

UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE



ANNEE 2009

THESE N° 3488 / 1

**LA PERMANENCE DES SOINS EN HAUTE VIENNE, ENQUETE
AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES INSTALLES ET
REEMPLACANTS DU DEPARTEMENT**

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 4 Décembre 2009

PAR

Delphine MARCHESSEAU

Née le 12 Juin 1977 à Périgueux (Dordogne)



EXAMINATEURS DE LA THESE

M. le Professeur PIVA Claude
M. le professeur BONNETBLANC Jean Marie
M. le Professeur STURTZ Franck
Mme. le Docteur DUMOITIER Nathalie
Mme. le Docteur GUILLOT Laure
M. le Docteur MAGRET Bernard

-Président
-Juge
-Juge
-Juge
-Membre invité
-Directeur de thèse

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VALLEIX Denis

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur MOREAU Jean-Jacques
Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
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-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (C.S)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
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
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (Sur 31/08/2011)	PEDIATRIE
DENIS François (Sur 31/08/2011)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESPORT Jean-Claude	NUTRITION
DUDOGNON Pierre (Sur 31/08/2009)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
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
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MAUBON Antoine (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MERLE Louis (C.S)	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
PARAF François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
RIGAUD Michel (Surnombre 31/08/2010)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S)	MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
SAUTEREAU Denis (C.S)	GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
SAUVAGE Jean-Pierre (Sur 31/08/2011)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)	CANCEROLOGIE
VALLAT Jean-Michel (C.S)	NEUROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE – CHIRURGIE GENERALE
VANDROUX Jean-Claude (Sur 31/08/2011)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
VERGNEGRE Alain (C.S)	EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
VIDAL Elisabeth (C.S)	MEDECINE INTERNE
VIGNON Philippe	REANIMATION MEDICALE
VIROT Patrice (C.S)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Parasitologie et Mycologie
ANTONINI Marie-Thérèse (CS)	Physiologie
BOURTHOUMIEU Sylvie	Cytologie et Histologie
BOUTEILLE Bernard	Parasitologie - Mycologie
CHABLE Hélène	Biochimie et Biologie Moléculaire
DRUET-CABANAC Michel	Médecine et Santé au Travail
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Anatomie – Chirurgie Digestive
ESCLAIRE Françoise	Biologie Cellulaire
FUNALOT Benoît	Biochimie et Biologie Moléculaire
LE GUYADER Alexandre	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
MOUNIER Marcelle	Bactériologie – Virologie – Hygiène Hospitalière
PICARD Nicolas	Pharmacologie Fondamentale
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
TERRO Faraj	Biologie Cellulaire
VERGNE-SALLE Pascale	Thérapeutique
VINCENT François	Physiologie

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François	Physiologie
----------------	-------------

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	Anglais
----------------	---------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel	Médecine générale
BUISSON Jean-Gabriel	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie	Médecine Générale
PREVOST Martine	Médecine Générale

*A notre Maître et Président de Jury,
Monsieur le Professeur PIVA Claude,
Professeur des Universités de Médecine Légale
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service.
Vous me faites l'honneur de présider cette thèse.
Je souhaite vous exprimer toute ma reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail et
pour votre enseignement tout au long de mes études.*

*A notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur BONNETBLANC Jean-Marie,
Professeur des Universités de Dermatologie,
Médecin des hôpitaux.
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon plus profond respect et de toute ma
reconnaissance.*

*A notre Maître et Juge,
Monsieur le Professeur STURTZ Franck,
Professeur des Universités,
Praticien Hospitalier.
Vous avez porté un intérêt à cette thèse et m'avez fait l'honneur de bien vouloir la juger.
Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.*

*A notre Maître et Juge,
Madame le Docteur DUMOITIER Nathalie,
Maître de conférences Associée de Médecine Générale.
Vous me faites l'honneur de juger ce travail auquel avez porté un intérêt.
Veuillez trouver ici mes remerciements et toute ma gratitude.*

*A notre Maître et Directeur de thèse,
Monsieur le Docteur MAGRET Bernard
Praticien Hospitalier.
Vous avez accepté de me guider tout au long de la réalisation de ce projet. Je vous remercie
de votre soutien, de votre confiance et vous prie de trouver dans ce travail, l'expression de
ma profonde reconnaissance.*

*A Madame le Docteur GUILLOT Laure,
Docteur en médecine,
Chef de Clinique de Médecine Générale.
Tu me fais l'honneur de participer à mon jury. Pour ton écoute attentive, ton attitude investie
et ton expérience, je te prie de trouver ici tous mes remerciements et l'assurance de mon
amitié.*

Je tiens à remercier François DALMAY et toute l'équipe du CEBIMER pour leur précieuse aide statistique et leur disponibilité.

Je tiens également à remercier pour le temps qu'ils m'ont accordé et leurs précieuses informations:

*Mr Anthony PONTICAUD, chargé de mission
URCAM Limousin.*

*Mr le Dr Michel BOULLAUD, Médecin inspecteur de santé publique
DDASS de la Haute-Vienne.*

*Mr le Dr Pierre FAUCHERY, médecin généraliste
Président de la Domus Medica de Limoges.*

*Mme le Dr Martine PREVOST, médecin généraliste régulateur,
Présidente de la section généraliste
URML Limousin.*

*Mr le Dr Philippe BLEYNIE, médecin généraliste, secrétaire général, responsable PDS
Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne.*

*Mr le Dr Eric ROUCHAUD, médecin généraliste,
Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne.*

*Mr le Dr ROCHETTE, médecin généraliste
Président de SOS Médecins Limoges.*

*Mr le Dr CATHALIFAUD, docteur en pharmacie
Président du Syndicat des Pharmaciens de la Haute-Vienne.*

*A Elyse et Agathe,
Vous êtes ma plus grande fierté. Que ces histoires, encore trop compliquées, vous soient
contées plus tard. Je vous aime.*

*A Yoanne,
Pour ta présence, ton soutien, ton écoute, tes critiques. Pour ton amour. Pour tout ce que
nous avons réussi ensemble. Que les chemins que nous suivons continuent à se tenir la main.*

*A mes parents,
Pour votre soutien inconditionnel tout au long de ces années.*

*A Marie-Rose et Roger,
Pour votre soutien et votre attention.*

A mes amis...

*A tous ceux qui, de près ou d'un peu plus loin, ont contribué à rendre ses heures de
labeurs plus douces.*

Je dédie cette thèse à Marinette.

*Partie trop tôt, vous avez laissé un grand vide. Vous m'avez encouragé à aimer et respecter ce travail grâce à vos enseignements, votre écoute et votre humour !
Nombreux sont les moments où nos échanges (sur des consultations « ratées », sur d'éphémères « succès diagnostics », ou sur nos doutes) me manquent...*

Je regrette, en ce jour, que ma « maman médicale », laisse sa place vide.

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION.....	- 15 -
II. ETAT DES LIEUX.....	- 17 -
A. La Permanence Des Soins.....	- 17 -
1. Son origine nationale.....	- 17 -
2. La Permanence des Soins en Haute-Vienne.....	- 29 -
a) Son historique.....	- 29 -
b) Son organisation.....	- 31 -
(1) La régulation.....	- 31 -
(2) La garde médicale.....	- 32 -
(3) La garde ambulancière.....	- 34 -
(4) La garde pharmaceutique.....	- 36 -
c) Ses différents acteurs.....	- 37 -
(1) Pour l'agglomération de Limoges.....	- 37 -
(a) La Maison Médicale de Garde de Limoges :.....	- 37 -
(b) L'Association SOS MEDECINS de la Haute-Vienne.....	- 39 -
(c) Les différents services d'urgences et unités mobiles d'urgences.....	- 40 -
(2) Pour le reste du département.....	- 41 -
B. Les Besoins de la population.....	- 42 -
1. Droit à la santé.....	- 42 -
2. Les différentes situations d'urgences.....	- 43 -
a) Quelques classifications.....	- 43 -
b) La régulation médicale.....	- 44 -
3. Le cahier des charges départemental.....	- 47 -
a) Données climatologiques et géographiques.....	- 47 -
b) Démographie de la population haut-viennoise.....	- 48 -
c) Les différents indicateurs socio-sanitaires.....	- 49 -
C. L'Offre de soins locale.....	- 52 -
1. Le nouveau paysage médical.....	- 52 -
a) Généralités.....	- 52 -
(1) Au niveau national.....	- 52 -
(2) Au niveau local.....	- 53 -
b) Le vieillissement.....	- 56 -
(1) Au niveau national.....	- 56 -
(2) Au niveau local.....	- 56 -
c) La féminisation.....	- 58 -

(1) Au niveau national.....	- 58 -
(2) Au niveau local.....	- 60 -
d) Les différentes modifications du mode d'exercice.....	- 60 -
(1) L'activité salariée	- 60 -
(2) Le remplacement.....	- 61 -
(3) L'exercice de groupe.....	- 61 -
(4) Au niveau local.....	- 63 -
2. Les autres intervenants de l'offre de soins	- 64 -
a) L'offre de soins hospitalière.....	- 64 -
b) L'offre de soins extrahospitalière	- 65 -
D. Les chiffres clés de la PDS.....	- 65 -
1. Au niveau national.....	- 65 -
a) L'activité de la permanence des soins	- 65 -
b) Le coût total	- 66 -
2. En Haute-Vienne.....	- 68 -
(1) L'activité du CRRA.....	- 68 -
(2) L'activité des médecins d'astreintes	- 70 -
(3) Le coût de la PDS	- 75 -
E. Ses limites.....	- 77 -
1. Les constats nationaux	- 77 -
2. Les limites propres à notre département.....	- 88 -
III. LES MODIFICATIONS DU DISPOSITIF DE PDS.....	- 93 -
A. Le temps et les lieux.....	- 93 -
B. La rémunération et le financement	- 96 -
C. Particularité et plan de communication.....	- 97 -
D. Les statuts.....	- 98 -
IV. ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES INSTALLEES ET REMPLACANTS ..	- 101 -
A. Matériel et Méthode.....	- 101 -
1. Matériel	- 101 -
a) Description du questionnaire	- 101 -
b) Population de l'échantillon.....	- 101 -
c) Modalités de recherche des coordonnées postales	- 102 -
d) Délai de réponse	- 102 -
2. Méthode	- 102 -
B. Résultats.....	- 103 -
1. Population étudiée	- 103 -
a) Taux de réponses	- 103 -

b)	Le profil	- 103 -
(1)	Age	- 103 -
(2)	Sexe :	- 104 -
(3)	Activité professionnelle	- 104 -
(a)	Statuts	- 104 -
(b)	Type d'exercice :	- 105 -
2.	Généralités sur la PDS.....	- 106 -
a)	Le devoir de garde	- 106 -
b)	Le volontariat dans le dispositif de PDS.....	- 108 -
c)	PDS et mission de service public.....	- 109 -
d)	La médecine générale comme « spécialité du premiers recours »	- 113 -
e)	Le coût de la PDS.....	- 119 -
3.	Les réformes éventuelles du dispositif de PDS.....	- 121 -
a)	La diminution du nombre de secteurs.....	- 121 -
b)	La rémunération de la PDS :.....	- 124 -
c)	L'organisation du dispositif de PDS :.....	- 129 -
4.	Le système actuel de PDS	- 143 -
a)	La satisfaction globale.....	- 143 -
b)	La PDS et les patients.....	- 144 -
c)	L'implication des médecins généralistes dans la PDS.....	- 150 -
d)	Les actes au cours de la PDS	- 152 -
V.	SYNTHESE ET DISCUSSION	- 159 -
A.	Les difficultés de l'étude	- 159 -
1.	Le matériel utilisé	- 159 -
a)	La constitution de l'échantillon.....	- 159 -
b)	Le questionnaire	- 159 -
2.	L'analyse du questionnaire.....	- 160 -
a)	L'activité rurale ou urbaine.....	- 160 -
b)	Questions portant sur le « spécialiste de premier recours » (q5, q6 et q7)....	- 160 -
c)	Le volume d'activité durant la PDS (q24).....	- 161 -
d)	Question portant sur les visites et consultations non justifiées (q26)	- 161 -
B.	Les constats de l'étude.....	- 162 -
1.	L'intérêt des médecins	- 162 -
2.	La représentativité de l'échantillon.....	- 162 -
3.	Les généralités sur la PDS	- 162 -
a)	Le devoir de garde	- 162 -
b)	Le volontariat	- 163 -

c)	La PDS comme mission de service public	- 163 -
d)	Le médecin de premier recours	- 165 -
e)	Le coût de la PDS.....	- 168 -
4.	Les éventuelles réformes du dispositif de PDS en Haute-Vienne	- 168 -
a)	La diminution du nombre de secteurs.....	- 168 -
b)	La nouvelle organisation « médicale » des astreintes.....	- 170 -
c)	La rémunération et les statuts.....	- 171 -
d)	Les responsables de l'organisation de la PDS.....	- 173 -
5.	Le système actuel de PDS	- 174 -
a)	La PDS et les patients.....	- 174 -
b)	La satisfaction des acteurs de soins.....	- 175 -
c)	L'implication des médecins généralistes dans la PDS.....	- 175 -
d)	L'activité au cours de la PDS	- 176 -
6.	Commentaires personnalisés	- 178 -
VI.	CONCLUSION	- 180 -
	BIBLIOGRAPHIE.....	- 183 -
	ANNEXE.....	- 190 -

LISTE DES ABREVIATIONS

AMU : Aide Médicale Urgente
AP : Ambulance Privée
AVP : Accident de la Voie Publique
C : Consultation
CAMU : Capacité de Médecine d'Urgences
CDM : Code de Déontologie Médicale
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CH : Centre Hospitalier
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHS : Centre Hospitalier Spécialisé
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS : Conseil Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins
COSP : Collaborateur Occasionnel du Service Public
CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels
CSMF : Confédération des Syndicats médicaux Français
CSP : Code de la Santé Publique
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DNDR : Dotation Nationale de Développement des Réseaux
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
FACQS : Fonds d'Aide à la Coordination et la Qualité des Soins
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FMF : Fédération des Médecins de France
GIE : Groupement d'Intérêt Economique
GJIREL : Généralistes Jeunes Installés et REmplaçants du Limousin
HAD : Hospitalisation A Domicile
HME : Hopital de la Mère et de l'Enfant
IK : Indemnités Kilométriques
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MEP : Médecins à Exercice Particulier
MFP : Mutualité de la Fonction Publique
MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale
MMG : Maison Médicale de Garde
MRS : Mission Régionale de Santé
MSA : Mutuelle Sociale Agricole
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PARM : Permanencier d'Aide à la Régulation Médicale

PDS : Permanence Des Soins
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SCM : Société Civile de Moyens
SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMUR : Service Mobile d'Urgence
UMH : Unité Mobile Hospitalière
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
URCAM: Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
V : Visite
VSAV : Véhicule de Secours Aux Victimes
WONCA : World Organization of National Colleges and academies of general practitioners/family physicians
ZSTCD : Zone de Surveillance de Très Courte Durée

INTRODUCTION

I. INTRODUCTION

La Permanence des Soins s'est organisée, en France, au début du XXI^{ème} siècle, pour encadrer la prise en charge des soins non programmés en dehors des heures « habituelles » d'ouverture des cabinets médicaux.

Elle a évolué au gré de différents textes législatifs encadrant son organisation ainsi que les conditions de participation des médecins. Des constats, fâcheux aux dires de certains analystes, ont été faits au cours de divers travaux, et les médias en ont fait écho.

La genèse de ce travail part de ces constats et de la perception de la part importante prise par la Permanence des Soins dans les préoccupations des médecins, que notre activité de remplaçante nous a permis de rencontrer. Ce travail s'articule en trois parties :

. La première dresse un « état des lieux » de la Permanence des Soins, à l'échelon national puis départemental de la Haute-Vienne. Cette partie précise les modalités d'organisation du dispositif de Permanence des Soins, puis décrit les besoins de la population. Ensuite, une synthèse de l'offre de soins locale, tenant compte des évolutions de la démographie médicale, est réalisée. Puis, elle aborde les différentes difficultés rencontrées par l'organisation de la Permanence des Soins, tant en Haute-Vienne qu'en France.

. La partie suivante expose les perspectives départementales, au travers des modifications qui pourraient être apportées au dispositif local de Permanence des Soins et ce, en se basant sur le projet de zone expérimentale proposée par la Mission Régionale de Santé du Limousin.

. La dernière partie développe, à partir d'une enquête descriptive menée auprès des médecins généralistes installés et remplaçants de la Haute-Vienne, diverses opinions sur la Permanence des Soins. Plusieurs aspects de cette dernière sont abordés : quelle était leur perception de ses principes, de son organisation, des éventuelles modifications structurelles qu'elle pourrait connaître et quelle était l'activité de ces praticiens durant la Permanence des Soins ? L'analyse des résultats fournis nous a permis de percevoir les raisons à l'origine d'éventuels écueils à l'organisation d'un dispositif de permanence des soins, efficace, efficient et satisfaisant ses effecteurs.

In fine, différents axes de réflexion sont suggérés.

ETAT DES LIEUX

II. ETAT DES LIEUX

A. *La Permanence Des Soins*

1. Son origine nationale

Les origines de la Permanence Des Soins (PDS) remontent à l'année 2001.

→ Le 15 novembre, les médecins généralistes se mettaient en grève, ils ne voulaient plus effectuer leurs gardes et avaient comme revendications : une revalorisation de la rémunération des actes et l'ouverture de négociations sur le problème des astreintes. En effet, depuis des décennies les médecins libéraux avaient obligation, par l'article 77 du code de déontologie médicale (CDM), d'assurer une PDS de jour comme de nuit. Cet article disposait que [1] : « *Dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour comme de nuit. Le Conseil Départemental de l'Ordre peut néanmoins accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé, et éventuellement, de ses conditions d'exercice* ». Mais les effets négatifs de la démographie médicale de même que la stagnation des rémunérations généraient une démotivation qui prenait peu à peu le pas sur l'obligation. Cette situation laissait prévoir de sérieux dysfonctionnements dans la prise en charge des patients.

→ Le 21 novembre 2001, la grève était étendue aux week-ends. Le 23 janvier 2002 était décidée la journée « *24 heures sans toubib* ». Le 30 janvier, l'avenant n°8 à la convention nationale instaurait la consultation C à 18,5 € et une indemnisation de 50 € pour la PDS de 20 heures à 8 heures.

→ Le 10 mars 2002, une nouvelle journée de manifestation était organisée par les syndicats, en opposition au nouveau Service de Garde Obligatoire instauré par un protocole signé entre l'Etat, l'Assurance Maladie et le Président du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM).

→ S'en suivirent d'autres grèves des gardes jusqu'au 1^{er} juillet 2002, date à laquelle elles étaient suspendues en raison de l'avenant n°10 de la Convention des Généralistes [2] revalorisant la consultation (C) et la visite (V), mais également en raison de la création d'un groupe opérationnel sur « les gardes et la Permanence Des Soins ».

→ Le 22 janvier 2003, le rapport DESCOURS [3] était publié sur la PDS.

L'organisation de cette dernière répondait aux principes suivants :

- La participation des médecins reposait sur **le volontariat** ; en l'absence de volontaires des niveaux de concertation et de dialogue étaient mis en place ; en cas de carence, cette mission incombait au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM).
- **Un cahier des charges** définissait, au niveau départemental, l'organisation retenue de la permanence des soins. Ce cahier était élaboré par une instance (sous-comité médical du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence Des Soins CODAMUPDS) composée de représentants des médecins concernés par la permanence des soins.
- Le Comité d'Organisation Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins (**CODAMUPS**) était rénové dans sa composition et dans ses missions pour prendre en charge l'organisation de la permanence des soins.
- L'organisation de la permanence des soins avait lieu dans le cadre du **département**, grâce à la mise en place d'une **sectorisation** qui devait garantir une réponse rapide et adaptée.
- Une **régulation médicale centralisée** des demandes de soins non programmés était mise en place. Si cette régulation était autonome par rapport au Centre 15, les deux régulations devaient alors être interconnectées.
- Les usagers devenaient des acteurs de la permanence des soins. Des campagnes de communication au niveau national et au niveau départemental devaient les informer sur l'utilisation du dispositif de permanence des soins et sur l'organisation retenue dans le département.

→ Le 15 septembre 2003, paraissait le décret n° 2003-880 sur la PDS [4] dont les principes étaient les suivants :

- **La permanence des soins en médecine ambulatoire était 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 était organisée dans le **cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins** évalués par un comité départemental.

- Dans ce but, **le département était divisé en secteurs** dont le nombre et les limites étaient fixés en fonction des données géographiques et démographiques et en tenant compte de l'offre de soins existante.

- La détermination du nombre et des limites des secteurs était arrêtée par le **préfet** du département et, à Paris, par le préfet de police, après consultation du CDOM et avis du comité départemental. En fonction des besoins, des secteurs interdépartementaux pouvaient être constitués par arrêté préfectoral, après avis des comités des départements concernés.

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

- Dans chaque secteur, un **tableau départemental nominatif des médecins de permanence** était établi pour une durée minimale de trois mois par les médecins volontaires ou par les associations qu'ils constituaient à cet effet. Ce tableau était transmis, au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre, au CDOM qui vérifiait alors que les intéressés étaient en situation régulière d'exercice.

- Les associations de permanence des soins pouvaient participer au dispositif sous réserve d'une transmission préalable de la liste nominative des médecins volontaires au CDOM. Il en était de même pour les médecins des centres de santé.

- Dix jours au moins avant sa mise en œuvre par le conseil départemental, le tableau était transmis au préfet, au Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), aux médecins concernés, aux caisses d'Assurance Maladie ainsi que, sur leur demande, aux organisations représentatives des médecins libéraux.

- L'accès au médecin de permanence faisait l'objet d'une régulation préalable organisée par le SAMU. Lorsque la régulation ne pouvait être organisée dans ce cadre, elle devait être interconnectée avec ce service.

- Les médecins participaient à la permanence des soins sur la base du **volontariat**.

- En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires, dans un ou plusieurs secteurs du département, le CDOM, après avis des organisations représentatives des

médecins libéraux et des médecins des centres de santé, complétait 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 restait incomplet, le préfet pouvait procéder aux **réquisitions nécessaires**.

- Les obligations ou engagements pris par le médecin titulaire, dans le cadre de la permanence des soins, étaient assurés par son remplaçant.

- Des exemptions de permanence pouvaient être accordées en fonction de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, des conditions d'exercice de certains médecins.

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

- Un cahier des charges départemental fixait les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. Il était arrêté par le préfet après avis du comité départemental : ce cahier était établi d'après un cadre type et fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. Il comportait notamment l'état de l'offre de soins et l'évaluation des besoins de la population. Il fixait les modalités de détermination des secteurs géographiques, prévoyait les indicateurs d'évaluation et précisait, le cas échéant, les collaborations nécessaires entre les médecins assurant la permanence et les structures hospitalières. Il précisait, en outre, les modalités de participation des médecins spécialistes.

→ Le décret n° 2003-881 [5] modifiait l'article 77 du CDM :

« Art.77.- Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent »

→ Le 12 décembre 2003 un arrêté [6], relatif au **cahier des charges type**, fixait les conditions d'organisation de la PDS en médecine ambulatoire. Ce cahier des charges devait respecter une rédaction particulière:

I / Etat des lieux :

Il prend en compte les éléments suivants :

- *L'identification des secteurs préexistants ;*
- *Les données géographiques et les données sur les infrastructures routières permettant de déterminer les temps d'accès;*

- Les données relatives aux transports sanitaires (nombre et répartition des entreprises de transports sanitaires, implantation des services mobiles d'urgence et de réanimation, ...);

- Les données relatives aux besoins de soins de la population;

- Les caractéristiques démographiques de la population et des professions de santé, notamment des médecins généralistes ;

- Les zones considérées comme sous médicalisées ;

- Les données relatives à l'offre de soins locale existante, notamment l'activité la nuit et le week-end des établissements de santé ou de toute organisation assurant la permanence des soins;

- Les conditions et difficultés particulières d'exercice liées à l'environnement et à la sécurité du secteur.

II / Sectorisation :

Sont définis :

- Les secteurs de permanence des soins dans chaque département. Leur délimitation doit permettre l'accès à un médecin de permanence. Elle doit être simple et lisible pour l'ensemble des acteurs et respecter les règles de sécurité tant pour les patients que pour les médecins, en termes d'accès et de délai de réponse notamment. La sectorisation tient compte du nombre de médecins en situation d'assurer les permanences.

- Les adaptations de la sectorisation pour répondre à une situation particulière et permettre, compte tenu de variations d'activité de l'offre de soins locale existante, des demandes de soins non programmées ou de caractéristiques épidémiologiques, de regrouper des secteurs ou à l'inverse de les diviser.

- Les situations particulières qui justifient que la permanence des soins en médecine ambulatoire sur le secteur soient assurées par plusieurs médecins.

III / Régulation médicale :

Sont précisées :

1. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la régulation médicale des appels téléphoniques relevant de la permanence des soins en médecine ambulatoire et notamment :

- les modalités de participation des médecins libéraux à la régulation médicale des appels de permanence des soins en médecine ambulatoire

- les adaptations à apporter à l'organisation pour tenir compte des variations d'activité ainsi que les éventuelles modalités d'une régulation médicale au niveau interdépartemental ou régional;

2. Les conditions de fonctionnement de la régulation des appels de permanence des soins en médecine ambulatoire dans le cadre du SAMU ou au sein de ses locaux et le cas échéant les modalités d'interconnexion des deux régulations ainsi que les moyens qui y sont consacrés en termes de logistiques et de personnel;

3. Les modalités de coordination entre le médecin régulateur et le médecin de permanence, les modalités d'intervention de ce dernier et d'information réciproques sur le patient et sa prise en charge.

IV / Tableau de permanence des soins en médecine ambulatoire :

Sont définis :

- Les modalités d'élaboration et de mise à jour des tableaux de secteurs et du tableau de permanence départemental ;
- La durée de validité des tableaux de secteurs et du tableau de permanence départemental (minimum trois mois)
- Le délai de transmission des modifications apportées aux tableaux de secteurs, au tableau de permanence départemental et à ses annexes qui doit permettre aux DDASS d'adapter le dispositif dans les plus brefs délais;
- Les modalités et notamment le délai selon lesquelles le conseil départemental de l'ordre des médecins informe le préfet de ses difficultés à compléter le tableau de permanence.

V / Dispositions spécifiques :

Peuvent également participer au dispositif de permanence:

- Les médecins des centres de santé ;
- Les médecins exerçant en maisons médicales ;
- Les associations de permanence des soins ;

Sont définies :

- Les conditions de participation au tableau de permanence des médecins exerçant en maison médicale, notamment les modalités de prise en charge d'une part, des patients se présentant à la maison médicale et, d'autre part, au domicile d'un patient à la demande du médecin régulateur.
- Les modalités de participation des associations de permanence des soins et d'organisation de leur réponse aux demandes de la régulation médicale.

- Les organisations particulières dans lesquelles le médecin de permanence accueillant les patients dans un lieu défini est différent du médecin amené à se déplacer au domicile du patient.

- Les articulations entre les médecins de permanence et l'ensemble des moyens qui, en dehors de ce dispositif, participent à la réponse à la demande de soins non programmés (maison médicale, hôpital local, cliniques, services d'urgences,...).

VI / Sont précisés :

L'état des lieux et les prévisions des moyens humains, matériels ou financiers mis à disposition par les collectivités locales, les services de l'Etat, l'assurance maladie et les mutuelles pour la régulation médicale et le dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire.

VIII / Suivi et évaluation :

Les indicateurs de suivi, permettant de réaliser annuellement une évaluation de l'ensemble du dispositif, (sectorisation, régulation, tableau de permanence et articulation entre le système de permanence des soins et les autres modalités de réponse aux demandes de soins non programmés) sont définis.

IX / Révision du cahier des charges départemental :

La révision intervient au plus tard tous les 3 ans.

→ Le 7 avril 2005, un décret [7] apportait des modifications ainsi que des ajouts à celui du 15 septembre 2003. Le cahier des charges pouvait prévoir que la permanence des soins en médecine ambulatoire soit assurée, **pour partie de la période comprise entre 20 heures et 8 heures, selon des modalités distinctes**. Celles-ci étaient définies en fonction des besoins de la population (évalués à partir de l'activité médicale constatée et des délais d'intervention dans les différents secteurs du département). Pour son organisation, le département restait divisé en secteurs dont le nombre et les limites étaient fixés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante. **Ces limites pouvaient varier selon les périodes de l'année et être adaptées, pour toute ou partie de la période, aux besoins de la population**. L'accès au médecin de permanence faisait toujours l'objet d'une régulation préalable organisée par le SAMU. Toutefois, **l'accès au médecin de permanence pouvait également être assuré par des centres d'appel des associations de PDS si ceux-ci étaient interconnectés au SAMU**. Les modalités de l'interconnexion étaient définies par une convention, conclue entre l'établissement

hospitalier hébergeant le SAMU et l'association de PDS. Cette convention précisait également les modalités de collaboration entre le SAMU et l'association ainsi que les procédures d'évaluation de cette collaboration. Elle était approuvée par le préfet après avis du CODAMUPDS. En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires, dans un ou plusieurs secteurs du département, le CDOM, en vue de compléter le tableau de permanence, recueillait l'avis des organisations représentatives. Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de permanence restait incomplet, le conseil départemental adressait un rapport, faisant état des avis recueillis et, le cas échéant, des entretiens avec les médecins d'exercice libéral, au préfet qui procédait aux réquisitions nécessaires. Il pouvait être accordé, par le CDOM, des exemptions de permanence en fonction de l'âge, de l'état de santé et éventuellement des conditions d'exercice de certains médecins. La liste des médecins exemptés était transmise au préfet par le Conseil Départemental avec le tableau de permanence. A la demande du médecin chargé de la régulation médicale ou du centre d'appel de l'association de permanence de soins, le médecin de permanence intervenait auprès du patient par une consultation ou par une visite. Ce cahier des charges était établi sur la base d'un cahier type. Il pouvait prévoir une mise en commun des moyens nécessaires pour assurer la permanence des soins entre plusieurs secteurs. Le cahier des charges déterminait les conditions du recueil et du suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins ainsi que les modalités selon lesquelles le CODAMUPDS était informé de ces incidents. La mission régionale de santé (MRS) élaborait ses propositions, relatives à l'organisation du dispositif de permanence des soins, compte tenu de l'état de l'offre de soins et d'une évaluation des besoins de la population dans la région. La MRS soumettait pour avis ses propositions au Conseil Régional de l'Ordre des Médecins (CROM), aux représentants régionaux des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, à l'union des médecins exerçant à titre libéral ainsi qu'aux représentants régionaux des organisations nationales de médecins exerçant la médecine d'urgence dans les établissements hospitaliers. Elles étaient également soumises pour avis aux associations de professionnels participant à la permanence des soins. L'avis de ces organisations devait être transmis à la MRS dans un délai de trente jours à compter de la date de réception du projet de propositions. La MRS transmettait au préfet ses propositions ainsi que les avis recueillis.

→ Un arrêté du 26 mai 2005 [8] portait approbation de l'avenant n°4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Cet avenant, organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, reposait sur l'obligation d'une régulation préalable des demandes de soins non programmés aux heures de permanence organisée par le SAMU, la sectorisation pour les dimanches, jours fériés et la nuit. La régulation devait être opérationnelle pendant les plages horaires prévues pour la permanence des soins quels que soient l'organisation et les modes de coopération retenus. La présence des médecins libéraux pour assurer la régulation pouvait ne pas être systématique sur l'ensemble des plages horaires de PDS. Dans ce cas, un relais devait être assuré, par exemple par le praticien hospitalier, dans le respect du cahier des charges départemental qui devait notamment préciser, conformément à l'article R. 735 du Code de la Santé Publique (CSP) [9], les conditions particulières d'organisation de la régulation. L'Assurance Maladie participait au financement de cette régulation suivant les modalités ci-dessous :

- **versement de 3C/h au médecin libéral régulateur** pour sa participation à la régulation organisée par le SAMU, le dimanche, les jours fériés et la nuit en fonction des besoins ;

- prise en charge de la formation à la régulation des médecins dans le cadre de la formation professionnelle conventionnelle ;

- prise en charge, si besoin, de la responsabilité civile professionnelle des médecins libéraux régulateurs pour leur activité de régulation.

