de l'omnipraticien (Arrêté du 30-09-2002 - JO du 02-10-2002).	
- pour les visites effectuées de 20h00 à 00h00 et de 06h00 à 08h00. (MDN)	38.50
- pour les visites effectuées en 00h00 heures et 06h00. (MDI)	43.50
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et de jours fériés de l'omnipraticien (MDD) (2) (Arrêté du 30-09-2002 - JO du 02-10-2002).	22.60
Majoration d'urgence pour actes de premier recours effectués par l'omnipraticien hors du cabinet médical (MU) : (Arrêté du 30-09-2002 - JO du 02-10-2002.)	22.60
Majoration des soins d'urgence pratiqués au cabinet : K 14. (Article 14.3 des DG)	26.89
Majoration pour soins réalisés au cabinet d'un médecin de montagne nécessitant l'utilisation d'un plateau technique : K 6 (Article 14.5 des DG)	11.52
Rémunérations forfaitaires prévues pour l'adhésion à un contrat de pratique professionnelle :	
Rémunération forfaitaire annuelle par patient du Médecin Référent	45.73
Adhésion au contrat de santé publique pour la délivrance de soins palliatifs à domicile :	
• forfait mensuel du médecin coordonnateur de l'équipe de soins (4)	80.00
• forfait mensuel du médecin participant à la coordination (4)	40.00
• forfait mensuel de soins	90.00
Forfait thermal pour chaque patient suivant une cure thermique	64.03
• Majoration du forfait de cure thermique pour adhésion au contrat de pratique professionnelle.	10.00
Valeur de l'indemnité horokilométrique (IK) :	
- plaine	0.61
- montagne et haute montagne	0.91
- à pied ou à ski	4.57
Indemnité de déplacement (ID) pour les médecins généralistes pour les actes effectués à domicile autres que la visite (Arrêté du 30-09-2002 - JO du 02-10-2002).	
- Agglomérations de Paris, Lyon, Marseille (3)	3.50
- Autres agglomérations ou communes non agglomérées (3)	3.50
(1) La majoration s'applique à partir du samedi midi uniquement pour les consultations au cabinet réalisés par le médecin généraliste de garde. (2) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée et (à compter du 01-02-2002) aux consultations réalisées le samedi après-midi par le médecin de garde dans chacun des secteurs existants (avenant n° 10 à la convention des généralistes) (3) Les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement. (4) Ces deux forfaits de coordination ne peuvent pas se cumuler.	

VALEUR DES LETTRES CLES

M 25 13.10.2003

Annexe 8 :

Médecins généralistes et Permanence des Soins : Existe-t-il une différence de pratique lors des gardes entre les médecins généralistes implantés en zone urbaine et rurale dans le département de la Corrèze en 2004 ?

Mlle MASSONIE Anne-Sophie
13 avenue MALAQUIN
19000 TULLE
massonie.sophie@wanadoo.fr
Tél. : 05.55.26.65.86

A Tulle
Le 18/04/05

Objet: Thèse de médecine générale
P.J. : Questionnaire et enveloppe de retour

Cher Confrère, Chère Consoeur,

Je suis actuellement Résidente en 4ème semestre de médecine générale et je souhaite soutenir une thèse sur le sujet suivant:

Médecins généralistes et Permanence des soins :
Existe-t-il une différence de pratique lors des gardes entre les médecins généralistes implantés en zone urbaine et rurale dans le département de la Corrèze en 2004 ?

(Directrice de thèse : Dr Munier-Chambon)

L'objectif de cette thèse est:

- 1-De faire un état des lieux de la **Permanence Des Soins** durant l'année 2004,
- 2-De comparer l'activité en garde des différents médecins installés en **Corrèze**.

J'espère grâce à ce travail et à votre aide ouvrir des champs de suggestions quant à l'avenir des gardes et de nos futures conditions d'exercices lors de ces dernières.