La mise en place de la régulation permettait d'optimiser le recours au médecin de permanence, en distinguant les besoins de conseils ou de réorientations vers une consultation programmée, des besoins de soins nécessitant l'intervention d'un médecin de permanence. Dans un souci de qualité et d'efficacité de l'organisation des soins, les partenaires conventionnels exprimaient leur volonté de majorer spécifiquement les actes réalisés dans ce cadre. Ainsi, lorsque le médecin inscrit au tableau de permanence ou appartenant à une association de PDS et inscrit auprès du CDOM intervenait à la demande du médecin chargé de la régulation (ou du centre d'appel de l'association de PDS), il bénéficiait de majorations spécifiques. Le montant de ces majorations était distinct selon que le médecin de permanence recevait le patient à son cabinet ou effectuait une visite à domicile justifiée. Les montants de ces majorations étaient les suivants :

	Visite	Consultation
Majoration spécifique de nuit 20 h-0 h/6 h-8 h	46 €	42,50 €
Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h	55 €	51,50 €
Majoration spécifique de dimanche et jours fériés	30 €	26,50 €

Ces majorations spécifiques étaient également applicables par le médecin non inscrit au tableau de garde, qui intervenait sur appel du médecin régulateur en remplacement du médecin de permanence indisponible. Ces majorations spécifiques n'étaient pas cumulables avec les majorations de nuit, de dimanche et jour férié ni avec les majorations de déplacements – à l'exception des indemnités kilométriques (IK). Les interventions réalisées en dehors de ce cadre par les médecins libéraux donnaient lieu à l'application et la prise en charge par l'Assurance Maladie des majorations en vigueur, aux conditions habituelles. La participation du médecin de permanence était formalisée par une inscription nominative en tant que tel sur le tableau départemental de garde et par son intervention conditionnée aux appels de la régulation organisée par le SAMU. Pour justifier du versement de la rémunération de l'astreinte, le médecin de permanence s'engageait à être disponible et joignable par tous moyens afin de prendre en charge le patient dans les meilleurs délais. En particulier, il répondait aux sollicitations de la régulation organisée par le SAMU dans le cadre de la permanence des soins. Sur un secteur donné, le paiement de l'astreinte s'effectuait au profit du praticien libéral conventionné inscrit au tableau de permanence ou d'un médecin d'une association spécialisée dans l'intervention en dehors des heures ouvrées. Les médecins de permanence remplissant les engagements ci-dessus pouvaient prétendre à une rémunération :

- de 50 € pour la période de 20 heures à minuit,
- de 100 € pour la période de minuit à 8 heures,
- et de 150 € pour les dimanches et jours fériés pour la période de 8 heures à 20

heures.

Cette rémunération était versée dans la limite d'une astreinte par secteur de permanence, ou par ensemble de secteurs mutualisés, et de 150 € par période de 12 heures.

→ Le 26 décembre 2006, un décret [10] permettait **l'extension de la PDS aux samedis après-midi et aux jours compris entre un week-end et un jour férié**, sur tout ou partie du département, en fonction des besoins de la population. Elles pouvaient varier

selon les périodes de l'année et être adaptées, pour toute ou partie de la période de PDS, aux besoins de la population. La détermination du nombre et des limites des secteurs était arrêtée par le préfet après consultation du CDOM et avis du comité départemental. Si nécessaire des secteurs interdépartementaux pouvaient être constitués par arrêté préfectoral. La carte des secteurs faisait l'objet d'un réexamen annuel.

→ Le 19 décembre 2007, l'avenant n° 27 à la convention médicale [11] assurait la mise en œuvre de ce dispositif, en définissant les modalités de rémunérations spécifiques versées au médecin de permanence ou de régulation sur ces nouvelles plages horaires. Ces rémunérations étaient les suivantes :

- 100 € pour le samedi après-midi de midi à 20 heures,
- 150 € de 8 heures à 20 heures les lundis précédant un jour férié et les vendredis suivant un férié,
- 50 € le samedi de 8 heures à midi lorsqu'il suit un férié.

Quant au médecin régulateur en relation avec le SAMU, il était rémunéré 3C de l'heure.

→ Cependant ces modifications horaires d'extension de la PDS devant se faire « à enveloppe constante », le Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports (dans un courrier daté du 8 février 2008 adressé aux préfets de départements et aux directeurs des MRS) [12], demandait **une resectorisation pour la première partie de nuit** (soit de 20 heures à minuit). En effet, au 1^{er} janvier 2008, la France comptait environ 2 500 secteurs de garde. **L'objectif de cette resectorisation était d'atteindre, pour tout le territoire national, 2 000 secteurs pour les dimanches, jours fériés, premières parties de nuit, ainsi que pour les samedis après-midi.** Un objectif correspondant à cette cible nationale avait été fixé pour chaque département avec deux modulations apportées à ces chiffres théoriques. En effet, chaque département disposait d'une marge de 15% afin de conduire le projet avec plus de souplesse. Cette capacité d'ajustement était portée à 40% pour les départements de faible densité de population (moins de 100 habitants au km²) ainsi que les départements classés « montagne » par la loi du 9 janvier 1985. Le tableau 1 présente les valeurs théoriques souhaitées dans les trois départements que compte notre région :

Tableau.1 : Nombre de secteurs cibles en Limousin :

Départements	marge applicable	objectif cible	objectif cible+marge
Corrèze	40%	8	11
Creuse	40%	4	6
Haute-Vienne	40%	12	17

Source : Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports.

Depuis la fin de l'année 2008, des modifications sont en cours de réflexion en Haute-Vienne afin de permettre une nouvelle organisation de la PDS, plus en adéquation avec les attentes ministérielles.

→ Enfin, le décret n°2009-1173 du 1^{er} octobre 2009 [13] encadre les expérimentations de rémunérations des médecins assurant la PDS, qui pourraient être mises en place, par les MRS, dans des régions volontaires. Le cahier des charges relatif aux expérimentations en matière de rémunération de la PDS stipule que **« l'objectif de ces expérimentations est d'améliorer, dans tout ou une partie d'un département ou d'une région, l'effectivité de la réponse aux besoins de permanence des soins en médecine ambulatoire, ainsi que son efficacité »**. La mise en place de ces expérimentations conserve les principes fondamentaux de l'organisation de la PDS ambulatoire. Elle repose donc sur une sectorisation adéquate, une régulation préalable, dans le cadre d'un cahier des charges départemental. Ces expérimentations, en plus de leur financement sur le risque, peuvent être cofinancées par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), des financements de droit commun (pour les transports sanitaires par exemple) ou d'autres personnes morales. Les modalités d'organisation de ces dernières doivent être acceptées par le CNOM, les syndicats de médecins et de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM).

En 2009, 5 à 6 MRS volontaires devraient être choisies pour tenter les expérimentations. Ces expérimentations devraient permettre de nouvelles rémunérations de la PDS. Les MRS pourront *« alternativement ou cumulativement : globaliser l'ensemble des éléments de rémunération forfaitaire ou à l'acte [...] moduler le niveau de ces astreintes en fonction de critères divers [...] moduler le niveau de l'astreinte de l'effecteur [...] du régulateur [...] »*. Elles pourront utiliser des crédits du FIQCS pour financer, par exemple, les transports sanitaires de patients vers une Maison Médicale de Garde (MMG) ou un

établissement de santé (notamment quand la seconde partie de nuit est quasi-exclusivement réalisée par les établissements de santé).

L'expérimentation pourra « couvrir un bassin de vie, un territoire infra départemental, départemental, infrarégional, régional ou encore une zone blanche. En revanche, tous les médecins ou les associations de permanence des soins exerçant dans le territoire choisi pour l'expérimentation devront être rémunérés selon les modalités définies par l'expérimentation. Il ne pourra pas y avoir coexistence des nouvelles modalités expérimentées avec les modalités de rémunération de la permanence des soins actuellement [...] Dans tous les cas, la participation financière de l'assuré ne pourra pas être supprimée, même si les rémunérations forfaitaires ou à l'acte des médecins sont globalisées. Un ticket modérateur doit donc être maintenu, quelles que soient les modalités de rémunération choisies ».

Ces expérimentations devraient être élaborées en concertation avec tous les intervenants : préfecture, CODAMUPS, CDOM, associations diverses de PDS mais aussi les établissements de santé. « *Le projet doit être élaboré avec l'ensemble des acteurs locaux [...] et remporter leur adhésion avant toute mise en œuvre dans la mesure où les nouvelles modalités de rémunération des professionnels participant à la PDS s'imposent sur l'ensemble du territoire choisi ».*

Ces expérimentations devraient être évaluées annuellement.

La Haute-Vienne s'est portée candidate et la MRS du Limousin a proposé un projet de zone expérimentale qui sera exposé plus loin.

2. La Permanence des Soins en Haute-Vienne

a) Son historique

En 1977, deux associations sont créées en accord avec le CDOM, le Syndicat des Médecins de la Haute-Vienne (FMF) et le Syndicat de l'hospitalisation privée :

- l'association de la médecine d'urgence sur la ville de Limoges et
- l'association de la médecine d'urgence rurale de la Haute-Vienne.

Elles créeront ultérieurement l'association « Urgences médecins 87 ».

La loi du 6 Janvier 1986 [14] définissait les points fondamentaux de l'organisation des centres 15. En même temps, les négociations conventionnelles permettaient d'établir 15 sites expérimentaux de centre 15 sur le territoire, qui se sont réduits secondairement à 5 : 4 pour la CSMF et 1 pour la FMF. Le bureau national de la FMF, le 19 Décembre 1986, décidait l'attribution du Centre 15 à la Haute-Vienne.

Le 20 Juillet 1987, une convention nationale était signée entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)- la Mutualité Sociale Agricole (MSA)-la Fédération des Médecins de France (FMF) et la Confédération des Syndicats des Médecins de France (CSMF) et lançait une expérimentation de 18 mois avec la participation des médecins libéraux.

Le 20 Janvier 1988, le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente (CODAMU) était créé en Haute-Vienne.

Le 1^{er} Février 1988, le numéro d'appel unique « 15 » était créé dans le département.

Le 17 Mars de la même année, une convention était signée entre les caisses d'Assurance Maladie du département et le syndicat des Médecins de la Haute-Vienne FMF.

Le 27 Février 1989, une autre était signée entre la direction générale du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU), le Syndicat des Médecins de la Haute-Vienne FMF, le syndicat CSMF, l'Association des Médecins d'Urgence de Limoges, l'Association de Médecine Rurale de la Haute-Vienne ainsi qu'un représentant des établissements privés d'hospitalisation.

Le règlement intérieur du Centre 15 était signé le 31 Août 1989 et il débutait son activité le 1^{er} Juin 1990. Les médecins régulateurs libéraux et hospitaliers étaient présents 24h sur 24 et la rémunération des libéraux était de 3C par heure avec une contribution de 25% réglée au CHRU pour prestation de service (ce qui correspondait environ à 122 000 euros).

Le 1^{er} Avril 1991, l'association « Urgences Médecins 87 » fusionnait son numéro d'appel avec le centre 15. Une campagne d'information médiatique était alors menée par le CHRU et la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM).

Le 12 Mars 1992, une directive du Ministère des Affaires Sociales réduisait la présence des médecins libéraux de 24 à 12 heures pour les jours ouvrables et à 17 heures pour les dimanches et jours fériés. Cette réduction du temps de régulation était appliquée d'avril à septembre. Après le mois de septembre 1992, la régulation s'effectuait de nouveau 24 heures sur 24.

A compter du 1^{er} Janvier 2006, la rémunération des libéraux régulateurs était assurée par l'Assurance Maladie pour les dimanches, jours fériés et la nuit conformément à l'avenant n°4 de la convention nationale. La régulation libérale n'était alors plus effectuée qu'aux heures de PDS.

En Avril 2009, la MRS du Limousin a soumis un projet de zone expérimentale en accord avec l'article 44-II de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) 2008 [15] modifié par l'article 36 de la LFSS 2009 [16]. Ce projet sera exposé plus loin.

b) Son organisation

(1) La régulation

La Haute-Vienne bénéficie donc d'une **régulation libérale qui fonctionne pendant toutes les périodes de permanence des soins au sein du CRRRA**. Le CRRRA a traité 79 945 appels en 2008 [17]. Le « pool » des régulateurs libéraux du centre 15 est constitué de 23 médecins généralistes volontaires. Pour être régulateurs, ils doivent être : en activité, en secteur libéral en cabinet de ville, être installé depuis plus de 3 ans et avoir suivi une formation sur site [18]. Ces conditions de participation des médecins à la régulation libérale ne sont pas nationales, mais définies de manière consensuelle par les médecins qui y participent. Ces régulateurs sont regroupés au sein d'une association loi 1901 nommée « Urgences Médecins 87 ». Cette association a établi une convention de fonctionnement

avec le CHRU de Limoges, afin d'utiliser les locaux ainsi que les moyens humains et techniques du service du SAMU 87.

Leur effectif varie en fonction des plages horaires. Au 1^{er} janvier 2009, ils étaient répartis de la manière suivante :

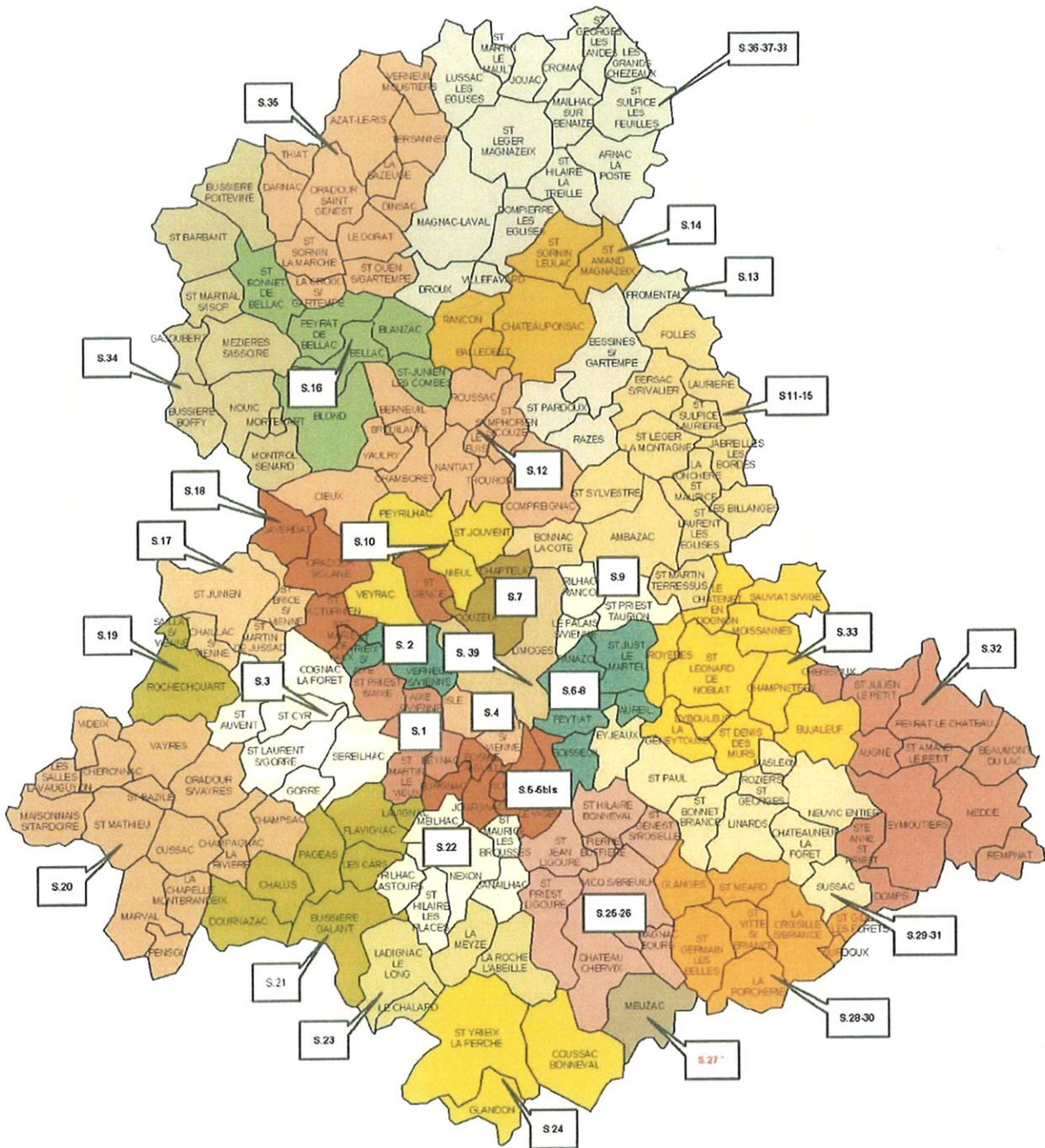
- Plage de nuit ou le week-end de 20h à 8h : un seul régulateur libéral ;
- Plage de samedi de 12h à 20h : deux régulateurs.
- Plage de dimanches ou de jours fériés le matin de 8h à 14h : deux régulateurs, sauf du 1^{er} octobre au 30 avril : trois régulateurs.
- Plage de dimanche ou de jour férié de 14h à 20h : deux régulateurs (un des deux restant de 20h à 21h en raison de l'afflux d'appels pendant ces plages horaires.

(2) La garde médicale

La Haute-Vienne est divisée en **31 secteurs** de gardes, dont le nombre est en diminution constante. Il y en avait 40 en 2002. Cette sectorisation est représentée sur la fig.1 (le secteur n° 27 « n'existe plus » depuis le décès du médecin qui y exerçait. Les médecins des secteurs voisins, les secteurs 25-26 et 28-30, assurent à tour de rôle les astreintes de ce secteur).

Au titre de chaque secteur, les médecins participant à l'astreinte élaborent un tableau nominatif des médecins de garde pour une durée de trois mois à un an (selon les secteurs). Ils sont établis sous la responsabilité d'un des médecin du secteur et sont transmis au CDOM au plus tard 15 jours avant leur mise en application. Le CDOM les vérifie et les formalise, puis les adresse à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) pour validation et transmission au Centre 15 et à la CPAM.

Figure.1 : Les secteurs d'astreintes en Haute-Vienne au 1^{er} janvier 2009



Source : CDOM de la Haute-Vienne.

(3) La garde ambulancière

Le département est découpé en **6 secteurs de garde ambulancière**. Les périodes de garde sont définies par l'arrêté ministériel du 23 juillet 2003 (JO du 25 Juillet 2003) [19]. Elle s'effectue les samedis, dimanches, jours fériés et la nuit de 20 heures à minuit. En pratique, **chaque demande de transport sanitaire urgent est centralisée au Samu-Centre 15**. Les transporteurs s'engagent à fournir un ou plusieurs véhicules avec leur équipage, aux demandeurs du CRRA. Les véhicules ne peuvent pas être engagés pour répondre à des appels directs soit de médecins libéraux, soit d'établissements hospitaliers, ou bien encore à la demande de particuliers. Les entreprises de transport agréées sont tenues de participer à la garde départementale en fonction de leurs moyens, matériel et humain. Afin d'assurer cette obligation, les entreprises ont la possibilité de créer des groupements d'intérêt économique dont l'activité est limitée aux transports urgents réalisés durant les gardes. En contrepartie de leur participation, les transporteurs bénéficient d'une indemnité versée par l'Assurance Maladie de 346 euros par véhicule dédié pour 12 heures de permanence. Durant les gardes, ils sont tenus de facturer 60% du tarif conventionnel sur toutes les composantes (forfait de prise en charge, kilométrage, majoration et supplément Centre 15 etc.).

En 2008, le CRRA [17] a sollicité 8 717 ambulances privées dont 5 873 durant la garde, soit 67%. La répartition des envois d'ambulances privées (AP) par secteur de garde est la suivante :

Tableau.2 : Répartition des sollicitations d'AP par le CRRA en 2008

	Secteur 1	Secteur 2	Secteur 3	Secteur 4	Secteur 5	Secteur 6	TOTAL
Envoi d'AP	381	307	294	478	706	3 707	5 873
%	6,5	5,2	5,1	8,1	12	63,1	100

Données : CRRA 87-2008.

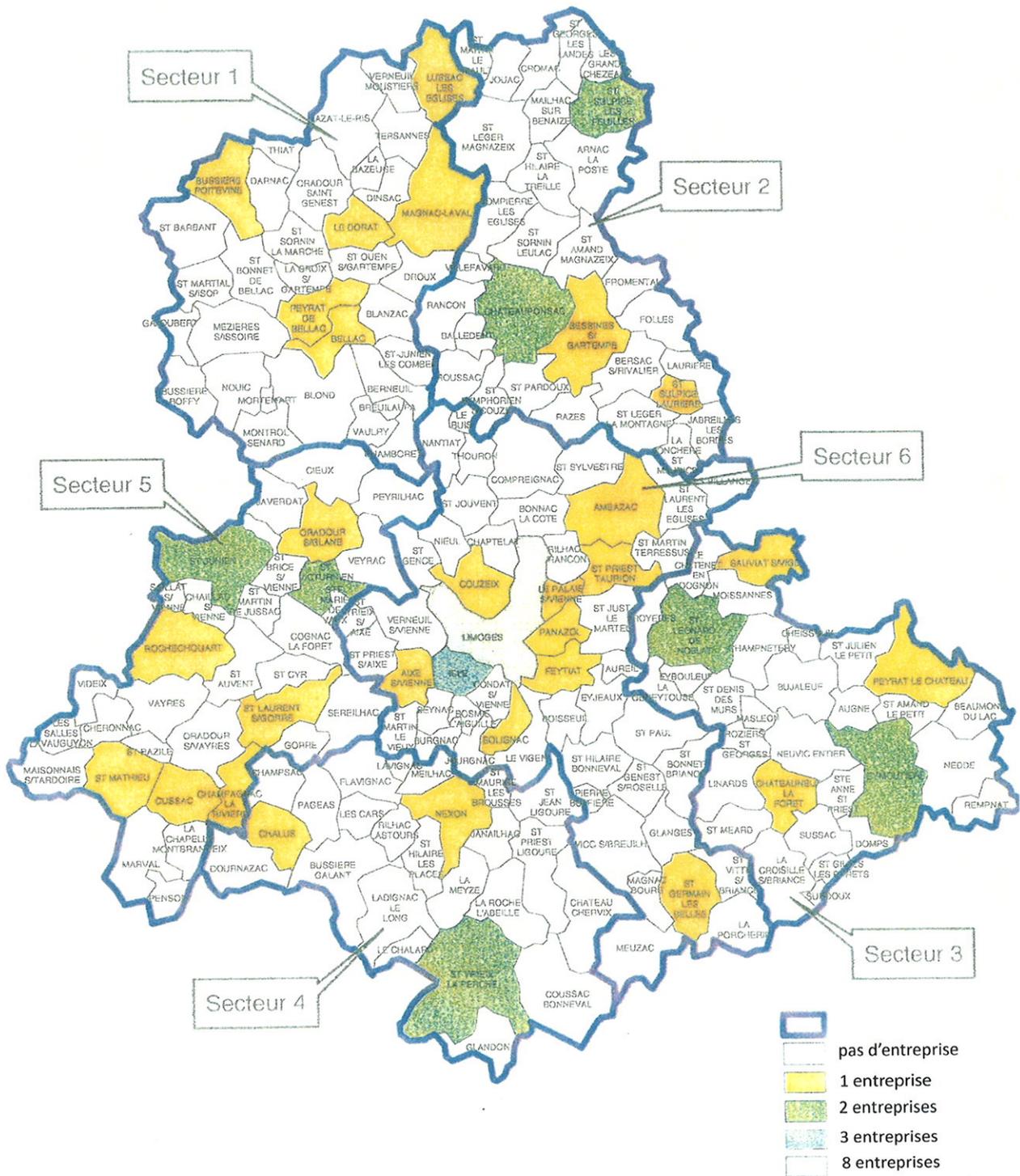
On peut remarquer que la plupart des ambulances sont sollicitées pour Limoges, sa périphérie et l'ouest du département. Les transporteurs sanitaires sont moins sollicités pour le sud, le sud-est et le nord de la Haute-Vienne.

Parfois si la garde ambulancière n'est pas en mesure d'assurer les transports nécessaires, le CRRA peut faire appel au SDIS qui déclenche alors un VSAV pour réaliser le

transport. En 2008, toutes périodes confondues, le CRRA a envoyé 431 VSAV par carence d'AP.

La figure suivante représente les différents secteurs de garde des entreprises de transports sanitaires en Haute-Vienne :

Figure.2 : Garde départementale ambulancière, au 1^{er} janvier 2009



Source : CDOM 87

(4) La garde pharmaceutique

Les pharmacies du département se sont organisées en secteurs de garde afin que chaque patient puisse accéder à son traitement au terme de sa consultation. En Haute-Vienne, le Syndicat des Pharmaciens de la Haute-Vienne, représentant plus de 80% de la profession, organise cette garde pharmaceutique. En vertu de l'article L 5125-1-1A du CSP [20] « *les pharmacies d'officines participent à la mission de service public de la permanence des soins* » L'article L.5125-22 du CSP [21] prévoit notamment qu' « *un service de garde est organisé pour répondre aux besoins du public en dehors des heures d'ouverture généralement pratiqués par les officines dans une zone déterminée [...] son organisation est réglée par les organisations représentatives de la profession dans le département* ». Le département est divisé en **12 secteurs de garde et l'ensemble des pharmacies participe au tour de garde**. Au sein de chaque secteur, un responsable établit le tableau de permanence. Les 12 tableaux sont ensuite centralisés au Syndicat des Pharmaciens, qui les valide, puis les transmet à l'Assurance Maladie, à la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) ainsi qu'à la gendarmerie. De manière non obligatoire, les tableaux de garde sont également transmis aux différents médias, afin d'assurer une bonne information de la population. Dans ce même but, les pharmaciens ont l'obligation d'afficher, sur leur vitrine, le nom et les coordonnées de la pharmacie de garde du secteur. La carte des secteurs de l'astreinte des pharmacies est disponible sur demande.

Une convention nationale prévoit que les pharmaciens titulaires d'officine, participant à la permanence pharmaceutique, perçoivent une indemnité d'astreinte pour chacune des périodes suivantes: la nuit, la journée du dimanche, le jour férié. Les pharmaciens titulaires d'officine, participant au service de garde organisé, perçoivent également des honoraires pour chaque ordonnance exécutée pendant les périodes de garde dont le montant est variable selon les horaires (arrêté du 1^{er} septembre 2006 - Journal officiel du 9 septembre 2006 [22]). Pour les dimanches et jours fériés, ils perçoivent une indemnité forfaitaire d'astreinte de 75 euros. Cette indemnité peut se cumuler avec des honoraires de 4 euros par ordonnance exécutée entre 7h et 21h (Si l'officine est habituellement ouverte les dimanches et jours fériés, et non inscrite sur la liste des officines de garde établie par les syndicats, elle ne peut percevoir ni l'indemnité d'astreinte, ni les honoraires de garde ou d'urgence). Pour les astreintes de nuit, ils perçoivent une indemnité

forfaitaire d'astreinte de 75 euros. Cette indemnité peut se cumuler avec des honoraires de 6 euros par ordonnance exécutée entre 21h et 7h. Pour les jours, en dehors des jours normaux d'ouverture (exemples: ouverture le lundi alors qu'il s'agit du jour habituel de fermeture de l'officine ou encore ouverture de 7h à 9h ou de 12h à 14h ou bien encore de 19h à 21h alors que les horaires habituels d'ouverture de l'officine sont de 9h à 12h et de 14h à 19h), ils perçoivent 2 euros par ordonnance exécutée entre 7h et 21h.

c) Ses différents acteurs

(1) Pour l'agglomération de Limoges

Différentes structures assurent la PDS : deux associations « Urgences Médecins 87 » et « SOS Médecins », une maison médicale de garde et les services d'accueil d'urgences du CHRU, ainsi que celui de la clinique François Chénieux.

(a) La Maison Médicale de Garde de Limoges :

Elle a été créée en 2003 par une trentaine de médecins libéraux réunis au sein de l'association « Domus Medica 87 ». Elle a ouvert ses portes le 1^{er} juin 2003 grâce à l'obtention d'un financement FACQS (Fonds d'Aide à la Coordination et la Qualité des Soins de Ville), **elle fonctionne le soir de 20 heures à minuit, le samedi après-midi à partir de 14 heures et le dimanche à partir de 9 heures.** Trente médecins libéraux, participant également à d'autres structures d'urgence (astreintes volontaires et régulation au sein du Centre 15), assurent des consultations, aux lieu et place des 150 médecins exerçant sur la ville de Limoges. La maison médicale de garde se situe en centre ville, à proximité de la pharmacie de nuit (en semaine) et, par choix des créateurs, à distance des structures d'urgences, afin de garder leur indépendance et de respecter le libre choix des patients public-privé. La MMG fonctionne avec un financement d'environ 60 000 euros par an, dans le cadre du projet FACQS, payé par l'URCAM. La structure n'est pas, à l'heure actuelle, intégrée au système de PDS et les médecins qui y travaillent ne perçoivent donc pas d'indemnités d'astreinte. Ils sont rémunérés à l'acte selon le tarif conventionnel du secteur 1 et n'appliquent pas les majorations spécifiques pratiquées par les médecins d'astreinte du secteur.

Le tableau 3 résume leur activité et son évolution au cours des cinq dernières années (évaluation réalisée annuellement par les médecins de la MMG sur leurs propres fonds).

Tableau.3 : Activité et évolution de la MMG de Limoges

Année	nb total d'actes	% d'actes de nuit
2003	2 841	42
2004	4 119	41
2005	5 139	42
2006	5 005	32
2007	5 006	30
2008	5 000	36

Source: MMG de Limoges

Le nombre d'actes médicaux pour l'année 2003 n'est que celui de six mois, étant donné la date d'ouverture de la structure. Quant aux pourcentages des actes de nuits, il résulte d'une extrapolation de valeurs recueillies sur une durée de 15 jours et ceci chaque année. On constate que le nombre moyen d'actes est stable aux alentours de 5 000 par an.

Tableau.4 : Caractéristiques des bénéficiaires de soins de la MMG de Limoges

Année	Origine des patients		Accès		Age			CMU	Hospit°	Actes techn.
	Limoges	Périphérie	adressé	direct	≤ 16 ans	17-59 ans	≥60 ans			
2003	82%	18%	78%	22%	41%	56%	3%	22%	2%	4%
2004	84%	16%	29%	71%	37%	62%	1%	18%	1%	4%
2005	78%	22%	25%	73%	35%	57%	5%	25%	1%	7%
2006	70%	30%	15%	85%	38%	59%	3%	22%	1%	7%
2007	82%	18%	13%	87%	45%	53%	2%	13%	—	—
2008	82%	18%	16%	84%	42%	57%	1%	15%	—	—

Source : MMG de Limoges

Dans ce tableau, comme dans le précédent, les chiffres correspondent à des valeurs répertoriées sur une durée de quinze jours par an. On remarque que, logiquement, **la grande majorité des patients de la MMG sont des habitants de Limoges**. Si la première année de fonctionnement la majorité des patients était adressée, à partir de 2004 et

jusqu'en 2008, la plupart vient directement consulter. En ce qui concerne l'âge des consultants de la MMG, la moyenne est jeune à 22 ans. Ce peut être expliqué par la mobilité restreinte des personnes plus âgées et la présence de SOS MEDECINS qui assure des visites.

(b) L'Association SOS MEDECINS de la Haute-Vienne

Les associations SOS Médecins fonctionnent sur le mode associatif modèle loi 1901, à but non lucratif [23]. Les médecins appartenant à ces associations sont des médecins libéraux organisés sur le même modèle qu'un cabinet de groupe classique régi par un contrat d'exercice en commun. Ils sont conventionnés secteur 1. La logistique professionnelle indispensable à leur type d'exercice leur est fournie par une SCM. Cette organisation respecte les règles d'exercice libéral de la profession. Pour appartenir à la fédération SOS Médecins France et être autorisé à porter le nom « SOS MEDECINS », l'association doit être agréée par la fédération et respecter son cahier des charges. Il comprend 7 points :

- **le standard doit être ouvert 24h sur 24, 365 jours sur 365.** Avec un conseil médical d'attente en permanence.
- les médecins doivent être thésés, expérimentés à l'urgence.
- les médecins doivent être dotés des moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à leur exercice (ECG, matériel de perfusion, oxygène...).
- la disponibilité du médecin doit être totale pendant sa garde.
- l'intervention du médecin doit être rapide, effectuée dans un véhicule blanc, radioguidé ou équipé d'un moyen de transmission téléphonique ou informatique adapté.
- un bilan d'intervention doit être pratiqué et une information transmise au médecin traitant.
- les associations doivent avoir une autonomie financière totale.

SOS Médecins France et SAMU de France ont signé une convention cadre en septembre 2005 en présence du Ministre de la Santé, actant ainsi la place particulière de cette structure dans la permanence de soins.

L'activité des médecins de SOS concerne aussi bien l'AMU hors urgences vitales que les actes de médecine générale courante nécessités par la permanence de soins.

Elle est centrée sur la visite à domicile : le déplacement rapide d'un médecin au chevet d'un patient étant le concept fondateur de SOS Médecins.

L'Association SOS Médecins Limoges est composée de 9 médecins généralistes libéraux (8 hommes et 1 femme), au 1^{er} janvier 2010, ils seront 11. Leur fonctionnement est le suivant:

- **Un médecin assure des consultations au cabinet de SOS, situé en centre ville, tous les jours de 9 heures à 23 heures.**
- **Quatre médecins assurent des visites la journée (parfois 5 en été)**
- **Deux médecins assurent des visites la nuit.**

Nous avons étudié leur activité de nuit (entre 20h et 8 h le lendemain) sur 7 jours (du 1^{er} au 8 mars 2008). Sur cette période, il y a eu 181 affaires, réparties équitablement entre 20 heures-minuit (49%) et minuit-8 heures (51%). Les bénéficiaires de soins, dispensés par SOS médecins 87, étaient majoritairement des femmes, soit 61%. La tranche d'âge la plus représentée était les 16-59 ans (avec 56% des bénéficiaires de soins), puis les moins de 15 ans (avec 28%) et enfin les plus de 60 ans (qui n'étaient que 16%). La plupart des patients habitaient Limoges, soit 93%. La périphérie n'abritait que 7% des patients de SOS. Sur les 181 affaires, la majorité des patients appelait directement, soit 80%, les 20% restant étaient adressés soit par le Centre 15 (6,7%), soit par le tribunal de police (6,7%), soit par les sapeurs-pompiers (4,4%), un centre hospitalier (1,1%) ou une maison de retraite (1,1%). Enfin, sur les 181 affaires, 154 se sont soldées par une visite (85%), 17 par un conseil médical (9,4%), 5 ont été redirigées (2,8%) et 5 ont été annulées (2,8%).

(c) Les différents services d'urgences et unités mobiles d'urgences

En ce qui concerne les équipes de SMUR du CHRU de Limoges, au cours de l'année 2006, elles ont effectué **2 487 sorties primaires et 986 sorties secondaires**. Sur la totalité des sorties primaires, 78% des patients ont été transportés par le SMUR vers un établissement de soins.

Au cours de l'année 2006, il y a eu **50 478 passages aux urgences du CHRU** dont 17 234 débouchant sur une hospitalisation (hors Zone de Surveillance de Très Courte Durée : ZSTCD). Ce service était doté en 2006 de 19 box en ZSTCD, avec 20 médecins intervenant dans l'unité (hors internes) soit 5,18 temps plein et 34 infirmiers (et personnel d'encadrement infirmier) soit 31,94 équivalents temps plein.

Pour la même année, il y a eu **22 076 passages aux urgences de la clinique Chénieux**. Ce service était doté de 6 box de surveillance de très courte durée, avec 5 médecins soit 4,60 équivalents temps plein et 12 infirmiers (et personnel d'encadrement infirmier) soit 11,80 temps plein.

(2) Pour le reste du département

Les principaux acteurs de la permanence des soins sont les médecins libéraux effectuant les astreintes de leur secteur et qui travaillent en coordination étroite avec les différents services hospitaliers d'urgences. Les zones périphériques ne disposent pas à ce jour, en Haute-Vienne, de structure telle que la MMG et l'association SOS médecins n'intervient pas en zone rurale.

Nous détaillerons, dans ce paragraphe, l'activité des structures d'urgences des CH de Saint-Junien et de Saint-Yrieix-la-Perche.

➤ En ce qui concerne l'antenne SMUR du Centre Hospitalier (CH) de St-Junien, elle a effectué, en 2006, **452 sorties** et 79% des interventions ont nécessité un transport vers un établissement de soins.

➤ En 2006, on a comptabilisé **11 737 passages aux urgences du CH St-Junien**, dont 3 101 ont été hospitalisés (hors ZSTCD). Les urgences du CH de St-Junien comptait 6 médecins (hors internes), soit 6 équivalents temps plein et 10 infirmiers (et personnel d'encadrement infirmier), soit 9,80 temps plein. Le service possédait 6 box de surveillance de très courte durée.

➤ Le service des urgences du CH de St -Yrieix a, quant à lui, comptabilisé **6 505 passages** en 2006, dont 1 471 ont été hospitalisés. Le service emploie 4 médecins soit 4 temps plein et 8 infirmiers.

B. Les Besoins de la population

1. Droit à la santé

Le droit à la protection de la santé est reconnu par le préambule de la Constitution de 1946. **Le premier droit de la personne malade est de pouvoir accéder aux soins** que son état nécessite, quels que soient ses revenus.

Ce sont les principes d'égal accès aux soins et de libre accès aux soins garantis aux usagers par le système de protection sociale mis en place en 1945 et fondé sur la solidarité. Tous les acteurs de santé, les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes de prévention ou de soins, les autorités sanitaires, doivent employer tous les moyens à leur disposition pour le mettre en œuvre au bénéfice de toute personne. Ainsi chaque usager doit pouvoir bénéficier de l'accès à un médecin, qu'il s'agisse d'un conseil d'une consultation ou d'une visite à toute heure et chaque jour.

De ce principe essentiel, garant de la santé de la population, naît la **nécessité d'un système de soins permanent**. En effet il semble impossible de laisser la population sans accès aux soins en dehors des périodes d'ouverture des cabinets médicaux.

Outre l'accès permanent aux soins, la qualité de ces derniers est un paramètre majeur aux yeux de la population. En effet celle-ci désire bénéficier :

- d'un médecin **dans les meilleurs délais ou au minimum dans les délais appropriés à la situation,**

- d'une **réponse adaptée à ses besoins.**

Il peut s'agir soit d'une prise en charge hospitalière si cela est nécessaire, soit de la visite au domicile du médecin de garde, soit d'une consultation au cabinet médical, soit d'un conseil téléphonique ou bien d'un acte entrant dans le cadre de la continuité des soins.

La PDS a été mise en place, sur l'ensemble du territoire national, afin de répondre aux besoins de soins non programmés de la population générale et, dans la mesure du possible, d'assurer un égal accès aux soins pour tous. Afin de situer la PDS au sein de notre système de santé, nous décrivons les différentes situations médicales pouvant être rencontrées en dehors des périodes d'ouverture des cabinets médicaux.

2. Les différentes situations d'urgences

a) Quelques classifications

Plusieurs classifications existent quant aux différents degrés de besoins médicaux non programmés. Elles varient en fonction de leurs auteurs et de leur usage.

Nous prendrons comme premier exemple la classification des différents degrés d'urgences, enseignée lors des CAPacités de Médecine d'Urgence (CAMU) [24]. Elle différencie quatre niveaux qui déterminent, pour chaque situation, les moyens à mettre en œuvre :

•*Les urgences absolues:*

Elles correspondent aux urgences à pronostic vital mis en jeu ou avec risque fonctionnel grave patent ou latent. Les moyens peuvent donc être le déclenchement d'un Service Mobile d'Urgence (SMUR) ou d'un Véhicule de Secours et d'Aide aux Victimes (VSAV), en fonction du lieu géographique ou de la typologie (VSAV systématique sur la voie publique et lieux publics, ou fonction du nombre de victimes).

•*Les urgences vraies :*

Elles correspondent aux situations où un avis médical est indispensable immédiatement. Il peut s'agir soit d'un accident sur la voie publique (AVP) ou dans un lieu public sans notion de gravité immédiate, soit d'une hospitalisation nécessaire d'emblée. Les moyens mis en œuvre peuvent être :

- l'envoi d'un médecin dans un délai inférieur à une trentaine de minutes,
- l'envoi systématique d'un VSAV sur la voie publique,
- l'hospitalisation à partir du domicile par une ambulance privée (AP) ou VSAV par défaut.

•*La permanence des soins :*

Elle se définit par toute situation nécessitant un avis médical dans la demi-journée, les moyens reposent alors sur le médecin traitant ou le médecin de garde.

•*Le conseil médical :*

Il correspond aux conseils téléphoniques donnés par le médecin régulateur, sous sa responsabilité, en s'assurant de sa bonne compréhension et en incitant au rappel en cas d'aggravation.

Le degré d'urgence qui concerne notre étude est donc intitulée **Permanence de Soins et est défini par la nécessité de l'intervention d'un médecin dans la demi-journée.** Les

urgences « absolues » et les urgences « vraies » constituent ce qui est appelé l'Aide Médicale Urgente (AMU), sous la responsabilité des SAMU et SMUR.

Cependant si l'on reprend la définition des urgences vraies : il peut s'agir de l'intervention d'un médecin dans un délai de moins de trente minutes sans qu'une équipe d'intervention SMUR ait été déclenchée. Dans ce cas c'est au médecin d'astreinte de se rendre sur les lieux afin de débiter le protocole de soins. Or cette action incombe au médecin généraliste de garde sur le secteur, même si ce n'est pas de la permanence de soins. Il semble délicat d'imposer un cadre strict d'intervention, la réalité montrant bien que l'on ne confie pas au généraliste d'astreinte que des actes de PDS. Il est indispensable que ce soit l'acteur le plus immédiatement compétent qui intervienne. De ce principe découle que **les différents acteurs du CRRA** (Permanenciers d'Aide à la Régulation Médicale PARM, régulateurs urgentistes et généralistes) **et l'effecteur sollicité ont un rôle complémentaire primordial.**

En effet, un des premiers maillons de la prise en charge des urgences est le CRRA, siège de la régulation, pilier fondamental de l'aide urgente à la population. La classification des différents degrés d'urgences [25] en régulation est la suivante :

➤ R1 : urgence vitale patente ou latente imposant l'envoi d'un moyen de réanimation (SMUR).

➤ R2 : urgence vraie sans détresse vitale nécessitant l'envoi d'un médecin de proximité, d'une ambulance ou d'un VSAV dans un délai adapté contractualisé entre le régulateur, l'effecteur et l'appelant.

➤ R3 : recours à la Permanence des Soins, le délai ne constituant pas un facteur de risque en soi ; une prescription médicamenteuse d'attente peut-être proposée.

➤ R4 : conseil médical ou prescription médicamenteuse par téléphone.

b) La régulation médicale

La régulation médicale est un des principes fondamentaux de la prise en charge des urgences en France. Nous allons la définir et en expliquer son fonctionnement ainsi que ses différentes missions [25].

La régulation est un acte médical pratiqué au téléphone (ou au moyen de tout autre dispositif de télécommunication) par un médecin régulateur d'un centre d'appels dédié aux

urgences médicales, en réponse à la demande du patient lui-même ou d'un tiers adressée directement ou indirectement à ce centre et concernant un patient se trouvant, à distance du centre, en situation d'urgence médicale manifeste, potentielle ou ressentie. La régulation débute par l'identification du patient et du lieu de survenue. Puis (et obligatoirement dans cet ordre) elle s'articule autour d'un interrogatoire médical et d'un dialogue conduits avec méthode et dans le délai le plus rapide pour analyser et prendre en compte les signes et les symptômes, les antécédents médicaux, le contexte, les demandes et les attentes du patient, dans le but de préciser le besoin de soins et d'adapter les moyens à mettre en œuvre : conseil médical, aide aux gestes de premiers secours, intervention médicale auprès du patient, orientation et transport du patient vers une structure hospitalière d'urgence ou vers une unité ou une filière du réseau des urgences. L'acte de régulation se poursuit par la mise en œuvre de la décision, l'assistance aux éventuels intervenants, l'anticipation de chacune des étapes de la prise en charge. L'acte de régulation est effectué au bénéfice du patient, dans un contrat de soins respectueux de son libre choix, réserve faite de la corrélation entre la pathologie présentée et le service adapté à sa prise en charge.

Selon la conférence d'experts du SAMU de France et de la Société française d'anesthésie et de réanimation, le médecin régulateur dispose d'un éventail de réponses :

- En cas de détresse avérée ou potentielle, une Unité Mobile Hospitalière (UMH) est envoyée. Lorsque le délai d'intervention est estimé trop long, les moyens complémentaires au SMUR (médecins correspondants des Samu, médecins de sapeurs-pompiers, médecins de proximité, professionnels de santé, sapeurs-pompiers, transporteurs sanitaires ou secouristes) sont également déclenchés. Face à une situation de détresse vitale identifiée, le PARM engage le SMUR et les secours de proximité en départ réflexe avant régulation médicale.

- **Lorsqu'un acte médical s'avère nécessaire en l'absence d'une détresse vitale, avérée ou potentielle, le médecin régulateur recourt au médecin traitant, à un médecin généraliste de proximité ou à la permanence des soins, en s'assurant du suivi de l'intervention.**

- En l'absence de détresse et si le recours à un établissement de soins paraît nécessaire, un moyen de transport est déclenché.

Le médecin régulateur « SAMU », présent en permanence, régule prioritairement les appels relevant de l'Aide Médicale Urgente (AMU). **La participation des médecins**

généralistes à la régulation médicale apporte une complémentarité de compétences professionnelles notamment pour la régulation de la Permanence des Soins. La collaboration entre les médecins régulateurs « SAMU » et les médecins régulateurs généralistes est définie dans un document, partie intégrante du règlement intérieur du service. Une formation spécifique est nécessaire pour les médecins régulateurs libéraux comprenant notamment la reconnaissance d'une détresse vitale patente ou potentielle, les signes de gravité des pathologies courantes. Les appels, ne présentant pas l'un des critères de gravité énumérés dans une procédure interne, sont transmis de fait par le PARM au médecin régulateur généraliste. Tous les autres appels sont adressés au médecin régulateur SAMU.

La chartre de la régulation médicale résume bien l'esprit et le fonctionnement de cette pratique [25].

« La régulation médicale est un acte médical pratiqué au téléphone par un médecin régulateur d'un centre d'appels dédié aux urgences médicales.

L'acte de régulation médicale est effectué au bénéfice du patient dans une démarche de solidarité active. Il aboutit à la prescription du juste soin représentant la réponse la mieux adaptée à la demande, compte tenu de l'organisation en place, des ressources disponibles et du contexte. Il se poursuit par la mise en œuvre de cette prescription, l'assistance aux éventuels intervenants, l'anticipation de chacune des étapes de la prise en charge du patient et le suivi de cette prise en charge.

La bonne gestion du temps est un enjeu majeur de la régulation médicale. Devant toute situation où l'analyse est incertaine, le doute bénéficie au patient et commande l'engagement sans délai des moyens susceptibles de couvrir l'hypothèse la plus défavorable. Lorsque son intervention est envisagée, le smur est déclenché d'emblée, en première intention.

Les inégalités territoriales, sociales, humaines sont à repérer et, dans toute la mesure du possible, à compenser par des dispositions appropriées. Le patient le plus éloigné fait l'objet d'une plus grande propension à l'envoi de moyens lourds. Le patient socialement défavorisé fait l'objet d'une écoute encore plus attentive.

La régulation médicale est l'une des multiples facettes de l'art de soigner. Elle suppose un professionnalisme exigeant, un sens profond de la solidarité, l'esprit du travail en réseau, un réel savoir-faire professionnel et une éthique rigoureuse.

Le centre de régulation médicale a pour vocation de garantir à chacune des personnes pour lesquelles il est sollicité en urgence, l'accès au juste soin. Il apporte au patient une plus-value en termes de rapidité, d'efficacité, de qualité, de sécurité et d'humanité.

La régulation médicale pratiquée au sein du Samu-Centre 15, service public hospitalier ouvert à tous, permet à la personne la moins favorisée et la moins informée d'accéder aux ressources les plus adaptées et les plus performantes chaque fois que cela est nécessaire. »

3. Le cahier des charges départemental

Afin d'évaluer les besoins spécifiques de la population de la Haute-Vienne, nous exposerons tout d'abord les conditions inhérentes à ce département, en dressant son profil géographique, climatologique et démographique. Nous réaliserons ensuite un inventaire succinct de l'offre de soins locale. Enfin, le département sera étudié sous un angle sociodémographique à l'aide d'une série de cartes.

a) Données climatologiques et géographiques

La Haute-Vienne fait partie du Massif Central, au relief accidenté. Elle s'étend sur 5 520 km² et compte 201 communes dont 27 de plus de 2 000 habitants [26].

Le climat est de type « océanique aquitain atténué » subissant une influence montagnarde due à la proximité du Massif Central et de l'altitude. Les hivers peuvent être neigeux, particulièrement sur le relief, alors qu'il est habituel de n'avoir qu'un ou deux jours de neige à Limoges actuellement. Les étés peuvent être beaux et très chauds tout comme le mauvais temps est envisageable. L'automne est généralement agréable et ensoleillé, Septembre et Octobre sont rarement froids.

Les axes routiers datant de la fin du XX^{ème} siècle ont permis un désenclavement du département : l'autoroute A 20 offre une desserte facilitant les déplacements dans l'axe Nord-Sud. Les autres grands axes : N141, N21, N145 ont une accessibilité moyenne alternant tronçons faciles et portions sinueuses. L'accessibilité est plus difficile sur les petites routes du fait de l'étroitesse et de la sinuosité. En période hivernale, les intempéries compliquent la

circulation routière. Ceci est d'autant plus vrai dans les zones plus tortueuses comme celles d'Eymoutiers, des monts de Blond et d'Ambazac. En période estivale, l'afflux de touristes et parfois les travaux de réfections de la chaussée ralentissent le trafic [27].

b) Démographie de la population haut-viennoise

A l'image du Limousin, la Haute-Vienne a vu sa population décroître mais de manière bien moindre qu'en Corrèze ou en Creuse. Depuis l'an 2000 la tendance s'est inversée. Cela semble s'expliquer par plusieurs phénomènes tels que l'installation de Nord Européens (et en particulier des Britanniques), de retraités, de natifs de la région ayant poursuivi leur études ailleurs, ainsi que l'arrivée de néo-ruraux [28].

En 1999, le département comptait 353 893 habitants, en 2005 la population approchait 364 000. Les chiffres effectifs de 2006, rendus publics en janvier 2009, donnent une population exacte de **367 156** habitants avec une densité d'environ **65 hab/km²** ce qui la classe bien en deçà de la moyenne nationale de 111 hab/km². Le département compte 2 aires urbaines que sont Limoges (247 944 hab.) et S^t Junien (13 455 hab.) [29].

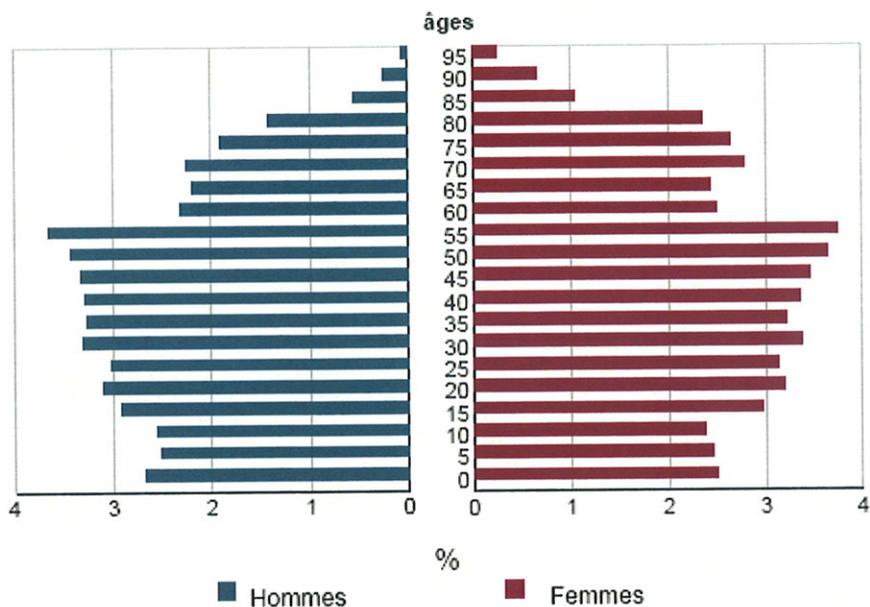
Tableau.5: Les représentants générationnels de la Haute-Vienne

< 3 ans	<10 ans	<25 ans	25-59 ans	>60 ans	>75 ans	>95 ans	
3,1	10,3	27,5	46,2	26,2	11,4	0.3	Haute-Vienne
3,7	12,3	31,1	47,4	21,5	8,5	0.2	France

Les données sont exprimées en pourcentage. Données INSEE au 01/01/2007.

Ce tableau permet de comprendre que les représentants générationnels des plus jeunes sont moins nombreux que la moyenne nationale ; proportionnellement les générations les plus âgées sont surreprésentées. En effet, **les plus de 60 ans représentent près de 40% de l'ensemble de la population du département**. Cette répartition de la population s'exprime également lorsque l'on observe la pyramide des âges. Les femmes étant majoritaires aux âges les plus élevés (ce qui n'est pas une spécificité départementale). La figure 3 représente cette pyramide des âges.

Figure.3 : La pyramide des âges en Haute-Vienne au 1^{er} janvier 2006



Source : INSEE

c) Les différents indicateurs socio-sanitaires

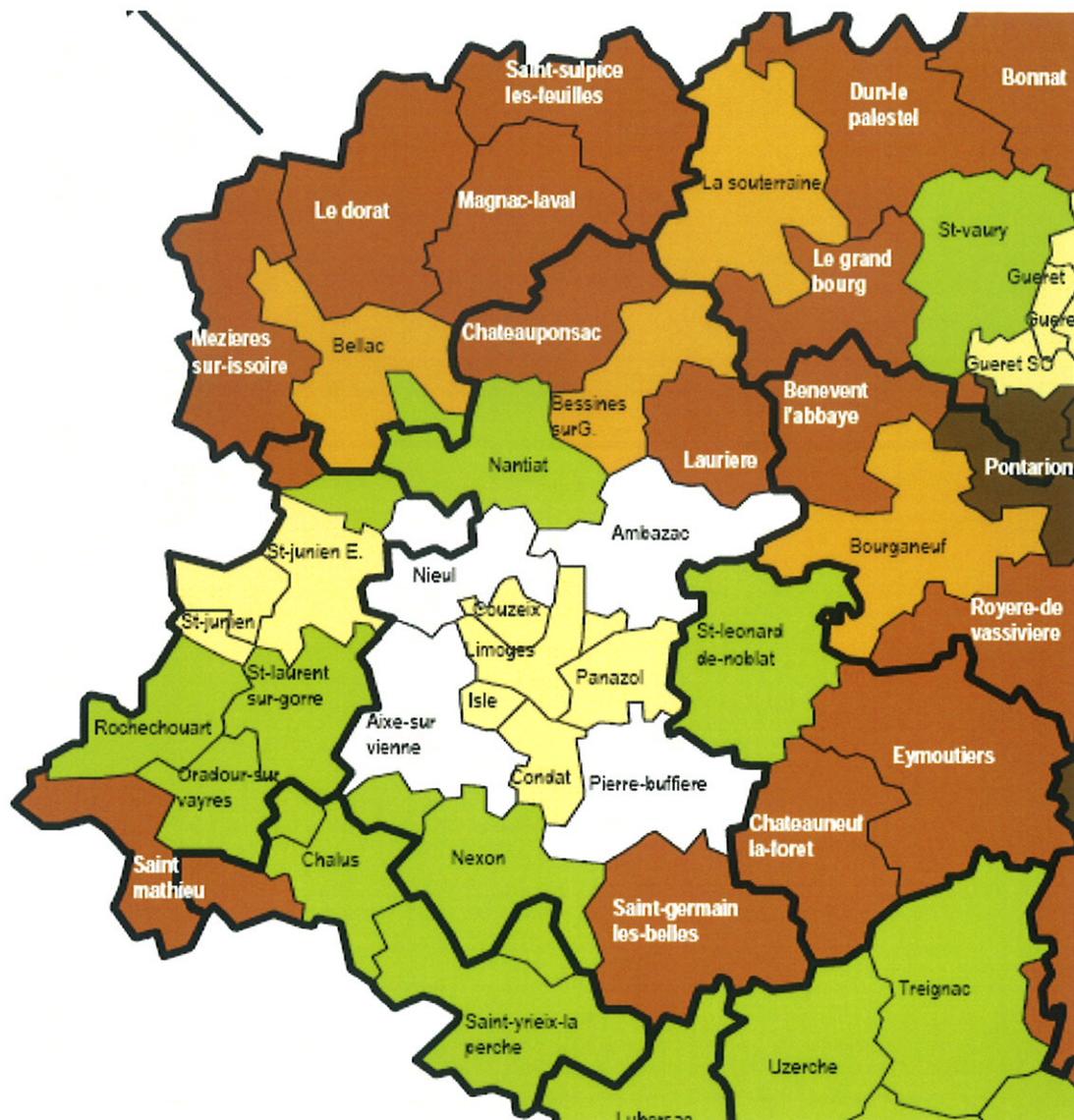
Une analyse pluridimensionnelle des inégalités socio-sanitaires sur l'ensemble de la région a été effectuée par l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) du limousin [30] et semble mettre en avant **deux zones en difficulté en Haute-Vienne, à savoir le sud-est et le nord. A l'opposé Limoges, sa périphérie, l'ouest (à l'exception du canton de St Mathieu) et le sud-ouest semblent plutôt favorisés.**

Les différents indicateurs utilisés pour la réalisation de cette cartographie sont les suivants :

Pour la figure 4 : densité de population, âge, catégorie socioprofessionnelle, le taux de mortalité générale et le taux de mortalité prématurée.

Pour la figure 5 : densité de professionnels de santé libéraux, densité des structures d'accueil des personnes âgées et la proximité des centres hospitaliers.

Figure.4 : Analyse multidimensionnelle des inégalités, par canton, en Haute-Vienne



Cantons plutôt défavorisés

- D1 : Des cantons âgés, peu peuplés et très agricoles. De faibles revenus. Une mortalité générale importante mais pas de surmortalité prématurée
- D2 : Des cantons âgés, peu peuplés et très agricoles. De faibles revenus. Une mortalité générale légèrement supérieure à la moyenne mais une forte mortalité prématurée
- D3 : Petites villes ou bourgs. Forte proportion d'ouvriers et d'employés. Chômage plus élevé. Une surmortalité générale et prématurée

Cantons plutôt favorisés

- D4 : Cantons à dominante rurale, relativement favorisés, taux de chômage et de RMI faibles Offre de soins satisfaisante. Mortalité générale et prématurée inférieures à la moyenne
- D5 : Cantons urbains. Population relativement jeune. Forte proportion de cadres et d'employés. Offre de soins satisfaisante. Faible mortalité générale.
- D6 : Cantons péri-urbains. Revenus élevés, population relativement jeune, cadres et employés. Faible mortalité générale et surtout faible mortalité prématurée

Source : ORS du Limousin

Figure.5 : Les inégalités de l'offre de soins en Haute-Vienne



- C1 : Une situation défavorable : offre de soins libéraux inférieure à la moyenne régionale, déficit en hébergement pour personnes âgées et éloignement des principaux centres de soins
- C2 : Une bonne offre de soins libéraux mais des cantons éloignés des principaux centres de soins
- C3 : Une offre de soins libéraux légèrement inférieure à la moyenne régionale mais des cantons proches des principaux centres de soins
- C4 : Une offre de soins libéraux favorable et une proximité des principaux centres de soins

Source : ORS du Limousin, 2007.

C. L'Offre de soins locale

Après avoir exposé les besoins de la population, nous établirons, dans le chapitre suivant, l'offre de soins dont nous bénéficions en Haute-Vienne. La première partie sera dédiée à la profession médicale et à ses évolutions sociétales récentes, rendant parfois complexe l'adéquation entre l'offre et la demande, puis nous traiterons ensuite des autres intervenants participant à l'offre de soins tant dans sa partie hospitalière que non hospitalière.

1. Le nouveau paysage médical

Afin d'évaluer la PDS dans notre département, il nous semblait important de rappeler le contexte démographique médical, avec ses tendances actuelles. Pour chaque tendance, les données locales seront confrontées aux données nationales.

a) Généralités

(1) Au niveau national

Au 1^{er} janvier 2008, l'effectif total des médecins généralistes en activité régulière était de 101 381, dont seulement 82 584 avec une activité de médecine générale. Les femmes représentaient 39,9% des effectifs et étaient majoritaires dans les générations de généralistes de moins de 40 ans. La densité moyenne était de **135 médecins pour 100 000 habitants**. La répartition des médecins généralistes est particulièrement inégalitaire. La césure Nord/Sud, à l'exception de la région Ile-de-France, perdure [31].

Un rapport de groupe de travail de l'Académie Nationale de Médecine [32], datant de mars 2007, insiste sur le fait que nous sommes dès aujourd'hui et jusqu'en 2015 dans une période où le nombre de médecins va décroître de l'ordre de 15%, et ce avec une grande disparité en fonction de la spécialité et des lieux d'exercice. Cette évolution semble inexorable puisque le nombre de départs des médecins entrés dans la médecine avant le numerus clausus est très supérieur à celui de leurs remplaçants appartenant à la génération la plus affectée par ce dernier.

(2) Au niveau local

D'après les données du CNOM [33], la répartition des médecins généralistes en Limousin est quasiment identique au reste de la France. La différence est faite entre la « médecine générale traditionnelle » et la spécialité de médecine générale. La médecine générale est devenue une spécialité en 2004 et les premiers médecins issus de cette réforme ont été diplômés en juin 2007. Des procédures de qualification ont été mises en place pour permettre aux médecins non issus de cette réforme de 2004 mais exerçant la médecine générale, de solliciter le titre de médecins spécialistes en médecine générale. Ces procédures, qui ont été concrétisées par deux textes réglementaires de 2004 et 2007, ont accru d'une façon conséquente le nombre de médecins spécialistes en médecine générale, mais il s'agit d'une régularisation de titres et non pas d'une augmentation réelle des effectifs. Ceux de la Haute-Vienne, croissent alors que ceux de la Creuse et de la Corrèze stagnent voire diminuent. Les tableaux 6 et 7 expriment les effectifs de la médecine générale en Limousin. Les valeurs retrouvées en Haute-Vienne sont indiquées en gras pour une meilleure lisibilité.