Dans le but de réaliser cet état des lieux, je souhaiterais recueillir quelques informations sur votre pratique médicale lors des gardes.

Pour cela, pouvez vous, s'il vous plait, consacrer quelques instants au questionnaire ci-joint ?

Ce questionnaire, anonyme, comporte différentes parties

- 1-Votre profil
- 2-Vos gardes :
 - L'organisation et l'activité,
 - Le matériel
 - La coordination et les actes d'urgence
- 3-Questions ouvertes

Médecins généralistes et Permanence des Soins : Existe-t-il une différence de pratique lors des gardes entre les médecins généralistes implantés en zone urbaine et rurale dans le département de la Corrèze en 2004 ?

Pour plus de simplicité les chiffres demandés dans la partie « organisation » sont à compléter à partir du relevé SNIR même si celui-ci reste approximatif.

Merci de me renvoyer ce questionnaire **même incomplet** (notamment pour les médecins n'effectuant pas de garde) afin que je puisse obtenir un reflet le plus objectif possible de la situation des gardes durant l'année 2004.

Si vous désirez que je vous envoie un exemplaire de ma thèse une fois terminée, vous pouvez me laisser votre adresse électronique sur ma boîte mail et je serais heureuse de vous en faire parvenir un exemplaire via internet.

Vous remerciant du temps que vous avez accordé à ce questionnaire, veuillez agréer Cher Confrère, Chère Consœur, l'expression de mes sincères salutations.

A-5 MASSONIE

NB : Questionnaire à retourner grâce à l'enveloppe ci jointe si possible, avant le 25 Mai 2005

QUESTIONNAIRE

VOTRE PROFIL ¹

Sexe : Masculin Féminin

Age : _____

Exercez vous dans une commune de plus de 2000 habitants ?

- Oui
- Non

Considérez vous votre activité comme :

- Rurale
- Urbaine
- Semi rurale

Proximité du 1^{er} service d'Urgences (en Km) : _____

Participez vous aux gardes de médecine générale ?

- Oui
 - Non
- Si non pourquoi ? _____

Participez vous à un autre système de garde (SAMU, Urgences, Sapeurs
Pompiers) ?

- Oui
 - Non
- Si oui, précisez : _____

La permanence des soins, c'est pour vous :

- Une disponibilité médicale 24 heures sur 24
- Une gestion des urgences la nuit et le week end
- Autre : _____

¹ Cochez la réponse de votre choix

Les gardes sont pour vous :

- Une partie intégrante du travail de médecin
- Un autre mode d'exercice
- Une contrainte
- Une obligation

Vous arrive-t-il de ressentir de l'appréhension lors de vos gardes ?

- Oui
- Non

Si oui pourquoi ?

- Peur de la plainte
- Peur d'une éventuelle agression
- Autre : _____

Rencontrez-vous des difficultés pour faire déplacer les patients au cabinet lors de vos gardes ?

- Oui
- Non

ORGANISATION ET ACTIVITE LORS DES GARDES ²

Diamètre de votre secteur de garde (en Km) : _____

Horaires de vos gardes :

- En semaine : _____
- Samedi : _____
- Dimanche et jours fériés : _____

Combien effectuez vous (en moyenne) :

- De garde de semaine par mois : _____
- De garde de week-end ou fériés par mois ³ : _____

Votre nombre total de gardes pour l'année 2004 : _____

Votre nombre total d'actes effectués en garde pour l'année 2004 :

Pour les visites, précisez le nombre de :

- MDN ⁴: _____
- MDI ⁵: _____
- MDD ⁶: _____

Pour les consultations, précisez le nombre de celles effectuées:

- De 20H00 à 00H00 et/ou 06H00 à 08H00 : _____
- De 00H00 à 06H00 : _____
- Le week end et les jours fériés (en journée) : _____

² Si possible, donner les chiffres figurants sur votre relevé SNIR

³ Compter samedi et dimanche séparément

⁴ Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée entre 20H00 et 00H00 et/ou 06H00 et 08H00