Tableau.6 : Effectif des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2008

Département	Nb hommes	Nb Femmes	Effectif total	Part Remplaçants	Part Femmes
Corrèze	123	88	211	6 %	42 %
Creuse	95	55	150	6 %	37 %
Haute-Vienne	278	267	545	9 %	49 %

Données CNOM, janvier 2008.

Tableau.7 : Effectif des spécialistes de médecine générale au 1^{er} janvier 2008

Département	Nb Hommes	Nb Femmes	Effectif total	Part Remplaçants	Part Femmes
Corrèze	101	30	131	6 %	23 %
Creuse	37	8	45	0 %	18 %
Haute-Vienne	151	61	212	4 %	29 %

Données CNOM, janvier 2008.

Ces tableaux montrent que la part des femmes est plus importante en Haute-Vienne que dans les deux autres départements de la région. Il en est de même pour les effectifs des médecins remplaçants. Quant aux spécialistes de médecine générale, ce sont très majoritairement des hommes.

Face à la perspective d'une diminution très sensible du nombre de médecins exerçant à titre libéral dans les années à venir, l'Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin (URML) avait souhaité mieux appréhender les évolutions attendues en réalisant une enquête auprès de la totalité des 853 généralistes libéraux de la région en 2003. Nous nous servons donc de cette étude [34] pour analyser la démographie médicale en Limousin et ses évolutions probables.

Même si la densité médicale en médecine générale plaçait le Limousin en position relativement favorable (selon les statistiques ADELI de l'Administration de la Santé : 3ème rang sur 22 régions) et même si la proportion de praticiens âgés de 55 ans ou plus y était un peu plus faible qu'ailleurs, la région ne serait **pas épargnée par les évolutions démographiques.**

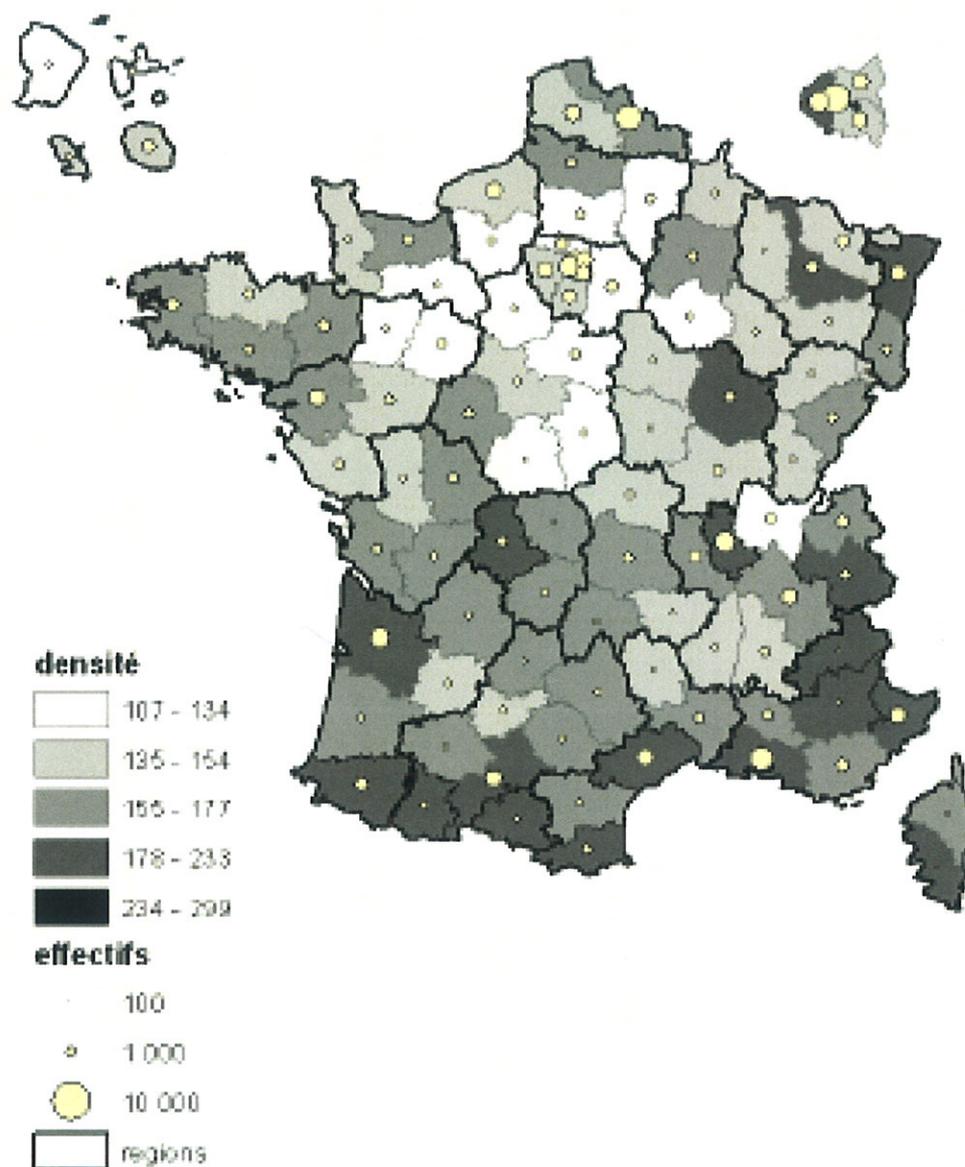
Par ailleurs, la densité médicale devait être considérée en regard de certaines caractéristiques de la région : **forte proportion de personnes âgées** (2^{ème} rang européen), **dispersion de l'habitat** dans certains secteurs, grande hétérogénéité de situation selon les secteurs. La Haute-Vienne était en situation réellement favorisée, elle se situait au 5ème rang sur 96 départements. Par contre, la Corrèze et surtout la Creuse, tout en ayant une densité encore supérieure à la moyenne nationale, présentaient sur certains de leurs secteurs une situation déficitaire par rapport aux chiffres nationaux.

Concernant les caractéristiques démographiques, l'étude confirmait les grandes tendances: population féminisée et avancée en âge. La pyramide des âges, observée en Limousin, mettait en évidence que les problèmes démographiques y seraient légèrement différés.

Les projections démographiques à 10 ans montraient qu'après un pic en 2010-2011, nous assisterons à une diminution régulière jusqu'en 2017 (-4%) mais avec des situations très contrastées. En effet **les zones rurales pourraient perdre 21% de leurs effectifs au profit d'une augmentation de 7% des zones urbaines.** La Haute-Vienne pourrait encore gagner 4% de praticiens supplémentaires, à l'inverse des deux autres départements de la région.

En Limousin, la densité de médecins généralistes ne cesse de croître depuis 1992. Au cours de la même période, la densité de médecins généralistes au niveau national a stagné voire diminué. En 2008, cette densité en Haute-Vienne est nettement supérieure à la moyenne nationale avec **200 généralistes pour 100 000 habitants** [31].

Figure.6 : Densité des médecins généralistes, par départements, 1^{er} janvier 2008



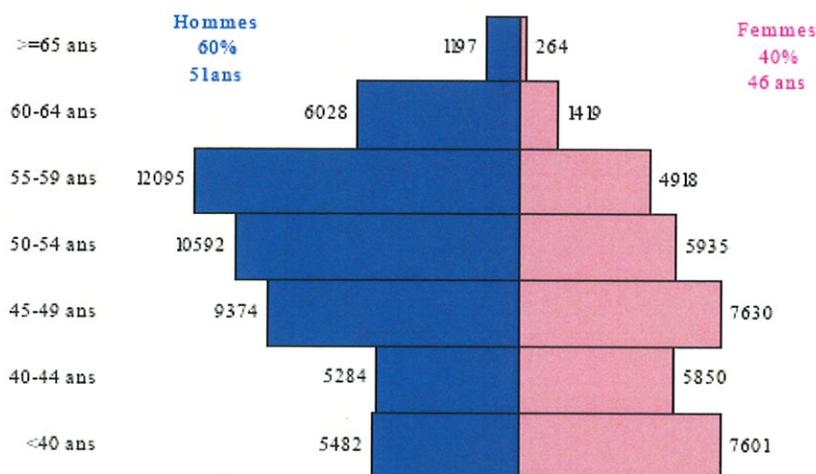
Source : DREES 2008

b) Le vieillissement

(1) Au niveau national

Au 1^{er} janvier 2008, l'âge moyen des médecins en activité était de 49,3 ans (respectivement 47 ans pour les femmes et 51 ans pour les hommes). Le rétrécissement de la base de la pyramide des âges des médecins en activité traduit un vieillissement marqué de la population médicale. À la lecture de la figure 7, on note que les effectifs des médecins de moins de 40 ans sont inférieurs à ceux des plus 50 ans.

Figure.7 : Pyramide des âges des médecins généralistes, au 1^{er} janvier 2008



Source : CNOM-2008

(2) Au niveau local

Le CDOM de la Haute-Vienne réalise chaque année la pyramide des âges des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre départemental, avec une différence entre l'exercice rural et urbain.

Figure.8 : Age des médecins généralistes installés, zone rurale et couronne, au 1^{er} février 2009

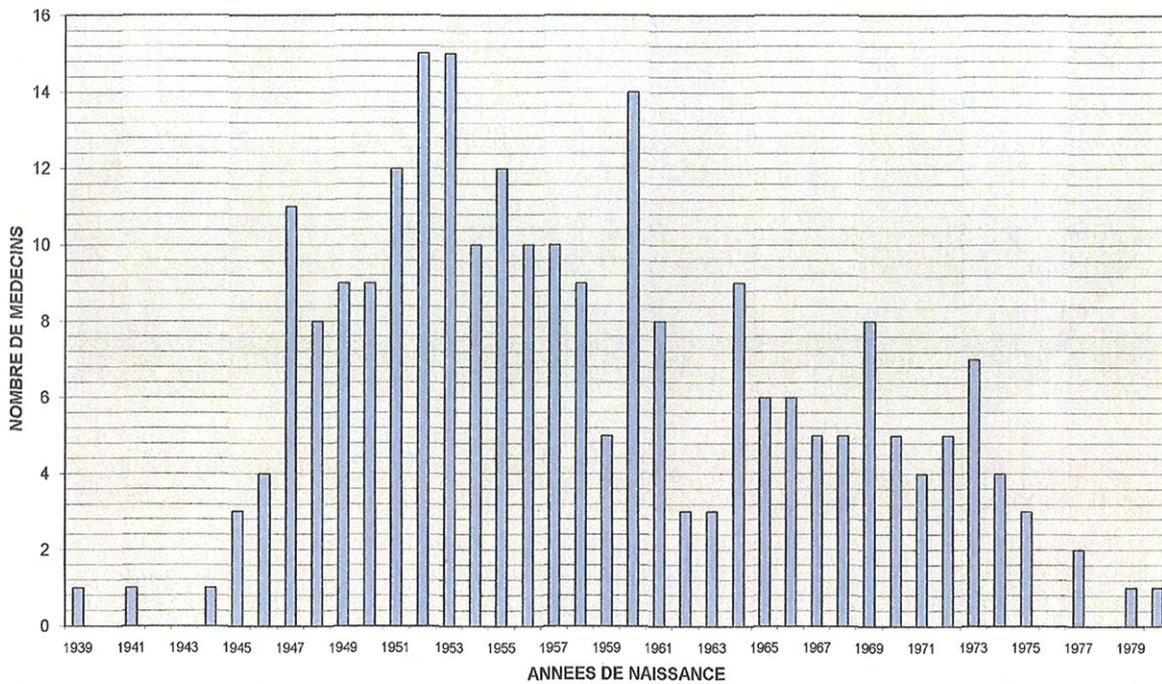
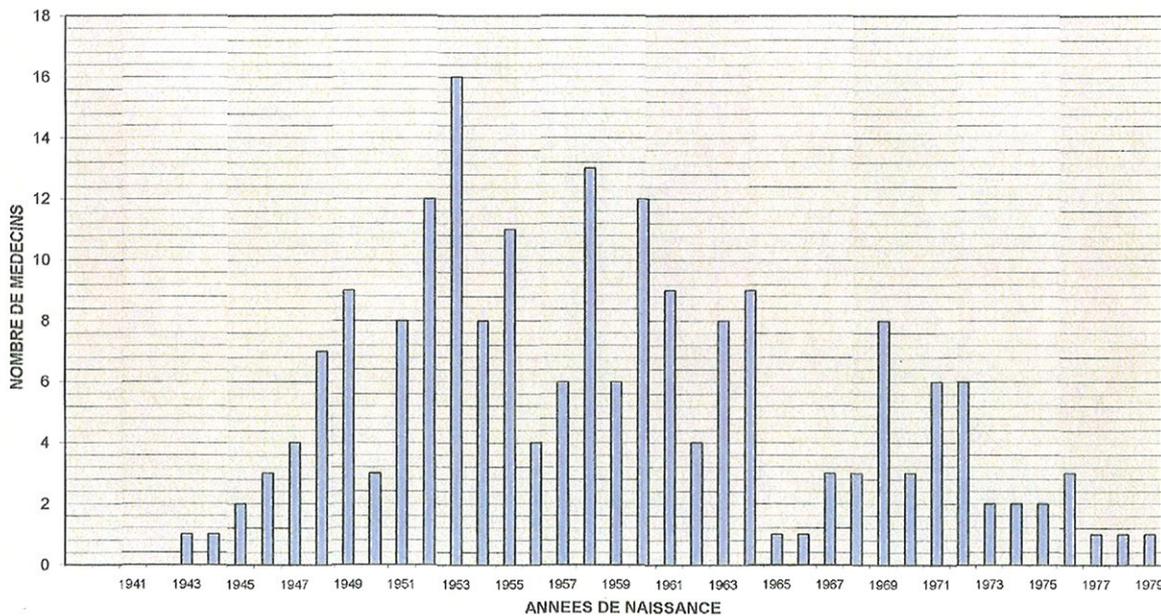


Figure.9 : Age des médecins généralistes installés, à Limoges, au 1^{er} février 2009



Source : CDOM-87

Ces graphiques permettent de constater que la **proportion de médecins généralistes âgés de 55 ans et plus est d'environ 40 %**, avec une proportion un peu supérieure pour la

zone périurbaine et rurale que pour Limoges (respectivement 43% et 37%). Plus de la moitié des médecins âgés de 55 ans et plus exercent en dehors de Limoges.

En ce qui concerne l'âge des médecins, répartis selon leur secteur de garde, dans le cadre de la PDS, nous verrons par la suite que la situation de certains secteurs est ou deviendra critique.

c) La féminisation

(1) Au niveau national

La féminisation est une des évolutions majeures que connaît la profession médicale depuis quelques années.

Une étude réalisée, en 2003, par l'Union Régionale des Médecins libéraux de Rhône-Alpes, conduite dans le cadre de la Commission Démographie [35] mettait en évidence les différents impacts de la féminisation de la profession médicale et montrait que même si ce phénomène touchait l'ensemble de l'activité médicale, elle le faisait de manière hétérogène. En effet la féminisation était moins forte en libéral (29%) qu'en salarié et au sein du secteur libéral elle était légèrement plus faible chez les généralistes (27%) que chez les spécialistes (32%). En 2020, on estime que 43% des médecins exerçant en libéral seront des femmes.

Il existait assez peu de différence entre les deux sexes en matière d'études médicales et de formations complémentaires.

Certaines orientations professionnelles étaient privilégiées par les femmes et par conséquent, le taux de féminisation était hétérogène : l'exercice salarié (exclusif) était choisi par les femmes presque à égalité avec l'exercice libéral. Dans la moitié des cas et bien plus que chez les hommes, les emplois salariés occupés par les femmes étaient extrahospitaliers (santé scolaire, PMI, médecine du travail). Les emplois salariés féminins étaient souvent occupés par les généralistes. Chez les omnipraticiens libéraux les femmes privilégiaient davantage les exercices particuliers de la médecine telle que l'homéopathie. Cette étude mettait aussi en avant des conditions d'exercice libéral différentes : on retrouvait moins de femmes généralistes à la campagne, moins de femmes exerçant dans des établissements de soins privés.

L'activité médicale était globalement moins importante chez les femmes : la différence entre les deux sexes existait aussi bien pour les salariées que les libérales. Chez les libérales, les différences concernaient le nombre d'heures hebdomadaires de travail : 12 heures chez les généralistes, mais également le nombre de demi-journée de travail : écart de 1,7 demi-journée par semaine pour les généralistes. Les femmes généralistes faisaient également moins de visites à domicile : elles étaient moins nombreuses à en faire et celles qui en faisaient en faisaient moins.

Il apparaissait également que **l'implication des femmes dans les gardes était moindre : les généralistes étaient moins nombreuses à en faire** (66% contre 82% des hommes) et **celles qui y participaient en faisaient moins** (15 nuits et 3 week-ends par an contre 29 nuits et 6 week-ends chez les hommes).

L'activité des femmes était plus souvent interrompue : plus d'une femme sur deux (contre 7% seulement des hommes) avait interrompu au moins une fois son activité professionnelle pendant plus de trois mois, une sur trois l'avait interrompue à plusieurs reprises et huit fois sur dix ces arrêts étaient liés à la maternité.

Il en ressortait également une moindre implication dans la formation médicale continue et dans les échanges professionnels.

Les femmes avaient une orientation professionnelle plus souvent dictée par des contraintes externes : 28% des femmes contre 18% des hommes. Plus souvent que pour les hommes ce choix était influencé par le souhait de garantir une qualité de vie et était soumis à certaines contraintes : éducation des enfants (choix de 57% des femmes), autres contraintes familiales (31%), carrière du conjoint (41%).

Enfin cette étude révélait un décalage fréquent entre les aspirations initiales et la réalité et un équilibre bien difficile entre vie privée et vie professionnelle. En effet ce constat de décalage était fréquent autant chez les hommes que les femmes hormis pour les salariées. Les femmes étaient cependant plus nombreuses à parler de vie professionnelle sacrifiée et souvent aussi du sentiment d'avoir perdu sur les deux tableaux (33%, proportion particulièrement élevée chez les généralistes libérales).

(2) Au niveau local

Dans notre région, 60% des médecins en activité sont des hommes, 40% des femmes. Cette féminisation se concrétise par un nombre de médecins généralistes libéraux quasi-identique chez les hommes et les femmes avant l'âge de 40 ans. Aux âges plus élevés, la part des hommes reste importante.

Au niveau départemental, la répartition des médecins généralistes est la suivante :

- Corrèze : 38% d'hommes et 42% de femmes.
- Creuse : 63% d'hommes et 37 % de femmes.
- Haute-Vienne : 51% d'hommes et 49% de femmes.

Celle des spécialistes de médecine générale :

- Corrèze : 67% d'hommes et 23% de femmes.
- Creuse : 82% d'hommes et 18% de femmes.
- Haute-Vienne : 71% d'hommes et 29% de femmes.

Ce qui réalise, spécialistes ou non de médecine générale, en la Haute-Vienne : **56% d'hommes et 43% de femmes** (il s'agit là de l'ensemble des médecins généralistes et pas uniquement des libéraux).

d) Les différentes modifications du mode d'exercice

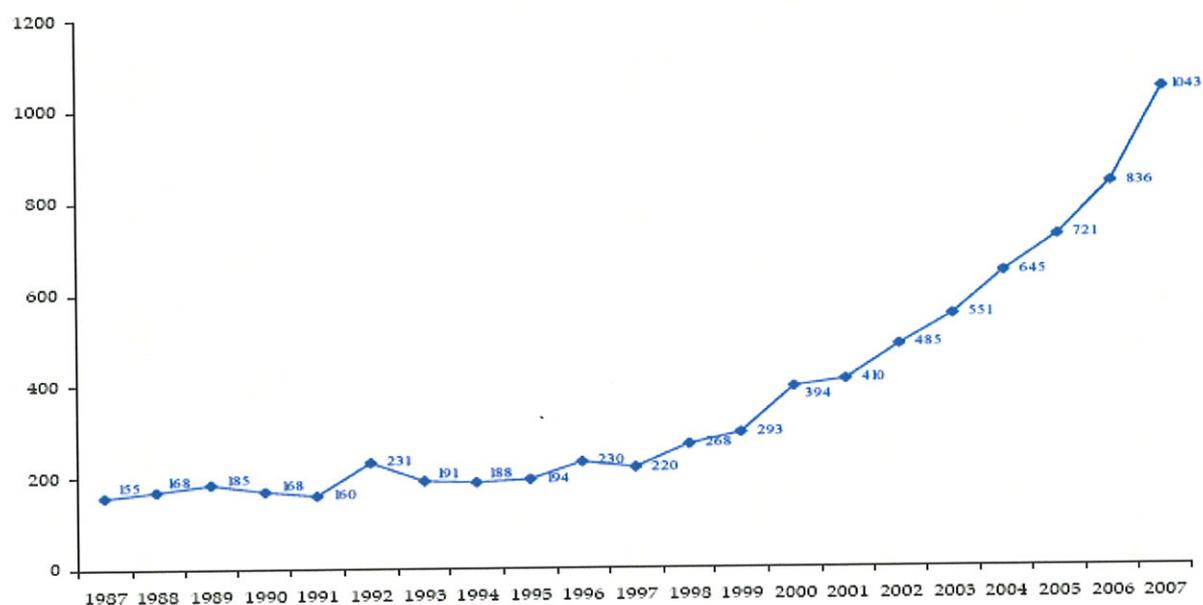
(1) L'activité salariée

De 1986 à 1997, la médecine libérale dominait la médecine salariale ; puis à partir de 1998 les effectifs de médecins salariés n'ont cessé de croître au détriment de la médecine libérale qui par voie de ricochet a subi une nette diminution de ses effectifs (toutes spécialités confondues). **En 2007, le Tableau de l'Ordre des médecins enregistre quatre fois plus de médecins salariés que de médecins libéraux [36].** Cette nouvelle tendance d'une propension vers la médecine salariée ne concernait pas uniquement quelques cas isolés mais l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales.

(2) Le remplacement

Au 1er janvier 2008, le Tableau de l'Ordre recensait 9 479 médecins remplaçants [35]. **En vingt ans, les effectifs des médecins remplaçants nouvellement inscrits au tableau de l'Ordre ont augmenté de 572,9%.** Entre 2006 et 2007, on notait une hausse de +24,8%. Les médecins généralistes représentaient 72,7% de l'ensemble des effectifs. Plus d'un médecin généraliste sur deux était une femme. Elles étaient âgées en moyenne de 39,3 ans contre 43,3 ans pour leurs confrères. 69,4% des médecins remplaçants s'inscrivaient, pour la première fois à l'Ordre l'année d'obtention de leur diplôme. Le graphique suivant traduit l'évolution des effectifs de médecins remplaçants entre 1987 et 2007.

Figure.10 : Evolution de l'effectif des médecins remplaçants entre 1987 et 2007



Source : CNOM

(3) L'exercice de groupe

Les médecins généralistes exercent leur métier de façon isolée en France, plus que dans d'autres pays [37]. En effet, **l'exercice isolé concerne 58% des médecins français,** contre 8,5% des médecins au Royaume-Uni, 25% aux USA et 16% au Québec.

Pourtant, tant les aspirations que semblent exprimer les jeunes générations de médecins pour un exercice professionnel plus collectif que les orientations prises par les pouvoirs publics en sa faveur, indiquent que le regroupement des médecins, et plus

largement des professionnels de santé, pourrait devenir une solution à l'amélioration de l'offre de soins.

L'exercice en groupe renvoie à deux ordres de réalité qu'il convient préalablement de distinguer. Sous sa forme la plus développée actuellement en France, il se limite à la mise en commun de moyens matériels. Mais l'exercice en groupe renvoie également à une autre perspective, dans laquelle la mise en commun de moyens matériels accueille un projet professionnel collectif d'exercice et une alternative d'organisation des soins et de prise en charge des patients. Cette figure du regroupement correspond davantage à celle qui est mise sur le devant de la scène aujourd'hui. Les omnipraticiens considérés globalement sont proportionnellement moins nombreux à exercer en groupe.

Le médecin généraliste qui souhaite exercer son activité libérale au sein d'un groupe dispose de plusieurs possibilités :

- Les sociétés de moyens : comme les sociétés civiles de moyens (SCM) et les groupes d'intérêt économique (GIE).

- Les sociétés ou groupements d'exercice: ils permettent la mise en commun, non seulement des moyens, mais aussi de l'exercice professionnel des médecins. Ces sociétés comprennent les sociétés de personnes et les sociétés de capitaux.

- Les maisons médicales constituent un cas particulier de l'exercice de la médecine générale en cabinet de groupe.

- Les maisons médicales pluridisciplinaires sont des cabinets de groupe généralement fondés sur les sociétés civiles regroupant des professionnels libéraux. Les soignants n'y sont pas salariés. Elles regroupent des activités médicales et paramédicales.

Le médecin généraliste peut aussi exercer au sein de structures de soins agréées ou autorisées telles que les centres de santé ou au sein d'hôpitaux locaux.

Enfin, les récents statuts **de collaborateur libéral et collaborateur salarié** signent également un nouveau mode d'exercice de la médecine. L'article 18 de la loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises [38] autorise les professionnels de santé libéraux à exercer avec le statut de collaborateur associé libéral, facilitant un exercice partiel dans plusieurs sites. Le décret n° 2006-1585 du 13 décembre 2006 [39] a adapté le CDM afin de permettre au médecin libéral d'être assisté d'un collaborateur. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a élaboré un contrat type permettant la mise en

œuvre de ces mesures. Par ailleurs, le décret du 13 décembre 2006 a supprimé, à compter de juin 2007, l'interdiction déontologique pour un médecin de salarier un confrère.

(4) Au niveau local

La répartition des médecins généralistes selon le secteur d'activité [34] montre une **prédominance des cabinets individuels** (près de 43 % de l'ensemble des généralistes en Limousin). La proportion de généralistes exerçant **en cabinets de groupe atteint 34 % dans la région** (seulement 26 % des généralistes salariés ou libéraux en Creuse) ; mais avec une tendance à la multiplication de cet exercice. A noter une proportion plus importante chez les femmes, en Haute-Vienne et chez les moins de 40 ans. Une tendance marquée est également la **réalisation de vacation** : près d'un quart, en particulier au sein d'EPHAD. Cette pratique est plus fréquente chez les hommes, en milieu rural ou intermédiaire avec une tendance à se développer avec l'avancée en âge.

Le nombre de titulaires de licences de remplacement ou de Docteur en Médecine ayant une activité de remplacement et domiciliés en Haute-Vienne était de 107, au 1^{er} janvier 2008. La proportion de remplaçantes était de 57 %.

Une étude descriptive, menée en 2007, auprès des internes et jeunes médecins généralistes de la région limousin et traitant de leurs aspirations professionnelles futures [40], met en évidence quelques notions importantes et parfois même inattendues :

Le mode d'exercice semblant garder le plus de suffrage restait l'activité libérale qu'elle soit exclusive ou mixte (c'est-à-dire associée à une activité salariée), mais l'incertitude restait élevée. Le salariat hospitalier était très attractif pour les jeunes médecins et menait souvent à un exercice mixte. La médecine d'urgences semblait attirer bon nombre de vocations puisque plus d'un jeune médecin sur dix envisageait le salariat (exclusif ou mixte) au sein d'un service d'urgences. Concernant les jeunes choisissant l'installation ils préféreraient la pratique de groupe et de manière assez étonnante, l'exercice rural attirait plus que l'exercice urbain, même si celui ayant la préférence restait l'exercice périurbain (permettant de concilier plus facilement vie professionnelle et privée). « *Préserver sa vie privée était une préoccupation constante des hommes comme des femmes. La moitié d'entre eux envisageaient de rester limousins* ».

2. Les autres intervenants de l'offre de soins

a) L'offre de soins hospitalière

La plupart des établissements de santé du département assurent une permanence des soins organisée avec les médecins qui y travaillent. La Haute-Vienne est dotée :

- d'un Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) Dupuytren et ses annexes situé à Limoges,
- d'un Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME) à Limoges,
- d'un Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) Esquirol à Limoges,
- d'un Centre Hospitalier (CH) J.Boutard à Saint-Yrieix-la-Perche,
- d'un CH à Saint-Junien,
- d'un Hôpital Intercommunal du Haut Limousin (HIHL) à Bellac
- et de quatre cliniques : la clinique François Chénieux, la clinique des Emailleurs et la clinique du Colombier situées à Limoges, auxquelles s'ajoute la clinique Saint Maurice (établissement psychiatrique) située à La Jonchère Saint Maurice.

Quatre d'entre eux ont un service d'urgences : le CHRU Dupuytren et l'HME (pour les urgences pédiatriques) ; la clinique F.Chénieux ; le CH St Junien et le CH St Yrieix La Perche. Il faut signaler que le CHS Esquirol assure une permanence psychiatrique au sein du service des urgences du CHRU de Limoges.

Quant aux services mobiles d'urgence le département dispose d'un SMUR au CHRU Limoges (2 à 3 équipes de jour et 2 la nuit) et d'une antenne SMUR au CH St Junien (1 équipe de jour comme de nuit).

Les données qui nous ont été fournies par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) font état d'un nombre total de lits en hospitalisation complète de 4 589, auxquelles s'ajoutent 572 places en hospitalisation partielle (hors chimiothérapie) et 70 en anesthésie ou chirurgie ambulatoire. Le nombre total de lits en Haute-Vienne, établissements publics et privés confondus, est de **5 231 places** (ces données concernent l'année 2006).

b) L'offre de soins extrahospitalière

Comme nous l'avons déjà vu, même si aucun secteur de la Haute-Vienne n'est « sous médicalisé » la pyramide des âges des médecins du département démontre que des difficultés pointent.

Mais le département n'est pas démunie en ce qui concerne les professionnels de santé, en regard d'autres régions de France. En effet la densité d'infirmiers diplômés d'état (IDE) est supérieure à la moyenne nationale, ceci peut-être en raison d'une population âgée à forte dépendance. La densité des masseurs-kinésithérapeutes diplômés d'état (MKDE) est dans la moyenne nationale. Quant aux pharmacies d'officine, leur densité est supérieure au reste du pays, on peut d'ailleurs noter que la Haute-Vienne est au second rang national après Paris ! [41]

Tableau.8 : Densité d'infirmiers, de kinésithérapeutes et de pharmacies en Haute-Vienne

IDE	MKDE	Pharmacies	
1 114	102	152	Haute-Vienne
753	100	112	France

Les données sont exprimées en nombre/100 000 habitants. Données INSEE 2006(source DREES, SAE).

D. Les chiffres clés de la PDS

1. Au niveau national

a) L'activité de la permanence des soins

Selon l'évaluation de la PDS en France, en 2006, réalisée par les URCAM, et utilisée dans le rapport parlementaire fait par Mr le député Marc BOENNEC en mars 2008 [42], le nombre d'actes par astreinte s'établirait à 15,5 pour les journées des dimanches et jours fériés mais à 1,6 acte pour la période de 20 heures à minuit et seulement à 0,4 acte pour la nuit profonde de 0h à 8 heures (soit un acte toutes les deux ou trois nuits). De la même

manière, le nombre d'actes pour 100 000 habitants serait respectivement pour ces différentes périodes de 67,4, de 7 et seulement de 1,6 au niveau national. Malheureusement, ce rapport des URCAM, sur la PDS, effectué sur l'ensemble du territoire national n'a pas été publié!

b) Le coût total

Selon le rapport de la commission des comptes de la Sécurité Sociale de 2007 [42], le coût annuel du dispositif de permanence des soins ambulatoire a évolué de 263 à 359 millions d'euros de 2004 à 2006, soit une hausse de 37 %. Cette augmentation est mise sur le compte de l'application de l'avenant 4, qui a conduit à une prise en charge systématique de la rémunération des régulateurs libéraux mais aussi au triplement de la valeur de l'astreinte qui n'a pas été contrebalancé par une diminution suffisante du nombre des secteurs à certaines périodes. Alors qu'elles représentaient à peine 20 % du total en 2004, les astreintes s'élevaient en 2006 à 36 % des dépenses de la permanence des soins ambulatoire financées sur le risque, alors que le nombre d'actes est parfois très faible durant certaines périodes. Plus de 125 millions d'euros d'astreintes ont ainsi été versés en 2006, alors que 80 % d'entre elles ne comportent aucun acte (ce qui paraît bien surprenant).

Il faut également ajouter les dépenses prises en charge par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV) et par la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) qui, à compter de 2008, ont fusionné en Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS). Il permet notamment de financer les maisons médicales de garde et certains frais de fonctionnement des régulations, comme nous le verrons. Les dépenses de permanence des soins financées au titre de la dotation nationale de développement des réseaux se sont élevées à 3,6 millions d'euros en 2006. Le FAQSV a consacré, en 2006, 10,7 millions d'euros à la permanence des soins, répartis entre le financement de la régulation libérale (5,2 millions), celui de certaines maisons médicales de garde (4,2 millions) et des dépenses diverses (1,3 million). Dans le cadre des orientations du FIQCS, 15 millions d'euros devaient être attribués aux maisons médicales de garde. Si l'on prend en compte ces dotations, le coût de la permanence des soins des médecins généralistes atteint près de 375 millions d'euros en 2006.

Ces données de 2006 n'intègrent évidemment pas le coût des dispositions prévues dans le décret du 22 décembre 2006 et l'avenant 27 à la convention médicale qui prévoient les modalités de rémunérations des samedis après-midi et des journées de « ponts ». Cependant la forte diminution du nombre de secteurs sur le territoire national, condition sine qua none, à la rémunération de ces horaires, engendrera probablement une diminution du coût des astreintes.

Mais la permanence des soins ambulatoire fait intervenir d'autres professionnels de la santé. En effet, les dépenses liées aux transports sanitaires et à la garde ambulancière ne sont pas incluses dans le montant figurant dans le rapport de la commission des comptes de la Sécurité Sociale. Le coût des transports privés réalisés pendant les périodes de permanence des soins et de la garde ambulancière (dont le champ recouvre aussi les transports effectués dans le cadre de l'aide médicale urgente), a représenté 216 millions d'euros en 2006. Les forfaits de la garde ambulancière ont constitué 140,4 millions d'euros, soit 65 % de ce montant, le remboursement des transports réalisés atteignant près de 63 millions d'euros. En 2006, l'Assurance Maladie a versé 405 818 forfaits de garde ambulancière pour 2 transports en moyenne par garde, dont un seul réalisé par la garde ambulancière elle-même. A cela s'ajoutent les dépenses de carence remboursées par les établissements hospitaliers aux Services Départementaux d'Incendie et de Secours lorsque les pompiers interviennent en l'absence de possibilité de transport ambulancier. En 2007, ce sont près de 25 millions d'euros qui ont été réclamés par les SDIS pour plus de 80 000 interventions.

Pour être totalement exhaustif, il faudrait également tenir compte du surcroît d'activité dans les services d'urgences, qui assurent également la permanence des soins. De plus, il ne faudrait pas oublier le financement par les hôpitaux de l'équipe des permanenciers auxiliaires de régulation médicale ainsi que la mise à disposition des locaux et des plates-formes téléphoniques utilisées par les médecins libéraux dans ces centres. Enfin l'exonération d'impôt sur le revenu pour la rémunération de la permanence des soins (dans la limite de 60 jours de permanence par an) des médecins installés en zones sous-médicalisées, a été estimée à 2 millions d'euros annuels pour 2006 et 2007.

Le coût total de la PDS ambulatoire a donc été estimé à plus de **600 millions d'euros** en 2006. La commission des comptes de la Sécurité Sociale a estimé que le coût unitaire

moyen d'un acte, mesuré comme le rapport entre les remboursements des actes effectués pendant la période (acte de référence et sa majoration) avec les montants des astreintes versées sur le nombre d'actes effectués, s'élevait en moyenne à 39 euros les dimanches et jours fériés, 66 euros en première partie de nuit, et surtout à 225 euros en milieu de nuit. A l'exception de la période de milieu de nuit, ce coût reste donc inférieur à celui d'un passage aux urgences, évalué à 220 euros.

Si seul, l'aspect financier est pris en considération, on peut alors rapidement comprendre les interrogations de l'état et de l'Assurance Maladie sur l'intérêt d'un médecin d'astreinte en nuit profonde (en regard de l'activité « répertoriée » par les caisses d'Assurance Maladie, sur ces périodes).

Cependant, on peut s'interroger sur la méthode de calcul utilisée pour évaluer le coût moyen d'un acte de première partie de nuit et d'un acte de nuit profonde. En effet d'anciens codes d'actes de nuit sont encore utilisés tels que C de nuit ou V de nuit sans que l'on puisse faire la différence entre la première partie de nuit et la nuit profonde ! Pour exemple en Haute-Vienne, il y a eu 4 626 anciens codages en 2008 pour un total d'actes de nuit de 17 630, soit 26% des actes de nuit. Il semble peu probable que les médecins de Haute-Vienne soient les seuls à utiliser ces anciens codes.

Enfin, ces chiffres sont nationaux et il semble important de préciser que de très importantes disparités existent entre les régions.

2. En Haute-Vienne

(1) L'activité du CRRA

Nous étudierons cette activité pour l'année 2008 [17]. **Le nombre d'appels reçus en 2008 a été de 79 945.** Sur la totalité de ces appels, 31 653 (soit environ **40%**) **ont été gérés par le Centre 15 aux heures de PDS.** En ce qui concerne les décisions prises par le Centre 15 : 48% ont abouti à des consultations ou des visites, 42% ont été des conseils médicaux, 8% se sont soldés par l'envoi d'une ambulance privée, 1% par l'envoi d'un VSAV.

Le tableau suivant montre la répartition horaire des appels au CRRA.

Tableau.9 : Répartition horaire des appels au CRRA 87 en 2008

PERIODES	Sans régulation	SAMU	Centre 15
lundi au vendredi de 8h à 20h	10 555	12 063	1 567
lundi au vendredi de 20h à minuit	3 196	2 670	6 640
lundi au vendredi de minuit à 8h	2 353	2 248	4 361
samedi de 8h à midi	118	723	182
samedi de midi à minuit	3 053	2 570	7 602
Dimanche	4 623	3 120	11 304
TOTAL	23 898	23 394	31 656

Source : CRRA 87.

En 2008, une enquête épidémiologique de la régulation libérale de la PDS a été effectuée en Haute-Vienne [18]. Elle a été réalisée sur 15 plages horaires de régulation libérale de novembre 2007 à Janvier 2008, au CRRA 87 et portait sur 1234 affaires enregistrées ayant donné lieu à 1269 décisions (une affaire étant un patient et non un appel).

Il ressortait de cette enquête que la majorité des affaires se déroulaient entre 8 h et 17 h. Le régulateur libéral traitait, en moyenne, **4 affaires par heure la nuit** (de 20h à 8h le lendemain). Précisons que la majorité des affaires traitées se situait de 20h à 21 h, avec 13 par heure, puis une diminution progressive tout au long de la nuit. **Le samedi, de midi à 18h, 9 affaires étaient traitées par heure puis 6,5 de 18h à 20h. Les dimanches et jours fériés, on retrouvait : 13,5 affaires à l'heure le matin, puis 8,5 affaires à l'heure « entre midi et deux », enfin 5,5 affaires à l'heure de 14h à 20 h.**

L'étude montrait que les **ruraux avaient plus souvent recours au Centre 15** que les urbains (1/3 de ruraux qui représentaient 44% des affaires), de même que l'on identifiait une **surreprésentation des nourrissons**.

Les différents motifs de recours de la PDS étaient très variés mais plus de 60% d'entre eux étaient constitués par les **syndromes infectieux ORL et pneumologiques (15%)**, les **troubles digestifs (14%)**, la **fièvre (13%)**, la **douleur abdominale (10%)** et les **douleurs diverses (sauf douleur thoracique) (10%)**.

Lors de cette enquête, les décisions ont donné lieu à des **consultations médicales** le plus souvent (62%), ou des **conseils médicaux (28%)**. On constate des différences par rapport aux chiffres annuels du CRRA (donnés ci-avant), avec une surreprésentation des consultations par rapport aux conseils médicaux. Cette différence s'explique probablement

par le fait que chaque régulateur, en fonction de sa formation et de son expérience, privilégie ou non l'avis d'un effecteur de terrain.

(2) L'activité des médecins d'astreintes

Chaque année l'URCAM publie son observatoire de la PDS. Nous nous servirons donc des données de l'année 2008 pour évaluer l'activité durant la PDS [43]. Les chiffres du département seront volontairement notés en gras pour une meilleure lisibilité.

En Limousin, 32 708 astreintes ont été rémunérées en 2008 (soit une hausse de 1,7% par rapport à 2007) à 590 médecins généralistes volontaires, soit 67% de l'ensemble des médecins généralistes de la région.

L'implication des médecins dans la PDS est globalement bonne puisque plus de la moitié d'entre eux y participent. Le tableau 10 indique que la participation des médecins est moindre en Haute-Vienne que dans les deux autres départements de la région. De même la part d'astreinte sans acte est supérieure.

Tableau.10 : Implication des généralistes dans la PDS en 2008

	Nombre de généralistes	% de généralistes	Nombres d'astreintes	Part des astreintes sans acte
Haute-Vienne	285	59%	13 475	54,3%
Limousin	590	67%	32 708	50%

Source : URCAM du Limousin.

En Limousin, **une astreinte sur deux réalisées en 2008 n'a donné lieu à aucun remboursement d'acte** au professionnel de santé concerné : 10% d'astreintes de dimanche sans acte, 70% d'astreintes de milieu de nuit, 55% d'astreintes de nuit, 59% d'astreintes totales (de 20h à 8h) sans acte. Il paraît cependant important de noter que, seul le régime général est en possession de la liste des médecins d'astreinte et que cette liste est souvent modifiée sans être réactualisée. De plus, les astreintes étant payées 2 à 3 mois après leur réalisation, le dénombrement n'est peut-être pas exhaustif.

Tableau.11 : Répartition des astreintes dans la région en 2008

	Corrèze	Creuse	Haute-Vienne	Limousin
Permanence de dimanche et férié de 150 € (PRD)	1 919	860	1 902	4 752
Permanence de milieu de nuit 0-8h de 100 € (PRM)	228	1	281	205
Permanence de nuit 20h-0h de 50 € (PRN)	230	1	280	214
Permanence totale de 12h de 150 € (PRT)	10 923	5 933	11 012	26 993

Source: URCAM du Limousin

On peut remarquer qu'il y a peu de codes PRM et PRN en Haute-Vienne, ces derniers n'étant qu'assez peu utilisés, soit parce que les médecins effectuent des gardes non régulières, soit parce qu'ils ne cotent pas des actes régulés (Cette cotation reste ponctuelle en Creuse alors qu'elle est habituelle en Corrèze). La seconde option semble être plus réaliste car la quasi-totalité des médecins effectuent des astreintes régulières.

Le nombre moyen d'astreintes effectuées en Limousin est de 55, avec une répartition de 68,9 pour la Corrèze, 53 pour la Creuse et **47,3 pour la Haute-Vienne.**

Tableau.12 : Implication des médecins généralistes de la Haute-Vienne dans la PDS

nombres d'astreintes	1 à 39	40 à 79	80 à 119	120 à 199	plus de 200
nombre de médecins impliqués	124/224	125/232	29/98	7/34	0/2
pourcentage de médecins impliqués	44%/38%	44%/39%	10%/17%	2%/6%	0/0%

Source URCAM du Limousin.

On constate que la très grande majorité des généralistes effectue entre 1 et 80 gardes par an et au vu des chiffres de la région, notés en rouge dans le tableau, moins que leurs confrères corréziens ou creusois.

La répartition de ces astreintes sur les jours de la semaine donne des indications sur le fonctionnement de la PDS. Elle est représentée dans le tableau n°13.

Tableau.13 : Répartition des astreintes selon les jours, en Haute-Vienne

	Haute-Vienne		Limousin	
	Nombre	Pourcentage	Nombre	Pourcentage
Dimanches, Fériés	3 820	28%	9 354	29%
Samedis	1 608	12%	3 909	12%
Semaine	8 047	60%	19 445	59%

Source : URCAM du Limousin

La répartition des astreintes est quasiment identique dans les trois départements avec environ **40% de week-end et férié et 60% de jours de semaine.**

L'observatoire de la PDS de L'URCAM a également étudié le « profil » des bénéficiaires de soins lors de la PDS. Il en ressort que sur les 30 928 bénéficiaires **45% sont des hommes et 55% des femmes** (ce qui est à peu près comparable au sex-ratio de la population limousine).

La répartition des bénéficiaires selon les départements semble indiquer une consommation de soins plus importante en Corrèze avec 42% de bénéficiaires de soins alors qu'ils ne représentent que 33% de la population limousine. La Creuse est « justement » représentée avec 19% de la consommation de soins pour 17% des limousins. Enfin **la Haute-Vienne « sous consomment » avec 40% des soins alors qu'elle représente 50% de la population totale de la région.** Ces variations peuvent probablement s'expliquer par différents phénomènes, comme la proximité plus importante en Haute-Vienne des services d'accueil d'urgence entraînant un recours moins important au médecin libéral d'astreinte. De plus, l'absence de régulation libérale en Corrèze, lors de cette étude, a probablement tenu un rôle dans cette différence.

L'étude de la répartition, selon le sexe et l'âge, des bénéficiaires de la PDS permet de constater que ce sont les deux extrêmes de la vie qui ont le plus recours aux soins avec un patients sur six ayant moins de 5 ans et un sur trois plus de 65 ans. De même les femmes sont un peu plus nombreuses que les hommes. La répartition par sexe et âge des bénéficiaires de la PDS est représentée dans le tableau 14:

Tableau.14 : Répartition par sexe et âge des bénéficiaires de la PDS

Classe d'âge	Bénéficiaires de la PDS				Population du limousin	
	Hommes	Femmes	Ensemble	%	Nombre	%
0-4 ans	2 227	2 362	5 089	16,50%	35 927	5%
5-9 ans	1 248	1 155	2 403	7,80%	35 763	4,90%
10-14 ans	623	470	1 093	3,50%	35 418	4,90%
15-19 ans	489	565	1 054	3,40%	39 244	5,40%
20-24 ans	406	688	1 094	3,50%	39 924	5,50%
25-54 ans	3 549	4 941	8 490	27,50%	282 027	38,90%
55-59 ans	660	661	1 321	4,30%	54 718	7,50%
60-64 ans	551	538	1 089	3,50%	36 251	5%
65-74 ans	1 000	1 136	2 136	6,90%	76 551	10,60%
75-84 ans	1 612	2 175	3 787	12,20%	67 095	9,30%
85 ans et plus	1 080	2 292	3 372	10,90%	22 080	3%
TOTAL	13 945	16 983	30 928	100%	724 998	100%

Source: URCAM du Limousin

Enfin le dernier volet de l'observatoire étudie l'activité des médecins généralistes pendant la PDS. Rappelons que l'avenant n°4 à la convention des médecins relatif à la PDS a nécessité la création de nouvelles majorations pour les actes régulés (appel au centre 15):

- VRN et CRN pour les majorations de 20h à 0h et de 6h à 8h,
- VRM et CRM pour les majorations de 0h à 6h,
- VRD et CRD pour les majorations de dimanches et jours fériés.

Les majorations de déplacement pour visite justifiée :

- MDN : Majoration de déplacement Nuit de 20h/0h et 6h/8h,
- MDD : Majoration de déplacement dimanche et jour férié,
- MDI : Majoration de déplacement Nuit de 0h/6h, ne peuvent pas se cumuler

avec les nouvelles majorations (VRN, VRM ...) et sont utilisées en l'absence de régulation.

Le tarif de la majoration de dimanche et jour férié F (19,06 euros) est applicable à partir du samedi midi uniquement pour les consultations au cabinet réalisées par le médecin généraliste de garde.

Les deux tarifs de majoration de nuit sont :

- MN : 20h à 0h et 6h à 8h,
- MM : 0h à 6h.

L'ensemble des actes majorés ont été retenus, qu'ils soient effectués par des médecins inscrits sur les tableaux de garde ou pas.

Tableau.15 : Totalité des actes majorés en 2008

Actes majorés	Haute-Vienne	Limousin
ADC de férié	2	5
ADE de férié		
ADI de férié		
ATM de férié		
C de nuit	4 490	4 913
C de férié	9 307	11 641
CRD	1 818	8 163
CRM	241	508
CRN	353	1 483
K de nuit	1	1
K de férié		
KC de férié	2	2
MDD	5 738	7 798
MDI	1 492	1 810
MDN	4 801	6 045
MM	284	307
V de nuit	135	269
V de férié	497	851
VRD	5 724	12 583
VRM	2 188	4 383
VRN	3 645	7 744
TOTAL	40 718	68 506

Source URCAM du Limousin

Pour plus de lisibilité du tableau, la correspondance des actes est la suivante : ADC : acte de chirurgie ; ADI : acte d'imagerie (hors échographie) ; ATM : actes techniques médicaux (hors imagerie) ; K : acte de spécialité ; KC : K chirurgical.

On constate **qu'une partie non négligeable des actes effectués en Haute-Vienne est encore cotée comme s'ils n'étaient pas régulés**, alors que la très large majorité des médecins d'astreinte effectuent des gardes régulées. En effet, en Haute-Vienne, seulement 1 acte sur 3 est remboursé avec les « nouvelles majorations » (en Creuse, par contre, le taux est estimé

à 85%). Cela signifie que l'Assurance Maladie rembourse des actes cotés « hors convention », pour un montant total moindre. Le coût est donc sous-estimé.

Sur l'année 2008, 725 médecins de la région ont réalisé des actes majorés alors que 590 médecins sont volontaires (inscrits aux tableaux de permanence). **82% des médecins généralistes participent donc à la permanence des soins alors que seuls 67% sont volontaires.**

Tableau.16: Nombre de généralistes assurant la PDS en 2008

	Nombre de secteurs	Méd. généralistes avec au moins 1 acte majoré		Méd. généralistes volontaires
		Nombre	%	
Corrèze	32	224	82%	193
Creuse	15	121	93%	112
Haute-Vienne	32	380	79%	285
Limousin	79	725	82%	590

Source : URCAM du Limousin

On peut signifier que tous les remplaçants effectuant des astreintes ne sont pas comptabilisés dans le panel des volontaires identifiés par l'Assurance Maladie. En effet, ils réalisent les gardes en leur nom propre mais les ordonnances qu'ils rédigent sont celles de leurs confrères qu'ils remplacent. L'Assurance Maladie n'a en a donc pas de trace. Une étude menée au sein de différentes régions par plusieurs syndicats locaux de remplaçants est en train d'évaluer la part prise par les remplaçants dans la PDS. Nous verrons plus loin que leur participation pourrait être un facteur important dans la mise en place d'un nouveau dispositif de PDS en Haute-Vienne.

(3) Le coût de la PDS

Enfin le dernier volet de l'étude évalue le coût de la PDS en Haute-Vienne. Les coûts regroupent deux parties, qui sont : l'effectif, c'est-à-dire le coût des astreintes et remboursements effectués durant la PDS et la régulation, c'est-à-dire les indemnités versées aux régulateurs. Les frais de transports ne sont pas comptabilisés. Nous n'avons pas retrouvé de données concernant le coût des transports sanitaires durant les heures de PDS, tant au

niveau de l'Assurance Maladie, de la DRASS que de la MRS. Le biais, que l'on pourra retrouver dans les données à suivre, est le coût des prestations qui est considéré pour les bénéficiaires du département et non pour les effecteurs. Il se peut donc que l'on retrouve dans le tableau des actes dont ont bénéficié des haut-viennois dans une autre région.

Tableau.17 : Coût de la PDS et en Haute-Vienne et en Limousin en 2008

	Effectifion		Régulation		Total
	Astreintes	Remboursement	Risque	FICQS	
Haute-Vienne	1 979 200	2 170 526	387 222	54 534	4 591 482
Limousin	4 829 600	3 706 694	494 792	58 622	9 090 708
Hors Région		186 343			

(Les montants sont exprimés en euros) Source : URCAM du Limousin.

Le fond FICQS intervient pour financer les indemnités des régulateurs pour les samedis de midi à 20 h. Le coût total de la PDS, en incluant les remboursements faits à des limousins ayant consulté hors région, est de **9 277 051 euros**. Il est intéressant de remarquer que le coût théorique de la PDS, en ce qui concerne le paiement des astreintes, est plus important que les sommes versées par l'Assurance Maladie. Cela signifie que certains médecins ne sont pas indemnisés pour les astreintes qu'ils effectuent.

Afin d'avoir une évaluation plus juste de cette étude menée par l'Assurance Maladie, il faut rappeler que les données exploitées sont celles du régime général (y compris les sections locales mutualistes pour MFP Services et MGEN), du régime agricole et du régime social des indépendants. De plus, certains médecins interviennent dans plusieurs départements. L'ensemble des actes majorés y compris ceux des médecins hors département, a été extrait du processus de comptage, pour avoir l'exhaustivité des patients de la région ayant eu recours aux soins pendant la permanence des soins. Enfin, les systèmes d'information ne permettant pas de différencier, pour une date donnée (notamment pour les astreintes de nuit réalisées en semaine), les actes relevant de la période d'astreinte ou de la journée précédant ou suivant celle-ci : le choix a été fait de lier tous les actes réalisés à la date de l'astreinte à celle-ci pour avoir un biais constant.

E. Ses limites

1. Les constats nationaux

Un rapport d'information sur la PDS fait, au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire, a été réalisé en 2008 par le député Ph. BOENNEC [42]. Celui-ci met en avant les difficultés rencontrées par le système de PDS et insiste sur le fait qu'il semblerait de plus en plus délicat de bénéficier d'un égal accès aux soins en France.

Le dispositif de PDS actuel est considéré comme « *hybride et ambigu* ». En effet au système traditionnel de garde, reposant sur une obligation déontologique individuelle (ancien article 77 du code de déontologie médicale : « *c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit* ») et faisant une large place à la continuité des soins à l'égard de la propre "patientèle" du médecin, s'est substitué « **une obligation collective reposant sur le volontariat individuel des médecins** » (article R.6315-4 du code de la santé publique). Comme elle est assurée « *en liaison avec les établissements de santé* », elle revêt le caractère d'une mission de service public (en vertu de la loi du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007). Afin de permettre l'exercice de cette mission en cas de défaut de volontariat, il appartient au CDOM de compléter les effectifs ou de saisir le préfet qui peut procéder à des réquisitions.

Dans ce rapport d'information, l'attitude différente de la France par rapport à ses amis européens est mise en avant. Il est souligné que, pour la majorité d'entre eux, la permanence des soins reste une obligation pour les médecins : en Allemagne et en Belgique, tout médecin libéral relevant de l'assurance sociale y est assujetti ; de même, tout médecin employé sous le contrat de service public de base en Espagne doit assurer un minimum de gardes de 50 heures par mois, dont 12 durant les fins de semaine. En Suède, tous les médecins employés par le secteur public, y compris les spécialistes, participent à la fourniture de services de permanence des soins de manière obligatoire ; pour les médecins du secteur privé, qui sont minoritaires, tout dépend du contrat avec le Conseil de comté. En revanche, l'Italie, qui a choisi de professionnaliser la permanence des soins en la confiant à un corps médical dédié, les « *medici di continuità assistenziale* », constitué souvent de jeunes médecins qui choisissent ce mode d'exercice pendant quelques années avant de s'installer (d'où un fort turn-over), et le Royaume-Uni depuis 2005 (délégation de services à

des médecins contractant avec les *Primary Care Trusts*, autorités régionales de santé, à des taux horaires élevés) n'imposent pas une telle obligation à leurs praticiens. En Lituanie, la permanence des soins durant la nuit est assurée exclusivement par le secteur hospitalier, les médecins généralistes en étant déchargés. En Belgique, où l'obligation reste inscrite dans les textes, les mêmes aspirations sociétales des médecins vers un meilleur aménagement de leur temps de travail, se manifestent et se traduisent par une désaffection de la médecine générale classique et une multiplication des exemptions. Une réflexion en vue de la réorganisation de la permanence des soins autour de points de garde postés est donc également en cours dans ce pays.

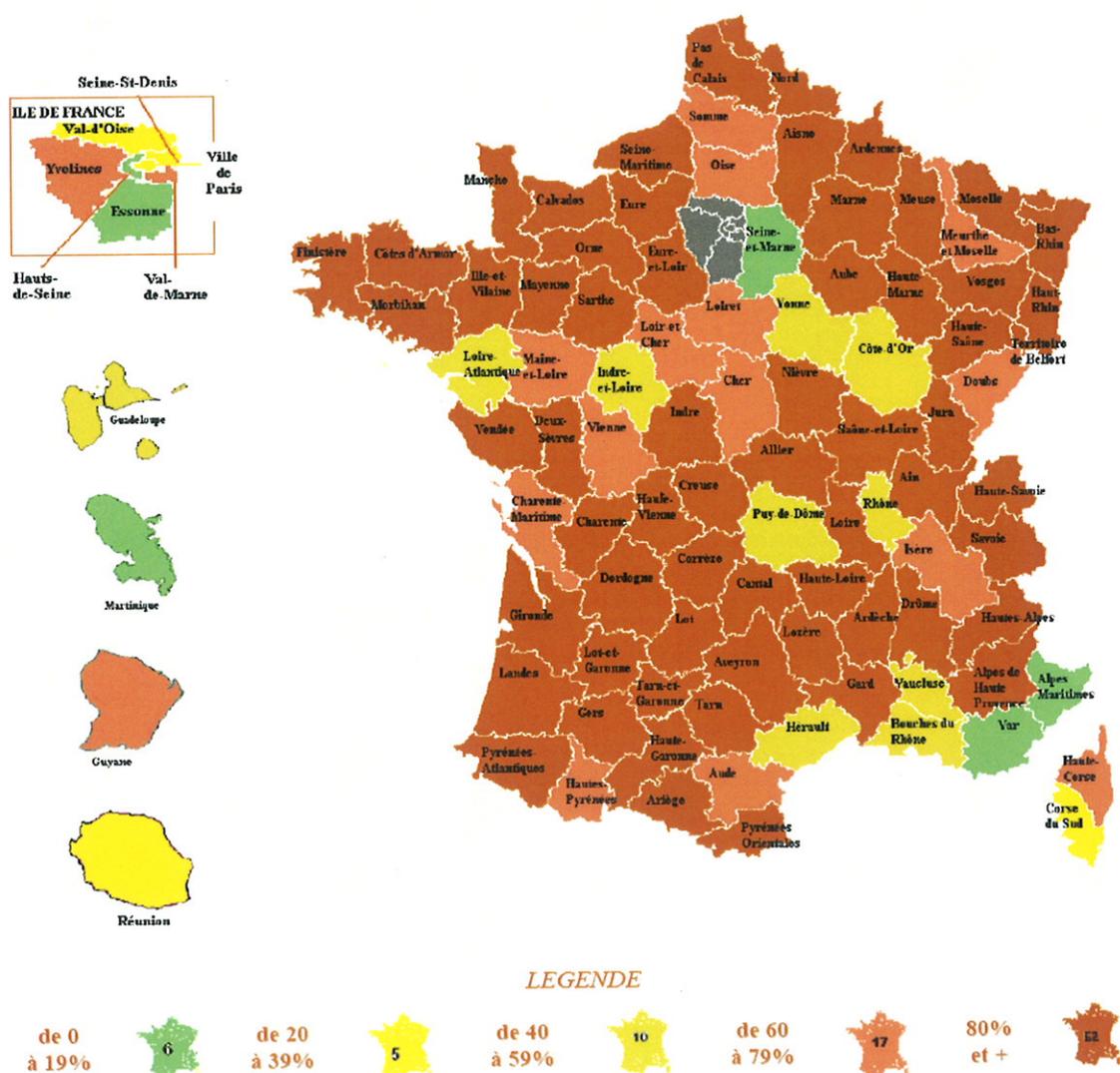
Le rapport souligne **l'inégalité d'accès aux soins** en France en fonction des territoires. En effet cet accès reste variable à l'intérieur d'un département suivant les secteurs et au sein d'un même secteur suivant les différentes périodes considérées (première et seconde parties de nuit, week-end). Le bon fonctionnement du dispositif reste notamment lié à l'historique du secteur, à ses réalités humaines et sociales, à l'implication du CDOM, à l'existence de dirigeants syndicaux volontaires ou à l'aptitude des médecins à s'organiser et à se fédérer autour d'un projet de territoire. Il est cité le cas de la Mayenne et du Calvados, où le travail de réorganisation de la permanence des soins s'est prolongé en un projet de territoire sur la structuration de l'offre de premier recours avec la signature d'une charte régionale partenariale encadrant l'offre de soins ambulatoire.

Cependant, selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins [44], **le pourcentage de volontaires est supérieur à 60 % dans 75 % des départements**. Malheureusement ces chiffres ne sont que des moyennes, et les différentes « techniques » utilisées par les conseils départementaux pour compléter le tableau de garde sont parfois éloignées d'un réel volontariat !

Ce rapport insiste également sur **le désengagement plus marqué dans les zones urbaines, qui sont déjà couvertes par des associations spécialisées (type SOS Médecins)** et par une offre hospitalière assez dense. De plus, des problèmes de sécurité accentueraient ce désengagement. Alors même que les astreintes y sont plus fréquentes et donc plus pénibles compte tenu du nombre réduit de médecins, le taux de participation est paradoxalement plus fort dans les secteurs ruraux.

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a réalisé une carte illustrant cette situation : les plus faibles pourcentages de volontaires se trouvent en Ile-de-France et dans une majorité des départements du littoral méditerranéen. Cette faible participation fait aussi tâche d'huile dans certains départements situés à la limite ou à la périphérie du Bassin Parisien, tels l'Yonne ou la Seine-et-Marne, qui sont de surcroît désormais confrontés à une démographie médicale déclinante. Le CNOM a par ailleurs relevé dans sa dernière enquête [44] l'évolution contradictoire de certains départements.

Figure.11: Implication des médecins généralistes dans la PDS, en France, au 1^{er} janvier 2009



Source : CNOM

Par ailleurs, la forte mobilisation des médecins dans un grand nombre de départements ruraux ne doit pas occulter le caractère fragile de l'organisation dans certains secteurs, compte tenu du nombre réduit et/ou du vieillissement des médecins y exerçant. Ainsi, des secteurs qui n'apparaissent pas aujourd'hui comme des « zones noires » pourraient le devenir en l'espace de quelques années, le non-remplacement d'un médecin rendant le rythme des astreintes trop élevé.

Selon l'étude réalisée par les Unions Régionales des Caisses d'Assurance-Maladie sur la permanence des soins en France métropolitaine **en 2006, un secteur sur 5 comptait moins de 6 médecins généralistes**, soit 479 secteurs sur les 2 586 de 1^{ère} partie de nuit, et 80 % de ces secteurs étaient situés en milieu rural. Le nombre de secteurs concernés doublerait quasiment si l'on excluait les médecins âgés de 55 ans et plus, qui prendraient leur retraite d'ici 10 ans : 36 % des secteurs comporteraient moins de 6 médecins âgés de moins de 55 ans. La situation est plus préoccupante dans sept départements, dans lesquels la moitié ou plus des secteurs ont moins de six médecins de moins de 55 ans : le Cantal, la Lozère, la Nièvre, la Corse du Sud, l'Ardèche, les Alpes de Haute-Provence et le Lot. Cependant d'autres départements ne figurant pas dans cette liste pourraient rencontrer d'ici cinq ans des difficultés, peut-être plus ciblées mais bien réelles, dans certains secteurs.