⁵ Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée entre 00H00 et 06H00

⁶ Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et de jours fériés en journée (s'appliquant à partir du samedi midi)

MATERIEL D'URGENCE :

En dehors de la liste des principaux médicaments d'urgence dont la liste exhaustive ne peut s'appliquer à ce questionnaire, possédez vous ⁷ lors de vos gardes:

- Appareil à ECG
- Bandelettes urinaires
- Chambre d'inhalation adulte/enfant
- Couverture de survie
- Défibrillateur manuel ou semi-automatique
- Gants d'examen non stériles
- Lecteur de glycémie
- Matériel de perfusion (tubulures, cathéters, robinets)
- Matériel de sondage urinaire
- Matériel de suture
- Matériel d'injection (garrot, seringues, aiguilles)
- Matériel d'oxygénation (O2, masques)
- Matériel de ventilation (laryngoscope, sondes d'intubation, ballonnet)
- Minerves
- Oxymètre de pouls
- Thermomètre
- Vacutainer
- Autres
Précisez : _____

⁷ Liste extraite du Livre «urgences à domicile» E.Higelin, F.Cerruti, J.Dubas et F.Meyer Edition Médecine et Hygiène 2003

COORDINATION ET ACTES D'URGENCES EN GARDES :

Les appels que vous recevez sont ils systématiquement issus de la régulation du centre 15 ?

- Oui
- Non

Si non, d'où proviennent-ils ?

Vous arrive t il de faire des consultations téléphoniques ?

- Non
- Oui exceptionnellement
- Oui souvent

Combien de fois par an vous arrive t'il d'être envoyé sur place par le médecin du SAMU pour prodiguer les premiers soins en attendant l'arrivée d'une équipe ?

- 0 fois
- 1 à 3 fois
- 4 à 6 fois
- Plus de 6 fois

Combien de fois par an faites vous appel au soutien d'une équipe du SAMU devant la gravité de la pathologie rencontrée ?

- 0 fois
- 1 à 3 fois
- 4 à 6 fois
- Plus de 6 fois

Les situations d'urgence (cotées K25 suivant l'arrêté du 7 juin 2001) sont listées comme suit : détresse respiratoire, détresse cardiaque, détresse d'origine allergique, état aigu d'agitation, état de mal comitial, détresse d'origine traumatique. Combien de fois par an y êtes vous confronté (en moyenne) lors de vos gardes ? (1):

- 0 fois
- 1 à 3 fois
- 4 à 6 fois
- Plus de 6 fois

Comment cotez vous ces urgences vitales ?

- VMD^a
- Autre : _____

^a Visite médicalement justifiée

QUESTIONS OUVERTES

Pensez vous qu'il puisse exister une différence de pratique en garde entre médecins implantés en milieu rural et urbain ? Si oui, pourquoi ?

Pensez vous que le Système de garde en Corrèze puisse être amélioré ? Si oui avez-vous d'éventuelles suggestions ?

Autre(s) commentaire(s) :

MERCI DU TEMPS QUE VOUS AVEZ ACCORDE À CE QUESTIONNAIRE

BIBLIOGRAPHIE

(1) Observatoire Régional de la Santé en Limousin (ORS) .Contexte socio démographique et économique .Réalisation et mise à jour décembre 2003.

(2) CHARDON S. Evolution du nombre d'habitants en Corrèze de 1968 à 1999. [en ligne].Disponible sur : <http://geneaseek.geneanet.org>

(3) Préfecture de la Corrèze. Permanence des soins : cahier des charges du département de la Corrèze. 29 octobre 2004.

(4) ORS Limousin .Offre et consommation de soins Prévention. Réalisation et mise à jour décembre 2003.

(5) CDOM Corrèze. Archives 2004

(6) Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM).Démographie médicale française : situation au 1^{er} janvier 2005.Etude n°38.