Mr BOENNEC pointe du doigt la vision départementale qu'il n'estime « *pas toujours pertinente* » car certaines zones favorisées coexistent avec des zones noires au sein d'un même département. Il considère que le taux de volontariat départemental n'est pas révélateur à lui seul du bon fonctionnement de la permanence des soins ambulatoire : tout dépend également de l'existence de relais (proximité de structures hospitalières publiques ou privées ; couverture par *SOS Médecins* qui joue un rôle incontournable dans les villes et leurs agglomérations, notamment en seconde partie de nuit...) et des caractéristiques et besoins de la population (personnes âgées, présence d'établissements pour personnes handicapées...).

L'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état de la PDS en janvier 2009 [44] met en avant une stabilité de l'implication des généralistes dans le dispositif de PDS avec des résultats exprimés de la manière suivante :

	OUI	NON	
Le conseil départemental reçoit-il des listes complètes de médecins participant à la permanence des soins, par secteur ? ⁽¹⁾	78	1	
Nombre de secteurs où le nombre de médecins couvrant la garde est ≤ à 10 médecins ?	1147		
Le conseil départemental a-t-il dû intervenir pour compléter le tableau ?	45 ⁽²⁾	54	Non communiqué : 1 dépt
Y est-il parvenu ?	25	20	
Y a-t-il eu des réquisitions préfectorales en 2008 ?	34 ⁽³⁾	64	Non communiqué : 2 dépts

(1) ont été intégrées comme réponses positives les situations dans lesquelles l'incomplétude était marginale ;

(2) ce chiffre correspond aussi aux situations d'incomplétude marginale nécessitant une intervention ;

(3) y compris les cas où une seule réquisition a été effectuée.

Source : CNOM

Là où les carences du tableau sont les plus criantes, en raison d'une absence de volontariat généralisé, les préfets n'ont pas ou peu réquisitionné et ont laissé en l'état des secteurs et des tableaux incomplets! On peut alors se demander, légitimement, comment est géré l'activité ?

L'enquête révèle donc « *un essoufflement du volontariat* ». L'engagement des médecins généralistes dans la permanence des soins resterait une réalité incontournable, rappelons que le taux de volontaires est supérieur à 60% dans 75% des départements, mais serait fragilisé par une démographie médicale en danger et une reconnaissance encore insuffisante de la mission de service public assurée par les médecins généralistes. A cela s'ajoute, dans certains cas, l'absence de réponse aux attentes des médecins en matière d'organisation et de financement.

Le CNOM s'inquiète de voir l'Assurance Maladie refuser de payer certaines astreintes aux horaires d'extension de la PDS (telles qu'elles sont définies dans l'avenant n°27 de la Convention). De plus un médecin victime d'un grave accident durant sa garde se voit refuser l'indemnisation, on peut donc légitimement se demander si la PDS est réellement une mission de service public.

Cependant, quelques réserves sur les chiffres avancés doivent être formulées. En effet, « *les pourcentages de volontaires par département constituent des moyennes avec de fortes disparités entre les secteurs urbains et les secteurs ruraux où les solidarités confraternelles s'expriment plus fortement* ». Ces pourcentages ont pour base le nombre total de médecins généralistes inscrit au Tableau de l'Ordre or un certain nombre d'entre eux n'ont pas réellement une activité de médecine générale. Enfin l'enquêteur précise que « *ces chiffres sont réducteurs et ne peuvent en aucun cas refléter la disponibilité dont les médecins font preuve, en dehors de la permanence des soins organisée, pour assurer la continuité des soins à leurs patients. Ceci est de nature à expliquer, en partie, l'absence d'incidents en des lieux où une organisation officialisée n'est pas connue* ».

Il est également difficile de comparer la participation aux gardes dans des secteurs ne comportant que 4 ou 5 médecins et dans des secteurs de 30 médecins ; la situation est aussi différente dans les secteurs assurant la permanence des soins de 20h à minuit ou toute la nuit. 42 % des secteurs comptent moins de 10 médecins et 20 % moins de 5. Ces petits secteurs constitués entre médecins qui se connaissent tous fonctionnent parfaitement bien actuellement ; cependant, leur avenir est compromis faute de nouvelles installations et, ou si de nouvelles organisations (compte tenu de l'âge moyen des médecins) ne se mettent pas en place à court ou moyen terme pour les attirer.

Une enquête, menée par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins du ministère de la santé, recensait 4539 réquisitions sur la période d'août 2006 à mars 2007 et révélait que dans les départements où la réquisition a été utilisée, il y en a eu en moyenne 15 par mois, moyenne qui a sensiblement baissé par rapport à la période mars/juillet 2006 (26 réquisitions par mois et département). Les deux tiers des réquisitions ont été prises pour la couverture des secteurs de nuit profonde. Selon Mr BOENNEC « **la réquisition se révèle un outil inadapté à la résolution de situations structurelles. Source de contentieux et nécessitant parfois la mobilisation des forces de l'ordre, elle reste en outre d'un maniement très délicat, qui peut compromettre tout dialogue avec les professionnels de santé pour l'avenir et faire voler en éclat le peu de volontariat qui reste dans les secteurs voisins. Elle est notamment très mal vécue par les professionnels exerçant en milieu rural car elle est exclusivement faite auprès des seuls médecins du secteur concerné et épargne donc souvent leurs confrères de ville, qui n'ont pas les mêmes contraintes et sont rarement volontaires** ».

Par ailleurs, aux « zones noires » dans lesquelles les tableaux de garde sont incomplets, s'ajoutent certaines zones où ont été exprimées des difficultés à joindre le médecin d'astreinte. S'agit-il là d'erreur volontaire, nous n'avons pas retrouvé de statistiques sur ces « dysfonctionnements ». Comme le souligne le rapport du docteur Jean-Yves GRALL d'août 2007 [45], cet aléa crée un doute dans les centres de régulation des appels, puis *in fine* au sein de la population. Le président de *SAMU de France* a également évoqué les incertitudes soulevées par la reprise de plusieurs secteurs par des structures de type *SOS Médecins*, en particulier en nuit profonde, lorsque ces dernières ne font pas parvenir de listes nominatives de médecins aux centres 15 et qu'aucun médecin de *SOS* n'est joignable pour intervenir dans un secteur donné. Dans ces conditions, les régulateurs ont parfois des doutes sur le nombre de médecins disponibles dans ces secteurs et leur réel degré de disponibilité.

Ces aléas de l'organisation de la PDS ont probablement conduit, dans certains secteurs, à **un recours direct des patients aux services d'urgences**. Rappelons encore que le coût n'est plus le même.

Le manque d'effecteurs entraîne aussi des problèmes pour la réalisation des actes médico-administratifs comme les certificats de décès – parfois effectués par défaut par des équipes du service mobile d'urgence et de réanimation – le déroulement des gardes à vue, ou les interventions psychiatriques (certificat médical pour hospitalisation à la demande d'un tiers en hôpital psychiatrique). Si ces interventions ne relèvent pas à proprement parler de la permanence des soins, mais constituent davantage des actes médico-administratifs répondant à des circuits financiers différents, elles correspondent cependant à un besoin de médecin de la population, auquel il faut impérativement répondre, sans attendre la réouverture des cabinets médicaux.

Selon l'enquête annuelle du CNOM, **dans un secteur sur trois, la permanence des soins assurée par des médecins de ville s'arrête à minuit**, le secteur hospitalier prenant alors le relais. Dans certains secteurs, la permanence des soins ambulatoire s'arrête même parfois à 23h (une décision du tribunal administratif de Dijon datée du 15 novembre 2007 n'admet cependant ce report que lorsqu'il est explicitement motivé et ne représente pas une charge disproportionnée pour les services d'urgence).

L'implantation des **maisons médicales de garde** a souvent été avancée comme une des réponses aux difficultés de la PDS. Elles étaient au nombre de 238 au 1^{er} janvier 2008 [43]. Leur répartition sur l'ensemble du territoire national n'est pas uniforme, avec une large majorité des sites au nord-ouest du pays. Dans 62 % des cas, elles sont situées dans un établissement de santé (service d'urgences d'un centre hospitalier, clinique, hôpital local, EHPAD). Mais comme l'a souligné Mr. GRALL, elles ne peuvent désengorger les services d'urgence que si leur fonctionnement est en interaction avec celui de l'établissement hospitalier et qu'une organisation précise et intégrée a été mise en place dans le fonctionnement des services d'urgence. Le système actuel de tarification à l'activité (T2A) n'incite en effet pas à réorienter spontanément des patients vers une maison médicale de garde (26% des maisons médicales de garde sont isolées en milieu urbain et 12 % le sont en milieu rural).

Selon le rapport d'information de Mr BOENNEC, le développement des maisons médicales de garde s'est heurté à plusieurs écueils : « *l'absence de visibilité sur le cofinancement de ces structures* », un nombre de projets et de médecins prêts à s'investir encore insuffisant malgré les attentes, parfois pressantes, des élus locaux ! A cela s'ajoute le non remboursement par l'Assurance-Maladie des transferts de patients ne pouvant se déplacer vers ces structures (notamment dans les secteurs ruraux très étendus).

La régulation est, de l'avis du plus grand nombre, devenue le pilier actuel et à venir, d'une organisation efficace et pérenne de la PDS. Mais, là encore, certains constats noircissent le tableau. En effet le nombre d'appels dans les CRRA n'a fait que croître ces dernières années et les moyens mis en œuvre pour leur fonctionnement semblent encore insuffisants. On peut également déplorer le statut encore flou des PARM ainsi que les difficultés que peuvent rencontrer les régulateurs qui n'ont pas accès au dossier-patient et n'ont donc pas d'information sur les antécédents de celui-ci. Enfin la continuité des soins fait parfois défaut car les médecins traitants sont informés tardivement des soins prodigués à leurs patients durant la PDS.

Un écueil supplémentaire au dispositif actuel est le **recours grandissant au SDIS** pour des actes ne relevant pas de leurs missions propres. Un comité quadripartite, réunissant les représentants des sapeurs-pompiers, des services d'Aide Médicale Urgente et des ministères de la Santé et de l'Intérieur, a défini en 2007 un référentiel commun sur le partage des

responsabilités dans l'exercice des missions de secours à personne et un rapport interministériel s'est penché sur les relations entre les centres d'appel du 15 et du 18. Ce dernier a estimé que la qualité et l'effectivité du partage des données étaient plus importantes que le mode d'organisation (plates-formes communes ou non). Il n'est pas possible d'éluder le rôle joué par les sapeurs-pompiers dans l'organisation de la permanence des soins, ces derniers bénéficiant d'un maillage territorial dense, leur permettant d'intervenir dans des zones rurales isolées, ainsi que d'une parfaite connaissance de ces territoires et d'une reconnaissance de la population. Encore faut-il que ces interventions s'inscrivent dans un cadre organisé, en liaison avec les autres acteurs de la permanence des soins et avec les autres missions des SDIS.

Comme nous l'avons vu précédemment le coût de la PDS reste élevé pour un service à la population parfois jugé insuffisant.

De plus ce dispositif de PDS est inscrit dans un contexte de démographie médicale défavorable (cf. Chapitre sur la démographie médicale) et des évolutions sociétales fondamentales. Les jeunes médecins semblent peu enclins à travailler comme leurs aînés à l'heure des « 35 heures ». De plus, les libéraux ont récemment découverts la notion de « repos de sécurité » venue de leurs confrères hospitaliers.

L'organisation de la permanence des soins ambulatoire est aussi mise à mal par la **désaffection dont souffre la médecine générale**, malgré son nouveau statut de spécialité et la création récente d'une filière universitaire. Cette désaffection est illustrée tout d'abord par le nombre élevé de postes non pourvus à l'issue de l'examen classant national, résultant de l'excès de postes offerts par rapport au nombre effectif de candidats et des possibilités de non-validation du second cycle d'études médicales. De plus, le système universitaire offre certaines possibilités de formation complémentaire et de réorientation vers une médecine plus spécialisée grâce à une inscription en diplôme d'études spécialisées complémentaires dès la fin du cursus initial de médecine générale. **Tous les diplômés de médecine générale n'exerceront donc pas la médecine de premier recours.**

Quelques pistes pourraient être envisagées pour pallier à la désaffection dont souffre la médecine de premier recours : favoriser l'accès à la formation (individuelle ou collective) à la gestion du stress, simplifier les contraintes administratives des médecins généralistes débordés par l'augmentation de la charge de leur travail.

Le «statut social» du médecin généraliste omniscient semble avoir évolué vers celui d'un professionnel soumis régulièrement aux évaluations de la part des politiques et des usagers. Ce changement, somme toute assez radical dans un secteur libéral très attaché à sa liberté d'exercice, est susceptible de majorer l'effet "burn-out" d'une proportion non négligeable des médecins généralistes

Selon l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé, une partie importante des omnipraticiens recensés ont une activité autre que la médecine générale. Bien que recensés comme omnipraticiens, ces médecins sortis de l'exercice libéral classique ne participent pas à la permanence des soins ambulatoire. **Seule la moitié des omnipraticiens aurait une activité effective en médecine générale libérale de premier recours.**

Par ailleurs, les étudiants et internes en médecine sont de moins en moins attirés par l'exercice libéral, qui est perçu comme contraignant, et qu'ils connaissent mal, l'essentiel de leur cursus se déroulant à l'hôpital.

Si l'offre de soins pour assurer la permanence des soins ambulatoire risque de se tarir au cours des prochaines années, la demande de soins risque au contraire d'augmenter, à la fois sous l'effet d'une évolution des comportements et d'une croissance objective des besoins en rapport avec le vieillissement de la population.

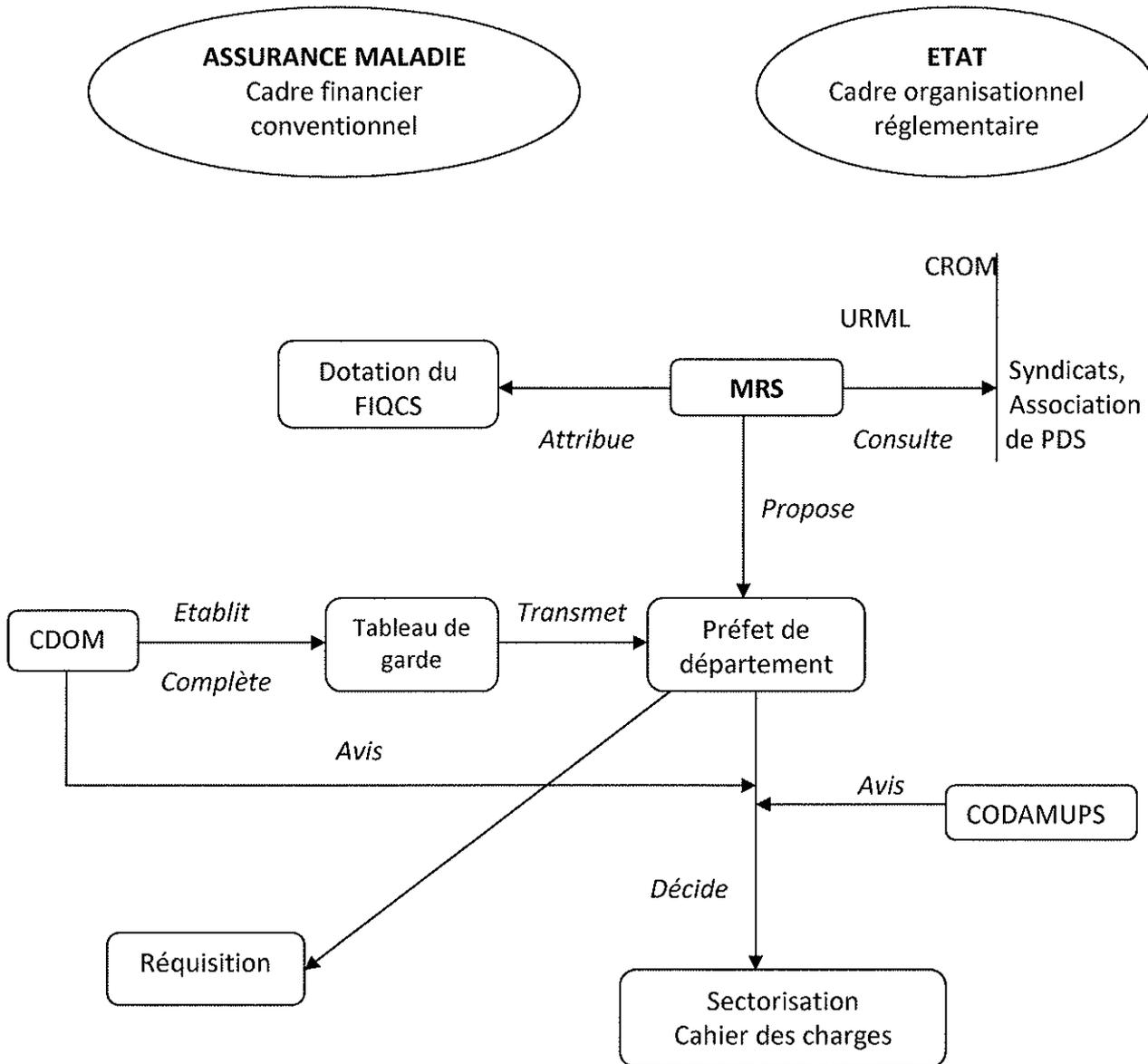
*« Au-delà de ce contexte défavorable, les difficultés rencontrées dans l'organisation de la permanence des soins sont dues à des problèmes intrinsèques, liés à la **complexité de son pilotage, fragmenté entre de multiples intervenants** et marqué par une dichotomie très forte, entre l'Etat, en charge de l'organisation opérationnelle de la permanence des soins, en collaboration avec les conseils départementaux de l'Ordre des médecins et l'assurance maladie, responsable de son financement. La complexité et la lourdeur de ce dispositif sont à la fois sources de blocages et de confusion dans le rôle des acteurs »*souligne Mr BOENNEC en s'appuyant sur le rapport de Mr GRALL.

On ne peut que constater la multitude des intervenants dans ce dispositif de PDS. Selon Mr GRALL [45], « **la dualité entre un responsable sans levier financier et un financeur**

sans responsabilité opérationnelle ne permettrait pas de garantir la pérennité et la fiabilité du dispositif ».

La figure ci-après tente de synthétiser le dispositif opérationnel de la PDS, avec tous ces intervenants.

Figure.12 : Le dispositif français de PDS



Source : Rapport GRALL. JY,2006.

2. Les limites propres à notre département

Aux constats nationaux sur les dysfonctionnements intrinsèques de la PDS, chaque région et même chaque département présente des particularités en rapport avec de nombreux facteurs tels que l'offre de soins locale, les caractéristiques démographiques, les originalités culturelles...

Comme nous le signalons précédemment, la démographie médicale en Limousin et en Haute-Vienne est en danger dans les 5 à 8 prochaines années, même si notre département connaît une crise moindre que d'autres régions françaises. En effet le nombre de médecins généralistes entre 50 et 65 ans est de 59% en Haute-Vienne (57% en Corrèze et 68% en Creuse !). De plus les observatoires de santé régionaux ont constaté un retard à l'installation des jeunes médecins et des départs de médecins d'un certain âge pour le salariat. Enfin la Mission Régionale de la Santé (MRS) du Limousin met en avant deux bassins de vie où la densité médicale est en grande difficulté [46] : il s'agit de Saint Yrieix-la-Perche et autour de Chateauneuf-la-Forêt.

Comme tous les départements ruraux, la Haute-Vienne est confrontée à une « désertification » des campagnes, d'où la nécessité de réfléchir avec les différents acteurs de santé à comment assurer une bonne couverture de tout le territoire avec un égal accès aux soins et comment permettre des conditions d'exercice moins contraignantes afin de maintenir des médecins dans ces zones « médicalement défavorisées ». La MRS du Limousin [45] met en avant différentes réflexions, menées jusqu'alors, qui feraient ressortir la **nécessité d'une activité de PDS moins importante en zone rurale** (c'est-à-dire des gardes moins fréquentes et s'arrêtant à minuit) ; ce qui permettrait, par exemple, à un jeune médecin domicilié en ville d'exercer son activité professionnelle à la campagne avec une certaine flexibilité horaire. Nous nous permettrons de nous interroger sur le réel impact d'une activité de PDS diminuée en zone rurale. Une enquête pourrait être réalisée, en Haute-Vienne, pour connaître (en plus des motifs de non installation globale) les motifs spécifiques de non installation à la campagne.

Il est intéressant de comparer les effectifs des médecins généralistes, en exercice et leurs années de naissance, en fonction de leur secteur d'astreinte.

Tableau.18 : Effectif des médecins généralistes, en fonction des secteurs d'astreintes, au 1^{er} septembre 2009

Secteurs de garde de Haute-Vienne	Nombre de généralistes
1	8
2	7
3	4
4	13
5-5 bis	8
6-8	20
7	9
9	17
10	7
11-015	14
12	8
13	4
14	6
16	7
17	13
18	11
19	5
20	8
21	9
22	8
23	3
24	10
25-26	5
28-30	4
29-31	7
32	7
33	12
34	3
35	4
36-37-38	7
39	223
Total	471

Source : URCAM du Limousin

Sur les 31 secteurs, on en dénombre 8 (soit **1/4**) dans lesquels le nombre de médecins est inférieur ou égal à 5. Ce chiffre passe à 20 (soit 2/3) si l'on compte ceux dont le nombre de médecins est inférieur ou égal à 8. On comprend aisément que la fréquence des astreintes dans ces secteurs puisse être considérée comme trop importante.

**Tableau.19 : Ages des médecins généralistes selon les secteurs d'astreintes, au
1^{er} septembre 2009**

Secteurs de garde de Haute-Vienne	Tranche d'âge médecins généralistes										Total
	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	
1		1		1	1	2	2	1			8
2			1	1	1	2	1	1			7
3					1	1		1		1	4
4				1	4	3	3	2			13
5-5 bis			1		2	2	2	1			8
6-8			1	2	6	4	6	1			20
7		2		3	1	1	1	1			9
9		2	4	1		5	3	2			17
10			1	1	1	2	1	1			7
11-015	1	1	1	1	2	3	3	2			14
12			3	2			2	1			8
13				1	1		1	1			4
14					2	2	1	1			6
16				1	2	2	1	1			7
17			2	1	2	2	5	1			13
18		1	3	4	1	1	1				11
19			1		1		1	2			5
20			2		2	1	3				8
21			1	1	1	1	1	4			9
22			2	4			1	1			8
23							3				3
24			2		2	2	3	1			10
25-26						2	1	2			5
28-30				1	1		2				4
29-31			1			2	3	1			7
32			1	1	1	1	1	1	1		7
33				4	1	2	3	2			12
34						1	1	1			3
35						1	2	1			4
36-37-38					1	2	4				7
39		10	20	19	46	48	54	25	1		223
Total	1	17	47	50	83	95	116	59	2	1	471

Source : URCAM du Limousin.

On constate que plus d'un tiers des secteurs d'astreintes du département ont un taux de médecins généralistes âgés d'au moins 55 ans supérieur ou égal à 50% !

- Le secteur n°23 (Ladignac, La Meyze) ne compte que 3 médecins tous âgés de plus de 55 ans.
- Le secteur n° 34 (Bussière-Poitevine, Mézières sur Issoire) ne compte que 3 médecins dont 2 sont âgés de plus de 55 ans.

- Le secteur n° **35** (Le Dorat) ne compte que 4 médecins dont 3 sont âgés d'au moins 55 ans.
- Le secteur **28-30** (St Germain-les-belles, La Croisille-sur Briance) ne compte que 4 médecins dont la moitié est âgée de plus de 55 ans.
- Le secteur n°**3** (Cognac-la-fôret, St Laurent sur Gorre, Séreilhac) ne compte que 4 médecins dont la moitié est âgée de plus de 60 ans.

Il semble donc évident qu'à court terme, de réels soucis d'organisation vont se faire ressentir dans ces secteurs, comme probablement dans d'autres si les tendances actuelles (désengagement progressif de la PDS, non installation en zone rurale etc.) se poursuivent.

Comme nous l'avons vu précédemment, la population du département est une des plus âgées du territoire national. A cela s'ajoute une préférence culturelle pour le maintien à domicile de personnes dépendantes parfois très âgées qu'elles soient prises en charge en Hospitalisation A Domicile (HAD) ou non. Ces patients ont, de fait, des besoins médicaux plus lourds et plus spécifiques qui ne sauraient disparaître la nuit !

Concrètement, dans notre département : Limoges et son agglomération ne semble pas en péril, il n'en est rien pour certaines zones rurales qui ont perdu leur attrait aux yeux des jeunes médecins et voit leurs « anciens » médecins, fatigués, se désengager progressivement d'une tâche de plus en plus lourde.

LES MODIFICATIONS DE LA PERMANENCE DES SOINS

III. LES MODIFICATIONS DU DISPOSITIF DE PDS

A. *Le temps et les lieux*

Une nouvelle organisation de la PDS a été proposée dans le département, suite à un travail piloté par la DDASS avec l'appui du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins en concertation avec tous les autres partenaires dans le cadre d'une expérimentation [46], dont nous avons cité les modalités précédemment.

Un découpage du département en **12 secteurs** où la PDS serait organisée : **les soirs de 20h à minuit, les samedis de midi à 20h, les dimanches, les jours fériés et les jours de « pont »** ;

➤ Dans les secteurs ruraux : un point fixe de consultation soit au cabinet du médecin soit sur un lieu dédié ;

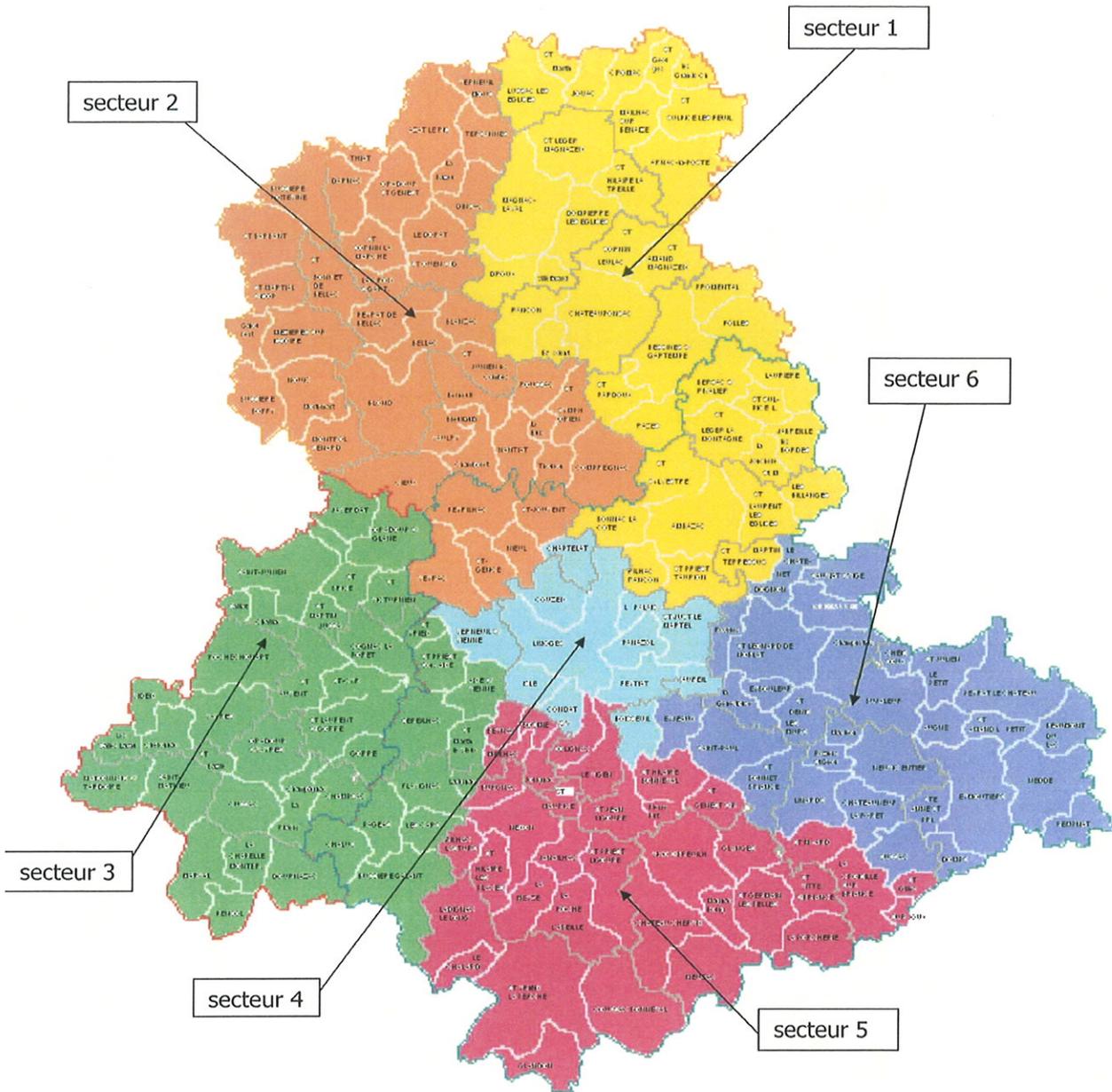
➤ Sur l'agglomération de Limoges : la MMG libérale et 1 ou 2 effecteurs mobiles en fonction des périodes, le cabinet de consultation de SOS MEDECINS (non intégré au tableau d'astreinte). A noter que le secteur de Limoges serait agrandi avec les communes de Couzeix, Isle et Chaptelat.

Ont été définis **6 grands secteurs d'astreintes afin de répondre aux visites dites « incompressibles »** et notamment les visites en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), les actes médico-légaux etc. Ces visites seraient obligatoirement régulées soit par le régulateur libéral soit par le régulateur du SAMU.

Un renforcement du nombre de régulateurs libéraux a été prévu à certaines périodes de l'année (épidémies) par la mise à disposition par l'association gestionnaire d'un quota d'heures.

Il a été proposé une organisation de transport de substitution pour les personnes n'ayant pas de moyen de locomotion pour se rendre au point fixe de consultation (taxis régulés par le CRRA). Les deux cartes suivantes représentent le découpage éventuel du département respectivement pour les effecteurs de visites puis pour les sites de consultations de la première partie de la nuit.

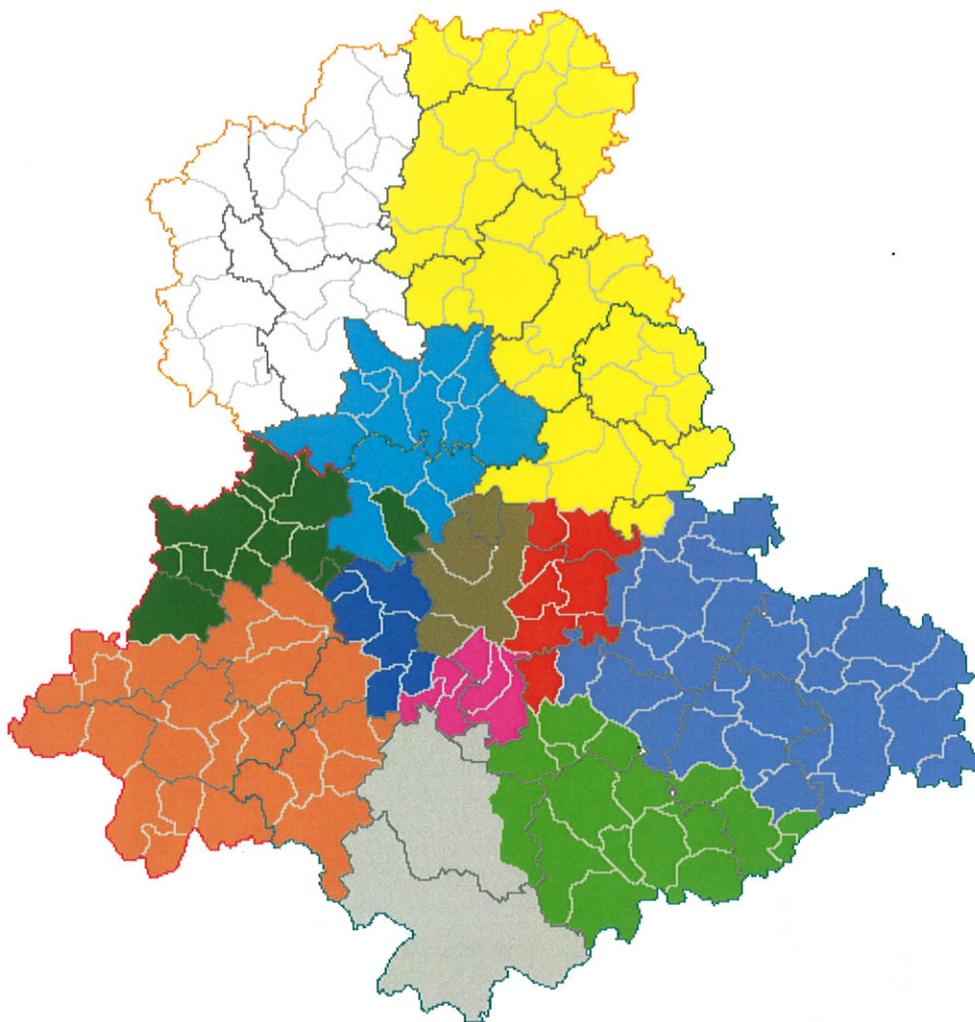
Figure.13 : Carte des nouveaux secteurs proposés pour les « effecteurs volants »



Source : MRS du Limousin.

Cette carte nous permet d'entrevoir de longs trajets pour les médecins de garde, en particulier, s'ils ont à traverser les deux secteurs du nord du département selon leur axe Nord/Sud.

Figure.14 : Carte des secteurs proposés pour les points fixes de consultation de 20h à minuit



Source : MRS du Limousin

En ce qui concerne les sites fixes de consultations, le même constat que précédemment peut être effectué : les distances à parcourir pour consulter le médecin de garde seront importantes (à fortiori dans le secteur nord-est du département). Qu'en sera-t-il du recours direct aux urgences des patients qui se trouveront alors plus proche de Limoges que de leur médecin de secteur ?

B. La rémunération et le financement

➤ Pour les régulateurs libéraux et les médecins effecteurs d'astreintes à leur cabinet, seraient appliquées les règles conventionnelles, soit la rémunération de l'astreinte plus celle des actes.

➤ Pour les effecteurs de la MMG de Limoges les règles conventionnelles seraient également appliquées.

➤ Pour les effecteurs des grands secteurs (sauf pour l'agglomération de Limoges), un forfait "tout compris" a été défini. En effet, il engloberait le paiement de l'astreinte, des actes et des indemnités kilométriques. Le montant avancé est de 3C de l'heure, ce qui correspond à une rémunération de 792 euros si la garde débute à 20h et se termine à 08h le lendemain.

Le financement des transports sanitaires serait effectué au tarif conventionnel sans remise grâce au fonds FICQS.

L'étude expérimentale menée par la MRS du Limousin évalue le coût de la permanence des soins avec la nouvelle organisation à 2 802 380 euros par an. Les tableaux n° 20,21 et 22 détaillent les coûts des différentes prestations :

Tableau.20: Coût évalué de la régulation libérale

soirs et nuits	66 euros x 12 heures x 365 jours	289 080
samedis après-midi	66 euros x 8 heures x 2 régulateurs x 52 jours	54 912
dimanches et jours fériés	66 euros x 12 heures x 2 régulateurs x 62 jours	98 208
« Ponts »	66 euros x 12 heures x 5 jours	3 960
quotas d'heures	66 euros x 6 heures x 20 jours	7 920
	TOTAL	454 080

Source : MRS du Limousin. Les sommes sont exprimées en euros, pour une année.

Tableau.21 : Coût estimé des différents effecteurs sur l'agglomération de Limoges

soirs et nuits	50 euros x 365 jours pour la MMG + 50 euros x 2 effecteurs x 365 nuits + 100 euros x 365 nuits pour SOS	91 250
samedis après-midi	100 euros x 52 jours pour MMG + 100 euros x 52 jours pour les effecteurs	10 400
dimanches et jours fériés	150 euros x 62 jours pour MMG + 150 euros x 2 effecteurs x 62 jours	27 900
« Ponts »	150 euros x 5 jours pour la MMG + 150 euros x 2 effecteurs x 5 jours	2 250
	TOTAL	131 800

Source : MRS du Limousin. Les sommes sont exprimées en euros, pour une année.

Tableau.22 : Coût estimé des effecteurs des autres secteurs

soirs et nuits	50 euros x 365 jours x 11 secteurs pour les effecteurs fixes + 66 euros x 12 heures x 5 secteurs x 365 jours pour les mobiles	1 646 150
samedis après-midi	100 euros x 52 jours x 11 secteurs pour les fixes + 66 euros x 8 heures x 52 jours x 5 secteurs pour les mobiles	194 480
dimanches et jours fériés	150 euros x 62 jours x 11 secteurs pour les fixes + 66 euros x 12 heures x 62 jours x 5 secteurs pour les mobiles	347 820
« Ponts »	150 euros x 5 jours x 11 secteurs pour les fixes + 66 euros x 12 heures x 5 jours x 5 secteurs pour les mobiles	28 050
	TOTAL	2 216 500

Source : MRS du Limousin. Les sommes sont exprimées en euros, pour une année.

C. Particularité et plan de communication

Depuis le 2 février 2009, 2 secteurs ont fusionné pour prendre en compte l'arrêt de la participation à la PDS de 3 médecins pour des raisons de santé, sur le même secteur. La permanence des soins y est assurée par un médecin d'astreinte ; il n'effectue que des consultations à son cabinet pendant les périodes de PDS sauf entre minuit et 08h. Durant cette période (dite de « nuit profonde ») le besoin est couvert par un centre hospitalier. Un système de taxi de substitution y a été mis en place. Cependant une évaluation réalisée

après un mois de fonctionnement a mis en évidence la nécessité d'un effecteur mobile pour répondre aux besoins de la population et notamment dans les EHPAD.

Enfin lorsque le dispositif sera opérationnel la Mission Régionale de Santé a prévu de mettre en place un plan de communication grand public afin d'expliquer : la bonne utilisation du 15, l'organisation de la PDS, c'est-à-dire l'existence d'effecteurs fixes, d'effecteurs mobiles et le recours aux urgences.

Au 1^{er} Octobre 2009 le Ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports n'a toujours pas validé cette expérimentation.

D. Les statuts

Se pose le problème du statut des médecins « effecteurs mobiles » qui effectueront les visites incompressibles durant toute la nuit sur ces nouveaux secteurs agrandis. En effet s'ils sont considérés comme missionnaires du service public et perçoivent, non plus une rémunération à l'acte, mais forfaitaire, il a été avancé l'hypothèse du statut de **collaborateur occasionnel du service public** (le problème deviendra encore plus délicat pour des médecins non libéraux désireux de participer à cette nouvelle PDS).

L'article L311-3 du Code de la Sécurité Sociale [47] définit « *des personnes qui exercent à titre occasionnel pour le compte de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un de leurs établissements publics administratifs, d'une autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale ou d'un organisme privé chargé de la gestion d'un service public à caractère administratif, une activité dont la rémunération est fixée par des dispositions législatives ou réglementaires ou par décision de justice[...]* » pour lesquelles le décret n°2000-35 du 17 janvier 2000 [48] prévoit que « *L'Etat, les collectivités territoriales, les établissements publics administratifs en dépendant et les organismes de droit privé chargés de la gestion d'un service public administratif qui font appel aux personnes mentionnées ci-dessus versent les cotisations de sécurité sociale, la contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale [...]* ».

Les collaborateurs occasionnels sont donc affiliés au régime général de la Sécurité Sociale par détermination de la loi.

En ce qui concerne le calcul des cotisations, pour les collaborateurs occasionnels exerçant par ailleurs une activité non salariée non agricole : la notion d'activité principale est supprimée. Dès lors que le collaborateur occasionnel exerce une activité non salariée par ailleurs, il a la possibilité de regrouper l'ensemble de ses revenus et de cotiser sur l'ensemble auprès du régime des non salariés non agricoles sans avoir à établir que les revenus non salariés non agricoles sont supérieurs à ceux de son activité de collaborateur occasionnel.

**ENQUETE AUPRES DES
MEDECINS
GENERALISTES DE LA
HAUTE-VIENNE**

IV. ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES INSTALLEES ET REMPLACANTS

Nous avons souhaité évaluer le ressenti des professionnels de santé face au système actuel de permanence des soins et aux différentes modifications qui pourraient lui être apportées, si le projet de zone expérimentale était mis en place dans le département.

A. Matériel et Méthode

1. Matériel

a) Description du questionnaire

Le questionnaire était divisé en quatre parties. L'intégralité de celui-ci, ainsi que la lettre d'accompagnement figurent respectivement en annexe 2 et 1.

➤ La première partie tentait de définir le profil du médecin interrogé : âge, sexe, exercice rural ou urbain et médecin installé ou remplaçant.

➤ La deuxième traitait des généralités de la PDS, telles que le volontariat, l'obligation de réaliser ou non des gardes, la « mission de service public » citée dans différents textes, la « spécialité de premier recours » ou bien encore leur perception de leur formation.

➤ La troisième traitait des différents aspects de la « réforme » qui pourrait être mise en place dans notre département.

➤ Enfin la quatrième tentait d'évaluer la satisfaction apportée par le système actuel, la charge de travail que représentait la PDS, ainsi que les différents actes effectués au cours de celle-ci.

b) Population de l'échantillon

Ce questionnaire s'adressait à la totalité des médecins généralistes installés, inscrits au Tableau de l'Ordre de la Haute-Vienne, ainsi qu'aux remplaçants (médecins et étudiants en

médecine ayant validé au moins trois semestres dont celui chez le praticien) domiciliés dans le département.

c) Modalités de recherche des coordonnées postales

La liste des médecins généralistes installés nous a été fournie par le CDOM de la Haute-Vienne, de même que la liste des remplaçants licenciés et domiciliés dans le département. Au total nous avons récupéré 571 coordonnées postales.

d) Délai de réponse

La totalité des questionnaires a été envoyée par La Poste à la mi-juin 2009. Il était demandé aux sondés de répondre avant le 15 Aout 2009. Les réponses, reçues après cette date limite, n'ont pas été comptabilisées. Nous avons choisi de ne pas effectuer de relance, le taux brut de réponse nous permettant ainsi d'évaluer l'intérêt des praticiens à cette enquête.

2. Méthode

Les différentes variables recueillies étaient de deux types : qualitatives et quantitatives. Les résultats des variables quantitatives étaient présentés sous la forme moyenne \pm écart-type, minimum, maximum et médiane. Ceux des variables qualitatives étaient présentés sous la forme fréquence et pourcentage.

Les comparaisons des variables qualitatives entre deux groupes (% de réponses chez les femmes vs % de femmes dans la population enquêtée par exemple) avaient été réalisées par des tests du Chi² ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques des groupes considérés.

Le seuil de significativité (p) choisi pour l'ensemble des analyses statistiques était de 0,05.

Les logiciels utilisés étaient Statview 5.0 et SAS 9.1.3 (SAS Institute, Cary, USA).

B. Résultats

1. Population étudiée

a) Taux de réponses

Un exemplaire du questionnaire a donc été envoyé à l'ensemble des médecins généralistes du département sans distinction d'exercice. En effet les médecins ayant un exercice particulier tel que l'angiologie, l'homéopathie, la nutrition ou l'allergologie par exemple peuvent, s'ils le désirent, participer à la PDS. Cela représentait 465 envois. Un exemplaire a également été envoyé aux médecins et étudiant possédant une licence de remplacement validée par le CDOM et domiciliés en Haute-Vienne, soit 106. Au total **571 questionnaires** ont été envoyés.

Nous avons reçu 269 réponses dont 5 par retour à l'expéditeur pour adresse incorrecte. Au total 264 réponses nous sont parvenues dont la totalité était exploitable. (3 d'entre elles était totalement vierges, mais nous les avons tout de même considérées comme des réponses puisque l'effort de renvoi avait été fait et que certains rédacteurs s'étaient identifiés sans répondre aux questions).

Le taux de réponse était donc de **46,2%**.

b) Le profil

(1) Age

La moyenne d'âge était de **47,8 ans**. Avec aux deux extrémités de l'échantillon, le plus jeune répondant âgé de 26 ans et le doyen âgé de 70 ans au moment de l'étude. Notons que 9,8% (N=26) des répondants n'ont pas indiqué leur âge.

L'âge moyen des femmes était de 42,2 ans avec la plus jeune âgée de 26 ans et la plus âgée ayant 62 ans.

L'âge moyen des hommes était de 51,1 ans avec le plus jeune âgé de 28 ans et le plus âgé 70 ans.

L'âge moyen des installés était 50,5 ans, celui des remplaçants 32,5 ans.

Dans l'étude, nous avons identifié trois tranches d'âge : les moins de 40 ans, les 40-50 ans et les plus de 50 ans. Dans notre échantillon, 52,1% (N=124) avaient plus de 50 ans ; 28,2% (N=67) avaient moins de 40 ans ; enfin 19,7% (N=47) avaient entre 40 et 50 ans.

(2) Sexe :

Sur la totalité des répondants **38,6%(N=98) étaient des femmes, 61,4% des hommes (N=156)**. 10 répondants soit 3,8% n'avaient pas précisé leur sexe.

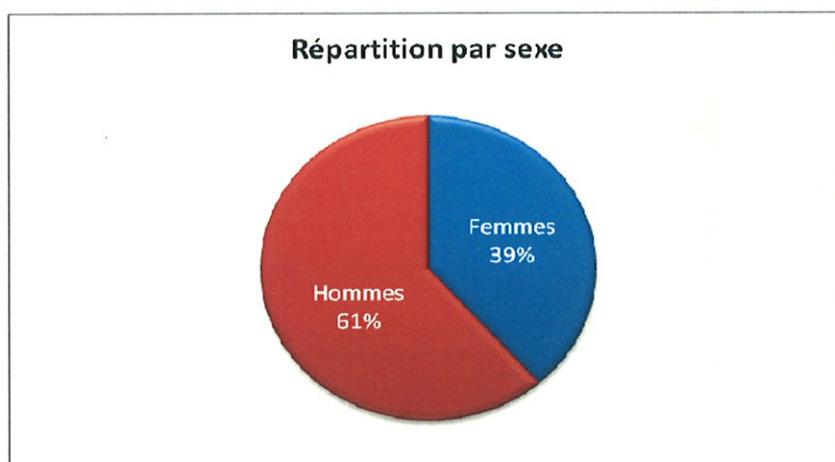


Figure 15 : Répartition de l'échantillon par sexe-%-N=254.

La proportion de médecins généralistes de sexe féminin en Haute-Vienne étant de 45%, il n'y avait pas de différence significative, **notre échantillon était représentatif de la population ciblée (p=0,08)**.

(3) *Activité professionnelle*

(a) Statuts

Sur l'échantillon **81,2% (N=203) étaient des médecins installés et 14% (N=35) des remplaçants, enfin 4,8% (N= 12) des médecins à exercice particulier (MEP)**. 5,3% (N=14) n'ont pas renseigné leur statut.

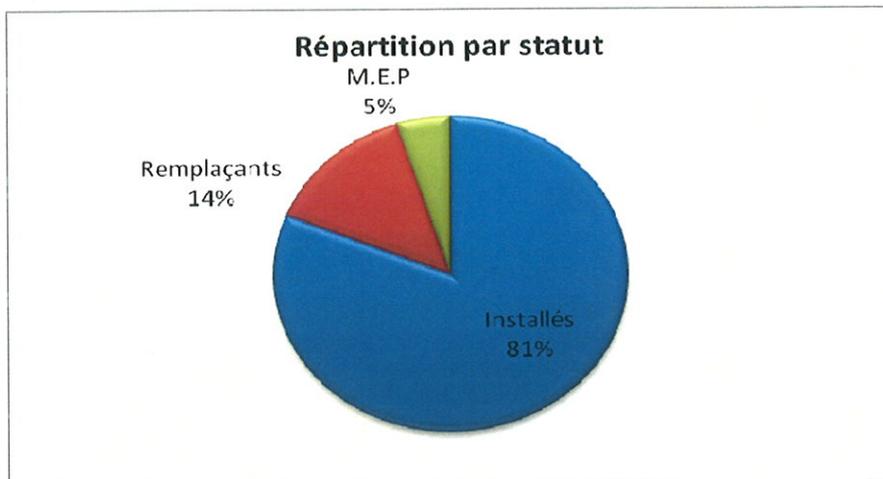


Figure 16 : Répartition de l'échantillon par statut-%-N=254.

(b) Type d'exercice :

Sur l'échantillon, 31,7% (N=73) exerçaient dans une ville de moins de 2000 habitants, 25,2% (N=58) dans une ville comptant entre 2 000 et 5 000 habitants et enfin 43% (N=99) dans une agglomération de plus de 5 000 habitants. 12,9 % (N=34) n'avaient pas renseigné la population de leur lieu d'exercice.

Pour mémoire, étaient considérés comme « ruraux » dans notre étude, les médecins exerçant à plus de 15 minutes d'un centre hospitalier. Les « urbains » représentaient le reste de l'échantillon. Dans l'échantillon 46,6% (N=109) exerçaient à plus de 15 minutes d'un centre hospitalier, 32% (N=75) entre 5 et 15 minutes et enfin 11,4% (N= 30) à moins de 5 minutes. En définitive, **46,6% étaient des "ruraux" et 53,4% (N=125) des "urbains"**, tels qu'ils étaient définis dans l'étude.



Figure 17 : Répartition de l'échantillon par type d'exercice-%-N=254.

2. Généralités sur la PDS

a) Le devoir de garde

Q1 : Selon vous, effectuer des gardes est un des devoirs du médecin généraliste libéral ?

Sur l'échantillon, **82,1% (N=197)** estimaient qu'il est du **devoir du médecin généraliste libéral d'effectuer des gardes** alors que **17,9% (N=43)** estimaient l'inverse. **9% (N=24)** n'avaient pas précisé leur opinion.

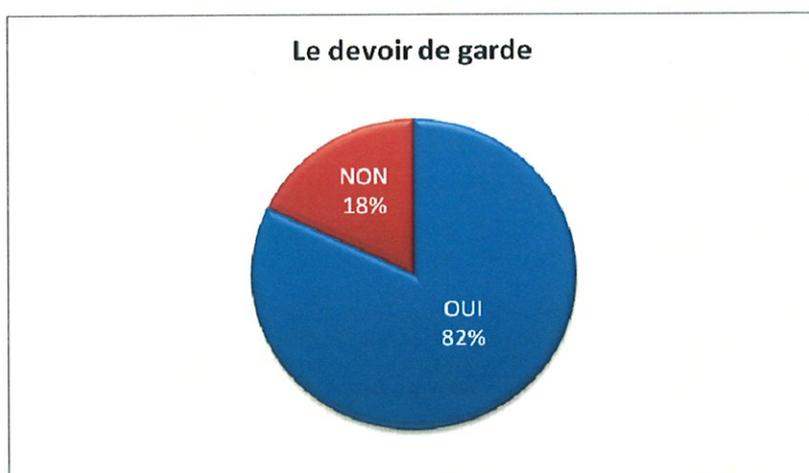


Figure 18 : Avis de l'échantillon sur le devoir de garde-%-N=240.

- En fonction du sexe :

Les femmes étaient **78,6% (N=66)** et les hommes **84,9% (N=129)** à considérer les gardes comme un devoir.

- En fonction de l'âge :

Ils étaient **87% (N=106)** des plus de 50 ans à considérer la garde comme un devoir, **82% (N=36)** chez les 40-50 ans et **75,4% (N=40)** chez les plus jeunes.

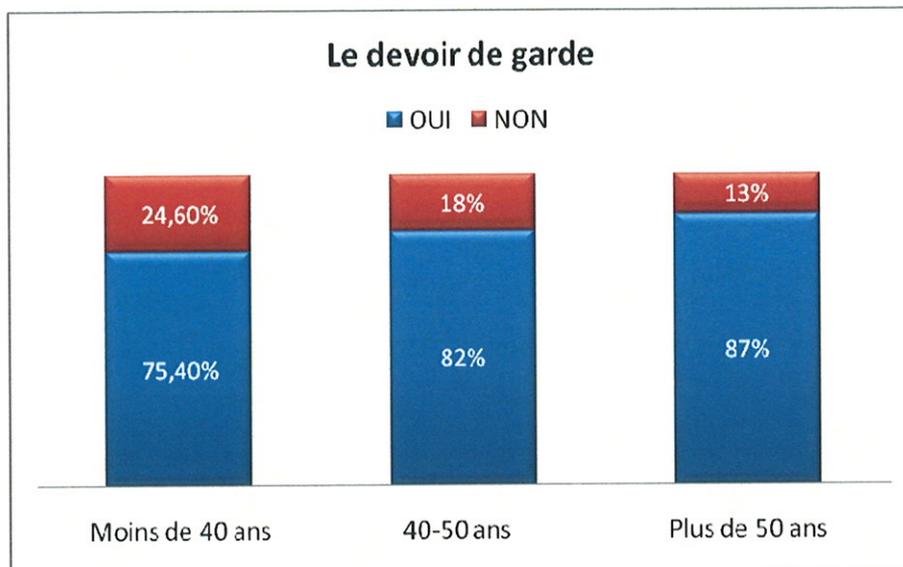


Figure 19 : Avis de l'échantillon sur le devoir de garde en fonction de l'âge-%-N=240.

On remarque que plus l'âge augmentait, plus le devoir de garde était évident.

- « Ruraux-Urbains » :

Sur l'échantillon, 87,7% (N=93) des praticiens ruraux et 76,9% (N=90) des praticiens urbains considéraient les gardes comme un devoir.

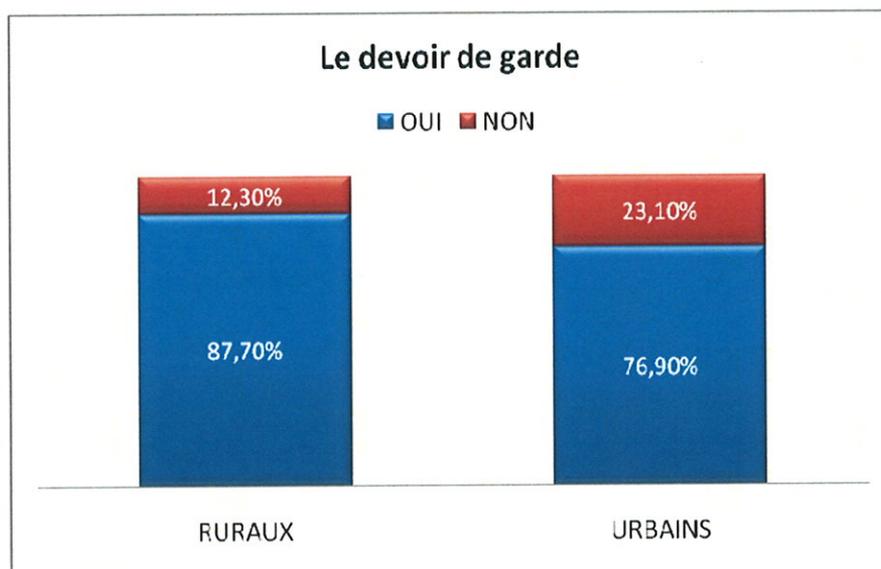


Figure 20 : Avis de l'échantillon sur le devoir de garde en fonction du type d'exercice-%-N=240.

Il semblait plus fréquent chez les médecins ruraux de considérer les gardes comme un devoir que chez leurs confrères citadins.

b) Le volontariat dans le dispositif de PDS

Q2 : Pensez-vous que le volontariat, base de la PDS, doit perdurer ?

Sur notre échantillon, **78% (N=184)** pensaient que le volontariat doit perdurer contre 22% (N=52) qui se déclaraient contre. 10,6% (N=28) des répondants ne s'étaient pas prononcé.

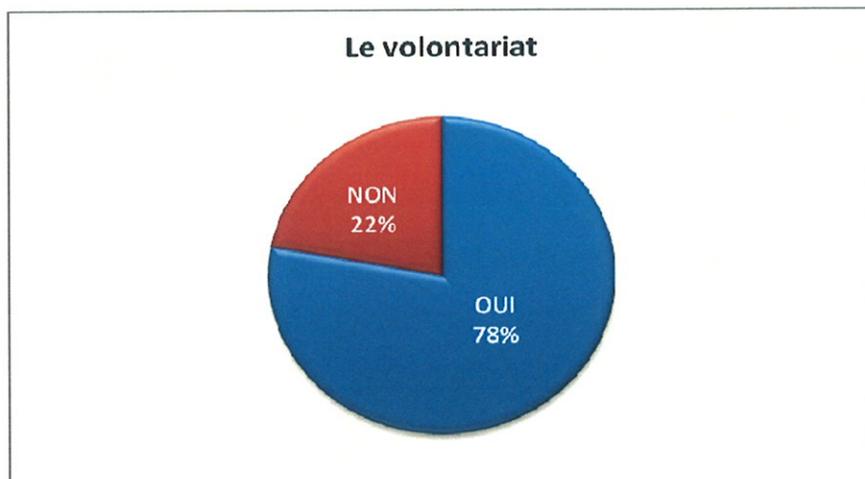


Figure 21 : Avis de l'échantillon sur le volontariat-%- N=236.

- En fonction du sexe :

80,2% (N=69) des femmes estimaient que le volontariat doit se poursuivre, les hommes étaient, quant à eux, 77,4% (N=113).

- En fonction de l'âge :

On ne retrouvait pas de réelle différence en fonction de l'âge des répondants sur ce sujet. En effet, ils étaient 79,7% (N= 94) des plus de 50 ans, 78,8% (N=52) des moins de 40 ans et 74,4% (N=32) des 40-50 ans à estimer que le volontariat doit se poursuivre.

- « Ruraux-Urbains » :

Dans l'étude, 85% (N=102) des médecins urbains étaient attachés au volontariat, pour seulement 69,7% (N=69) de leur confrères ruraux.

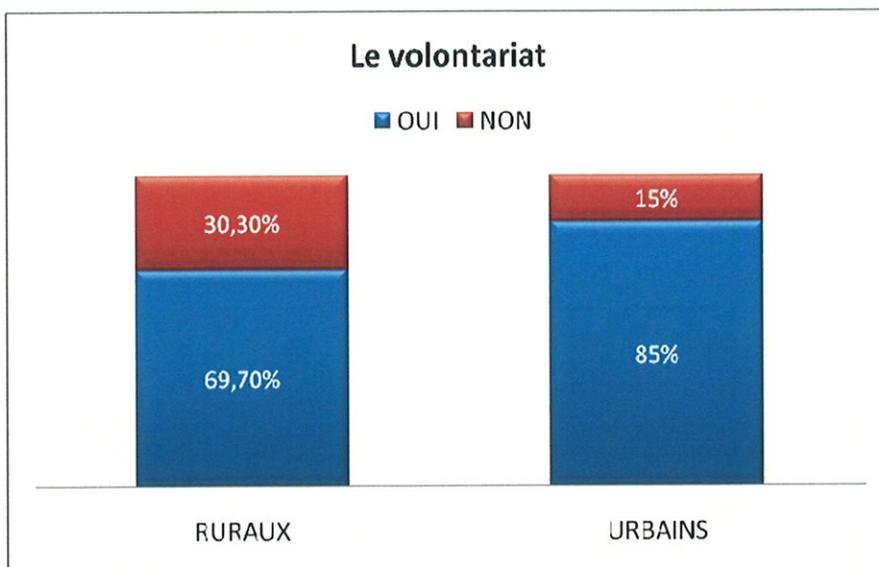


Figure 22 : Avis de l'échantillon sur le volontariat en fonction du type d'exercice-%-N=236.

c) PDS et mission de service public

Q3 : Pensez-vous remplir une mission de service public en assurant la PDS ?

A cette question, 21 personnes ne s'étaient pas prononcées. Le pourcentage de réponse était de 92,1% (N=243). Sur les 243 ayant répondu, **89,7% (N=218) considéraient remplir une mission de service public en assurant la PDS**, pour seulement 10,3% (N=25) estimant que non.



Figure 23 : Avis de l'échantillon sur la mission de service public-%-N=243.

- En fonction du sexe :

Il ressortait de l'étude que 87,4% (N=76) des femmes et 91,5% (N=134) des hommes estimaient remplir une mission de service public.

- En fonction de l'âge :

Les répondants âgés de 40 à 50 ans semblaient plus que leurs confrères estimer assurer une mission de service public ; ils étaient 95,6% (N=43). Les plus de 50 ans et les moins de 40 ans partageaient ce sentiment à, respectivement, 90,2% (N=110) et 85,1% (N=57).

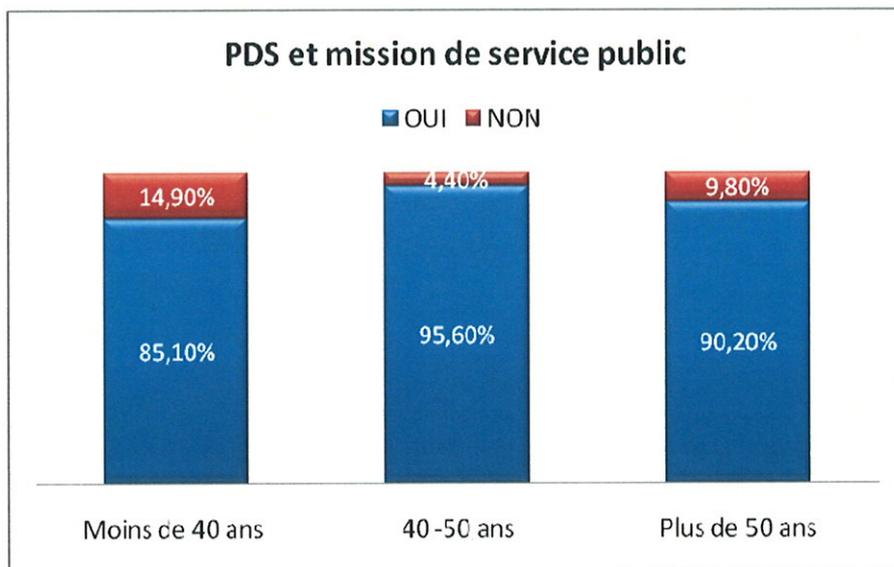


Figure 24 : La mission de service public en fonction de l'âge-%-N=243.

- « Ruraux-Urbains » :

Les médecins urbains semblaient moins convaincus que les médecins ruraux d'assurer une mission de service public, en effet ils étaient respectivement 87,5% (N=105) et 92,5% (N=90).

Q4a : Pensez-vous que cette mission soit actuellement bien définie (statuts, couverture assurancielle, etc.) ?

A cette question, 27 médecins ne s'étaient pas prononcés. Le taux de réponse était de 89,8% (N=237). **Une large majorité dénonçait un manque de clarté en ce qui concerne cette mission de service public, avec 81,4% (N=193) de l'échantillon.**



Figure 25 : Avis de l'échantillon sur la définition de la mission de service public-%-N=237.

- En fonction du sexe :

Les femmes étaient 79,1% (N=68) et les hommes 83,1% (N=123) à considérer cette définition insuffisante.

- En fonction de l'âge :

On ne retrouvait pas de réelle différence en fonction de l'âge des répondants. Les plus de 50 ans estimaient à 84,6% (N=99) que la définition de la mission de service public n'était pas assez claire, de même que 80% (N=52) des moins de 40 ans et 76,6% (N=36) des 40-50 ans.