(7) URCAM Limousin. Cartosanté. [en ligne]. Disponible sur : <http://carto.assurance-maladie.fr>

(8) 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 santé publique. Paru au JO n°214 du 16 septembre 2003 p.15863 texte n°14.

(9) Code de Santé Publique.Article L.6313-1

(10) Code de Déontologie Médicale.Art.77

(11) CNOM. Circulaire n°97-125. section exercice professionnel.

- (12) CNOM. Circulaire n°2001-077. section exercice professionnel.
- (13) DE LA COUSSAYE J.E. Les urgences pré hospitalières : organisation et prise en charge. Ed. Masson, Paris, 2003.
- (14) Ministère de la Santé. Circulaire n°151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS, et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.
- (15) DEAU X. L'activité médicale téléphonique : peut on admettre la prescription téléphonique et à quelles conditions ? Rapport adopté à la session du CNOM le 15 octobre 2004
- (16) Code de Déontologie médicale. Art.47. Ed. juin 2004.
- (17) CNOM. Circulaire n°2003-086 section exercice professionnel.
- (18) DE QUEIROZ P. Nomenclature générales des actes professionnels : dispositions générales. DRSM Limoges. Mise à jour novembre 2003.
- (19) POUCHAIN D., ATTALI C., DE BUTLER J. et al. Médecine Générale : Concepts et pratiques. Collège des Généralistes enseignants. Ed. Masson
- (20) DOUBOVETSKY J. Elaborer sa trousse d'urgence : un guide pour la réflexion. Rev. Prescrire 1990 ; 1001 :462-71
- (21) HIGELIN F., CERRUTI F., DUBAS J. et al. Urgences à domicile. Ed. Médecine et Hygiène. 2003
- (22) MG France. Maisons médicales de garde- MMG. Mise à jour 10 janvier 2004. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.medsyn.fr/mgfrance/fiches/fiche18.htm>
- (23) Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et

modifiant le code de santé publique. Paru au JO n°82 du 8 avril 2005 p.6345 texte n°14.

(24) URCAM Poitou-Charentes. Mission régionale de santé. [en ligne]. Disponible sur <http://www.urcam-poitou-charentes.fr>

(25) Préfecture de la Corrèze. Permanence des soins : cahier des charges du département de la Corrèze. 1^{er} août 2005.

(26) COLLE LASSIME B., LASSIME J. Le devenir de la médecine de campagne. Thèse de médecine soutenue à l'Université PARIS 6 SAINT ANTOINE en 2004.

(27) IDRISSE M. Les gardes en médecine générale : urgence ou continuité de soin (à partir d'une enquête sur le département du Doubs). Thèse de médecine soutenue à l'Université de BESANCON en 2001.

(28) CASSAGNOU H. Communiqué du Ministère de la Santé du 5 mai 2006.

(29) DE SAINT ROMAN H. « Les difficultés de financement de la permanence des soins : un nombre croissant de Maisons médicales de garde sont menacées de fermeture. Rev. Le quotidien du médecin, 2005, 7862, p.3

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	
1	DONNEES DEMOGRAPHIQUES6
1.1	La population Limousine6
1.1.1	Le nombre d'habitants et son évolution.....6
1.1.2	Les caractéristiques de la population Limousine7
1.1.3	La répartition de la population Limousine et son évolution9
1.1.4	La population Corrézienne.....11
1.2	Les médecins généralistes limousins.....12
1.2.1	Le nombre de médecins généralistes limousins et son évolution.....12
1.2.2	Les caractéristiques des médecins généralistes libéraux du Limousin.....14
1.2.3	Les médecins Corréziens17
2	LA PERMANENCE DES SOINS21
2.1	Historique.....21
2.2	Définitions.....21
2.2.1	La Permanence Des Soins (PDS)21
2.2.2	Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence Des Soins et des transports sanitaires : le CODAMUPS22
2.3	Organisation de la Permanence Des Soins sur le plan national24
2.3.1	Les acteurs de la Permanence Des Soins24
2.3.2	Les co-intervenants à la PDS26
2.3.2.1	Le service public hospitalier avec :.....26
2.3.2.2	Les entreprises de transport sanitaire27
2.3.2.3	Les Sapeurs Pompiers (et autre personnel de la Sécurité Civile)27
2.3.3	Le cheminement des appels en garde27
2.3.3.1	Le cadre réglementaire27
2.3.3.2	La pratique.....28
2.3.3.3	Les consultations téléphoniques29
2.3.4	La sectorisation.....30
2.3.5	Le tableau de garde.....30
2.3.6	Les horaires31
2.3.7	Les actes : visites ou consultations ?32

2.3.8	Le matériel en garde : la trousse médicale d'urgence	33
2.3.9	Cas particulier : Les maisons médicales de garde	37
2.4	Le système de garde Corrèzien en 2004	38
2.4.1	La sectorisation	38
2.4.2	Les horaires des gardes	39
2.4.3	Nombre de médecins généralistes participants aux gardes	40
2.4.4	Le tableau de garde	40
2.4.5	La rémunération des gardes	41
2.4.6	La cotation des actes en garde	41
2.4.7	La régulation des appels	41
2.4.8	Les chiffres officiels	42
2.5	Les changements de l'année 2005	43
2.5.1	Sur le plan national	43
2.5.2	Concernant le département de la Corrèze	45
3	L'ETUDE	46
3.1	La méthode	46
3.1.1	Définition de la population étudiée	46
3.1.1.1	Critères d'inclusion	46
3.1.1.2	Choix de la taille de l'échantillon	46
3.1.2	La méthode d'observation : le questionnaire	47
3.1.2.1	Création	47
3.1.2.2	Passation	47
3.1.3	Recueil et analyse des résultats	48
3.1.3.1	Recueil des résultats	48
3.1.3.2	Analyse des résultats	48
3.1.4	Contribution	50
3.2	Les résultats	50
3.2.1	Statistiques globales	50
3.2.2	Comparaison entre médecins ruraux et urbains	53
3.2.2.1	Concernant le profil	54
3.2.2.2	Concernant l'organisation et l'activité en garde	65
3.2.2.3	Les questions ouvertes	75
4	DISCUSSION	84

5	CONCLUSION.....	90
	LISTE DES SIGLES	
	ANNEXES	
	BIBLIOGRAPHIE	
	TABLE DES MATIERES	
	SERMENT D'HIPPOCRATE	

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserais mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

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

Je serais reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerais à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 133

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

MASSONIE (Anne-Sophie) – Médecins généralistes et Permanence Des Soins : Existe t il une différence de pratique lors des gardes entre les médecins généralistes implantés en milieu urbain et ceux implantés en milieu rural dans le département de la Corrèze en 2004

RESUME :

Cette thèse de médecine générale, réalisée sur le thème de la Permanence Des Soins, a pour objectif de comparer l'activité en garde des médecins corréziens implantés en milieu rural et ceux implantés en milieu urbain.

Ce travail est basé sur une enquête de terrain à l'aide d'un questionnaire anonyme envoyé à l'ensemble des médecins généralistes libéraux installés en Corrèze en 2004. L'analyse de nos résultats a révélé une différence entre la pratique des médecins ruraux et urbains ainsi qu'une réelle volonté de la part des deux populations de faire évoluer les gardes de médecine générale en Corrèze.

MEDECINE GENERALE

MOTS CLES :

- Permanence Des Soins
 - Médecine générale
 - Rural
 - Urbain
 - Gardes de médecine générale
 - Corrèze
-

JURY :

Président du jury :
Juges :

Monsieur le Professeur C.PIVA
Monsieur le Professeur P.COURATIER
Monsieur le Professeur T.DANTOINE
Monsieur le Professeur D.BUCHON
Madame le Docteur C.MUNIER-CHAMBON

Membre invité :