- « Ruraux-Urbains » :

Les praticiens urbains étaient un peu plus nombreux (84,3%) que les praticiens ruraux (78,4%) à considérer la définition de la mission de service public comme insuffisante.

Q4b : Pensez-vous que cette mission soit en accord avec une activité libérale ?

A cette question le taux de réponse était de 89,4% (N=236), 10,6% (N=28) s'étaient abstenus. Sur les 236 médecins ayant répondu, **60,2% (N=142) estimaient qu'une activité libérale était compatible avec une mission de service public.**



Figure 26 : Avis de l'échantillon sur la compatibilité entre mission de service public et activité libérale-%-N=236.

- En fonction du sexe :

Les hommes étaient plus nombreux que leurs homologues féminins à trouver ces activités compatibles, avec respectivement 62,2% (N=92) et 57,1% (N=48).

- En fonction de l'âge :

Ils étaient 65% (N=78) des plus de 50 ans, 56,3% (N=36) des moins de 40 ans et 51,2% (N=22) des 40-50 ans à considérer comme possible d'exercer, de manière concomitante, une activité libérale et une mission de service public.

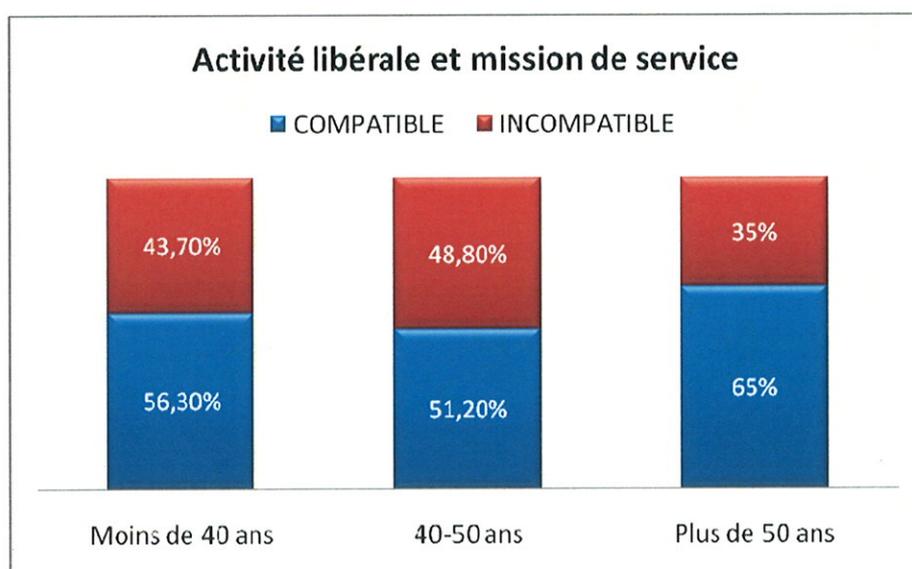


Figure 27 : Avis de l'échantillon sur la compatibilité entre l'activité libérale et une mission de service public en fonction de l'âge-%-N=236.

- « Ruraux-Urbains » :

Là encore, les médecins ruraux étaient plus convaincus que leurs confrères urbains d'assumer ces deux activités de manière concomitante.

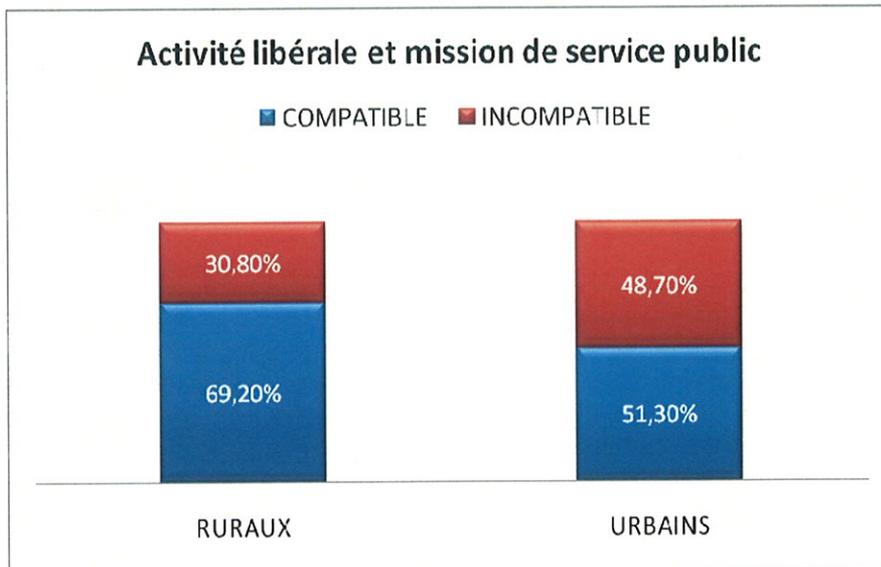


Figure 28 : Compatibilité entre mission de service public et activité libérale en fonction du type d'exercice-%-N=236.

d) La médecine générale comme « spécialité du premiers recours »

Q5 : Connaissez-vous la dénomination de « spécialiste de premier recours » ?

A cette question, 244 médecins avaient répondu, soit 96,4%. 20 médecins s'étaient abstenus. Cette dénomination ne paraissait pas encore très répandue, puisque seulement 34% (N=83) la connaissait, contre 66% (N=161) qui l'ignorait.



Figure 29 : Connaissance de l'échantillon de la dénomination « spécialiste de premier recours » -% - N=244.

- En fonction du sexe :

Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à méconnaître cette terminologie.

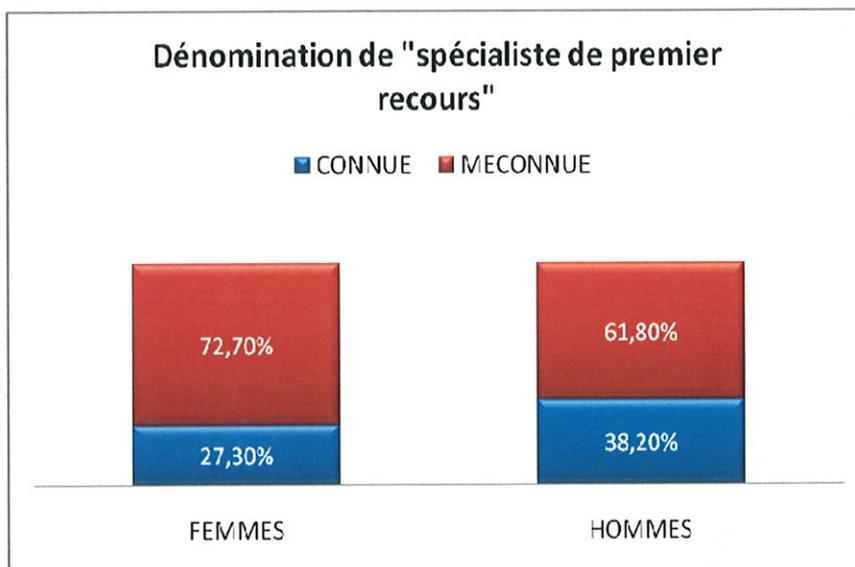


Figure 30 : Connaissance du « spécialiste de premier recours » en fonction du sexe -% - N=244.

- En fonction de l'âge :

Les plus âgés semblaient être les mieux informés, avec 38,8% (N=47) des plus de 50 ans qui connaissaient cette dénomination. Les moins de 40 ans étaient, quant à eux, 29,9% (N=20) et les 40-50 ans 27,7% (N=13).

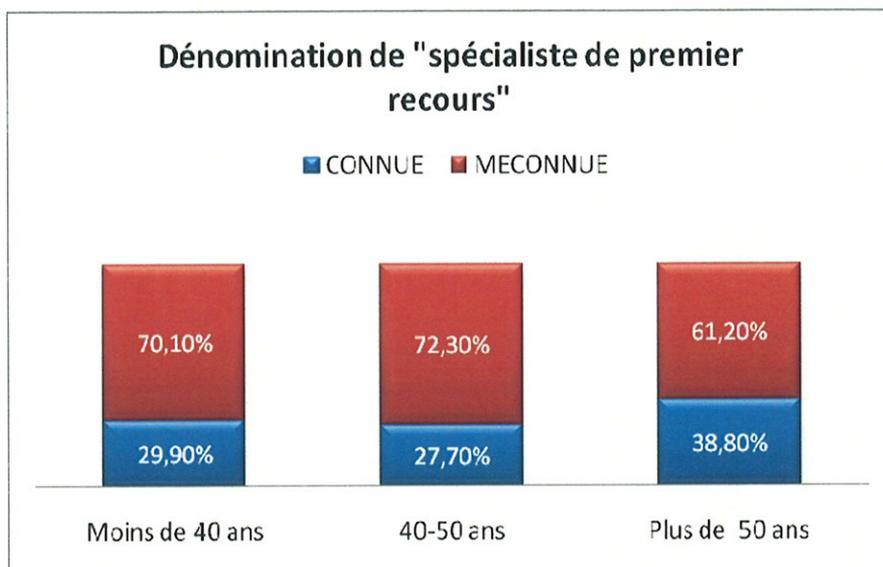


Figure 31 : Connaissance de la dénomination de « spécialiste de premier recours » en fonction de l'âge-%-N=244.

- « Ruraux-Urbains » :

Les médecins urbains étaient 68,6% (N=83) à méconnaître ce terme, c'est-à-dire plus nombreux que leurs confrères à exercice rural, qui étaient eux 61,1% (N=66).

Q6 : Si oui, pensez-vous qu'une clarification sémantique et juridique (statuts, responsabilités, assurances, etc.) soit nécessaire ?

A cette question, 47,3% (N=125) des médecins n'ont pas répondu. Ce taux d'abstention était important car seuls les répondants par l'affirmative à la question précédente étaient sensés répondre. Notons que 139 médecins nous avaient communiqué leur opinion alors qu'ils n'étaient que 83 à connaître la dénomination de spécialiste de premier recours. Sur les 139 médecins ayant répondu à la question, **ils étaient 78,4% (N=109) à estimer une clarification sémantique et juridique nécessaire.**



Figure 32 : Nécessité de clarification du « spécialiste de premier recours »-%-N=139.

- En fonction du sexe :

Les femmes étaient 80,5% (N=33) à estimer nécessaire ces clarifications, les hommes étaient 77,9% (N=74).

- En fonction de l'âge :

Sur ce thème, on constatait des différences assez marquées en fonction de l'âge des répondants.

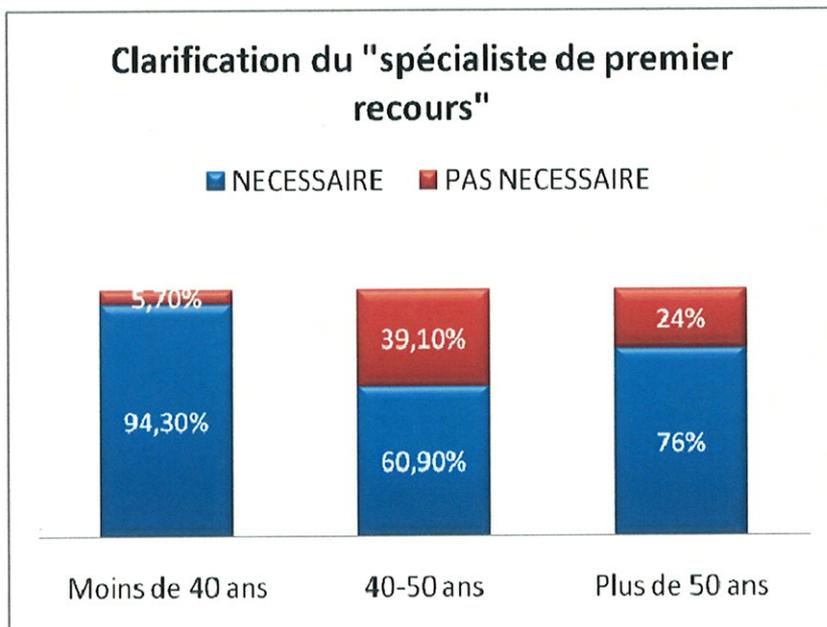


Figure 33 : Nécessité de clarification du « spécialiste de premier recours » en fonction de l'âge-%-N=139.

On remarquait que les plus jeunes étaient les plus désireux de précisions tant sémantiques que juridiques en ce qui concerne le « spécialiste de premier recours ». A l'opposé, chez les 40-50 ans, ce besoin était moins prononcé.

- « Ruraux-Urbains » :

Chez les médecins ruraux, 80,7% (N=50) exprimaient ce souhait, de même que 76,1% (N=51) des médecins urbains.

Q7 : Considérez-vous que votre formation à la médecine de premiers recours soit suffisante ?

Le taux de réponse à cette question était de 90,2% (N=238). 26 médecins s'étaient abstenus. Sur les médecins ayant répondu, **51,7% (N=123) considéraient leur formation à la médecine de premier recours insuffisante**, pour 48,3% (N=115) qui se considéraient comme bien formés.

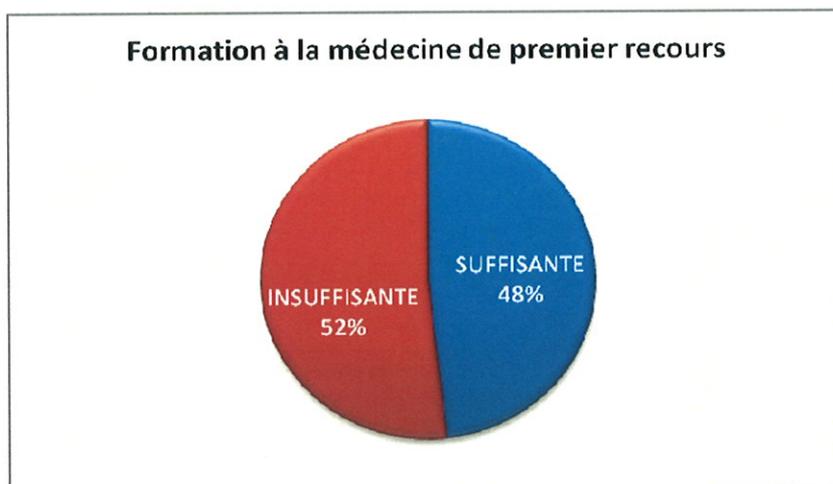


Figure 34 : Qualité de formation à la médecine de premier recours-%-N=238.

- En fonction du sexe :

Il existait, sur ce thème, une forte différence entre les deux sexes. En effet, majoritairement, les femmes ne se considéraient pas comme bien formées, alors que leurs confrères masculins étaient plus nombreux à se considérer bien formés.

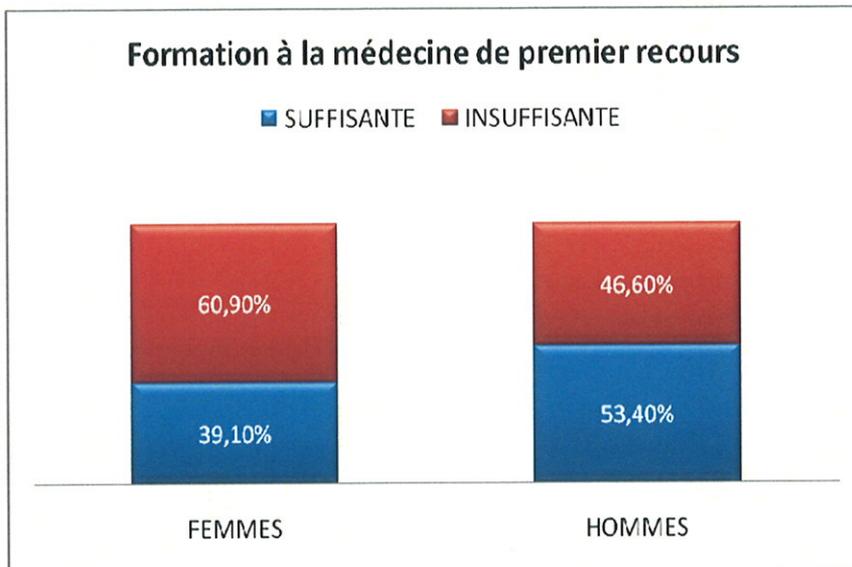


Figure 35 : Formation à la médecine de premier recours en fonction du sexe-%-N=238.

- En fonction de l'âge :

L'âge était également un facteur fort de différence. On constate qu'ils n'étaient que 28,8% (N=19) des moins de 40 ans à se sentir bien formés contre 52,1% (N=61) des plus de 50 ans et 61,7% (N=29) des 40-50 ans.

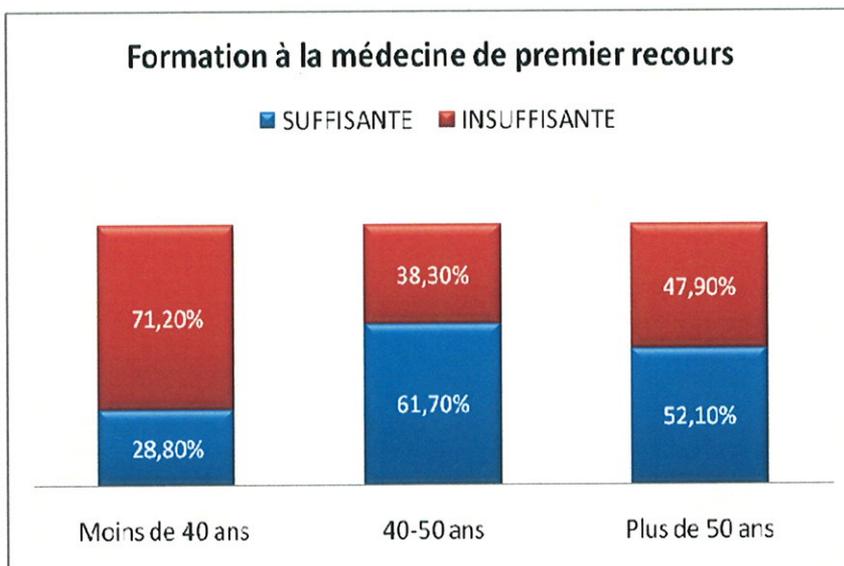


Figure 36 : Formation à la médecine de premier recours en fonction de l'âge-%-N=238.

- « Ruraux-Urbains » :

Dans notre étude, les médecins ruraux se considérant bien formés étaient majoritaires 52,8% (N=56), alors que chez les médecins urbains le sentiment était inverse : 53,9% (N=63) ne se considéraient pas bien formés.

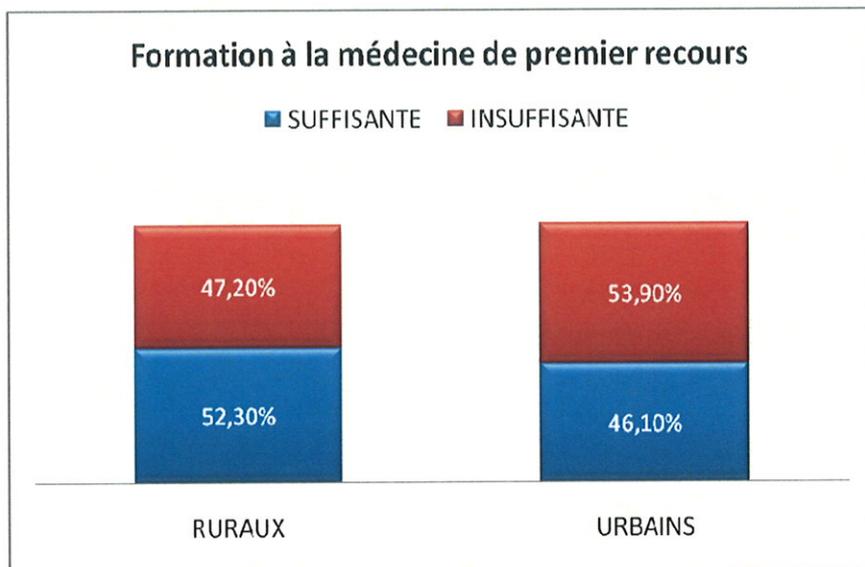


Figure 37 : Formation à la médecine de premier recours en fonction du type d'exercice-%-N=238.

e) Le coût de la PDS

Q8 : Vous sentez-vous concerné par le coût de la permanence des soins ?

A cette question, 244 médecins ont répondu, soit 92,4%. 20 se sont abstenus.

Dans l'étude, **61,5% (N=150) des répondants se sentaient concernés par le coût de la PDS**, alors que 38,5% (N=94) ne s'en préoccupaient pas.

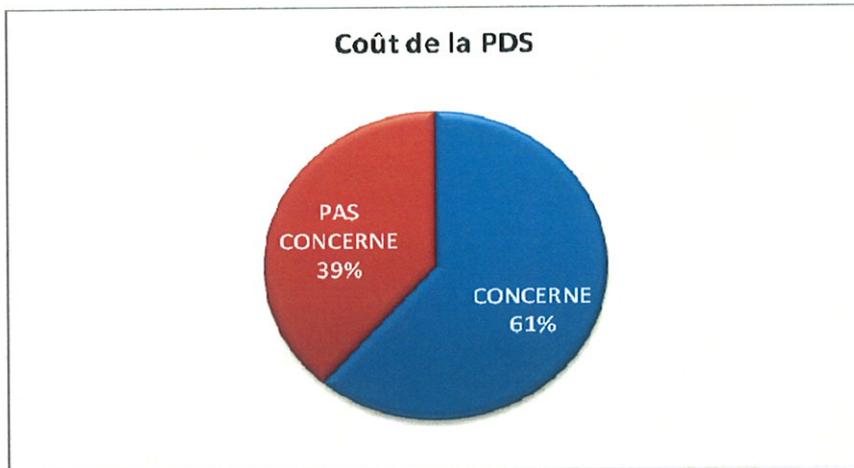


Figure38 : Implication des médecins face au coût de la PDS-%-N=244.

- En fonction du sexe :

Les femmes se sentaient plus fréquemment concernées par le coût de la PDS, avec 69% (N=60) d'entre elles, que leurs confrères de sexe masculin qui étaient concernés à 57,5% (N=88).

- En fonction de l'âge :

Les plus jeunes se sentaient plus concerné que leurs aînés, en effet les moins de 40 ans l'étaient à 66,2% (N=43), les plus de 50 ans à 61,8% (N=76) et les 40-50 ans à 55,3% (N=26).

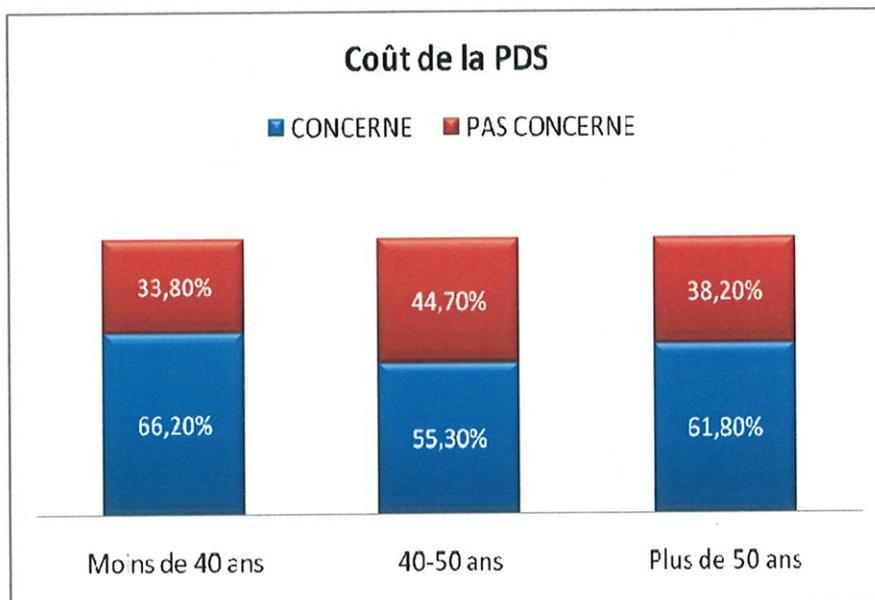


Figure 39 : L'implication face au coût de la PDS en fonction de l'âge-%-N=244.

- « Ruraux-Urbains » :

Les médecins ruraux se sentaient plus massivement concernés par le coût de la PDS que leurs confrères urbains, respectivement à 63,6% (N=68) et 59,5% (N=72).

3. Les réformes éventuelles du dispositif de PDS

a) La diminution du nombre de secteurs

Q9a : Concernant une éventuelle diminution du nombre de secteur de garde, pensez-vous qu'elle entraînera une augmentation du nombre de volontaires ?

A cette question 28 médecins s'étaient abstenus, soit 10,6%. Le taux de réponse était donc de 89,4%(N=236).

Au moment de l'étude, **89,8% (N=212)** des répondants estimaient qu'il n'y aurait pas d'impact favorable de cette diminution sur le nombre de volontaires pour effectuer les gardes.

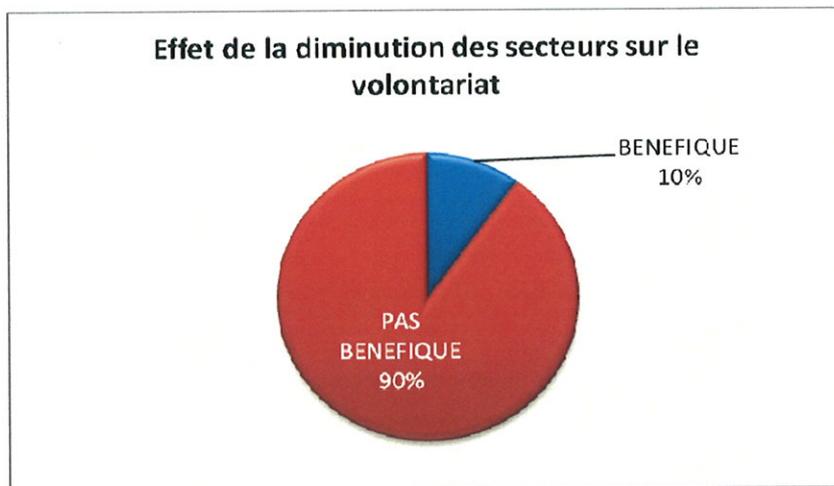


Figure 40 : Avis de l'échantillon sur l'impact de la diminution des secteurs sur le volontariat-%-
N=236.

- En fonction du sexe :

On ne retrouvait pas de différence majeure entre les deux sexes. Femmes et hommes s'entendaient sur l'absence d'impact favorable de cette éventuelle mesure, respectivement 90,8% (N=129) des femmes et 88,9% (N=129) des hommes.

- En fonction de l'âge :

Ils étaient 95,7% (N=44) des 40-50 ans, 89,6% (N=60) des moins de 40 ans et 86,8% (N=99) des plus de 50 ans, à émettre des doutes sur une éventuelle augmentation du nombre de volontaires si les secteurs devenaient moins nombreux. Les plus âgés étaient les moins sceptiques.

- « Ruraux-Urbains » :

Les médecins à exercice urbain étaient 88,8% (N=103) à douter de l'effet favorable de cette resectorisation sur le volontariat. Les médecins à exercice rural, eux, étaient 91,4% (N=95) dans ce cas.

Q9b : Concernant une éventuelle [...], pensez-vous qu'elle permettra d'assurer une sécurité sanitaire aux patients : Identique, Moindre ou Améliorée ?

Ici, ce sont 89% (N=235) des médecins qui s'étaient prononcés, 11% (N=29) s'étaient abstenus. Très majoritairement, c'est-à-dire à **80% (N=188) pensaient qu'une diminution du nombre de secteurs entraînerait une moindre sécurité sanitaire à leurs patients, 17,9% (N=42) pensaient qu'elle serait identique et seulement 2,1% (N=5) pensaient qu'elle serait améliorée.**

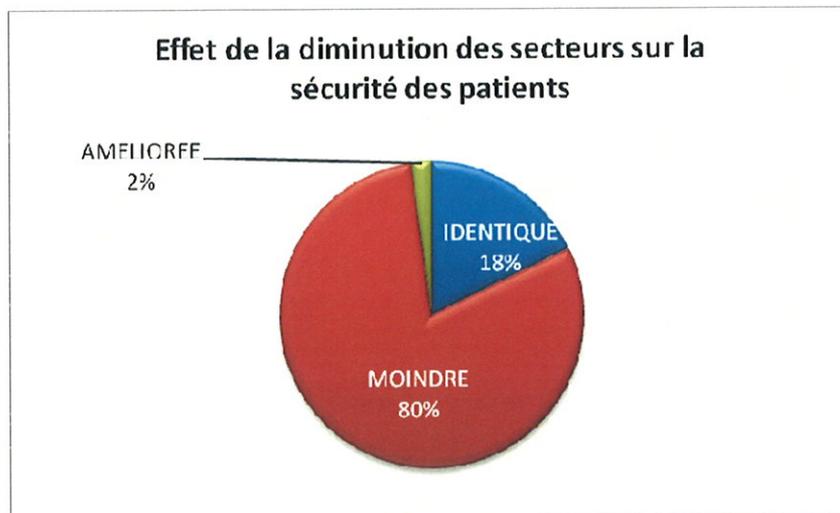


Figure 41 : L'impact du nombre de secteur sur la sécurité sanitaire des patients-%-N=235.

- En fonction du sexe :

Les résultats obtenus étaient quasi-identiques quel que soit le sexe des répondants.

- En fonction de l'âge :

L'âge ne faisait pas de différence à cette question.

- « Ruraux-Urbains » :

Les praticiens ruraux étaient 84% (N=89) à penser que la population « souffrirait » d'une sécurité sanitaire moindre si le nombre de secteur était abaissé. Les praticiens urbains étaient un peu moins nombreux avec 75,2% (N=85) d'entre eux.

Q9c: Concernant une [...], pensez-vous qu'elle permettra de réaliser une économie financière ?

A cette question le taux de réponse était un peu moins élevé, avec 84,1% (N=222).

La majorité de l'échantillon estimait qu'aucune économie ne serait réalisée à 64,4% (N=143).

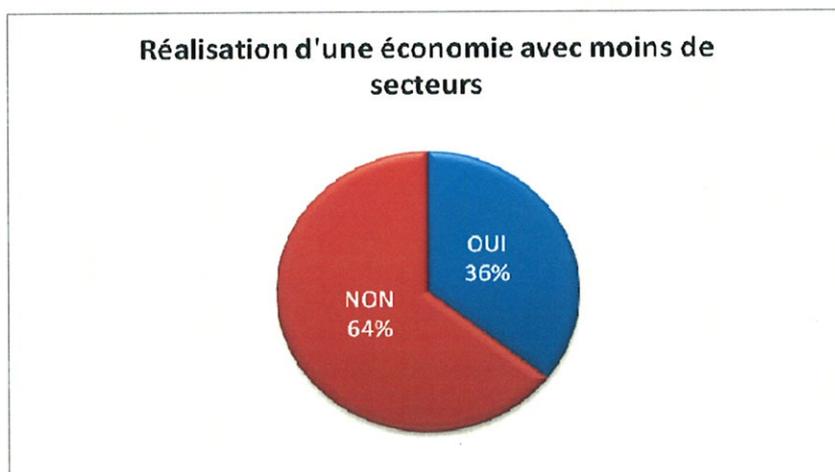


Figure 42 : Réalisation éventuelle d'une économie selon notre échantillon-%-N=222.

- En fonction du sexe :

Les femmes étaient 61,5% (N=51) et les hommes 65,9% (N=89) à penser qu'il n'y aurait pas d'économie réalisée.

- En fonction de l'âge :

Les plus âgés semblaient être les plus sceptiques sur la réalisation d'une économie, en effet ils étaient 68,2% (N=73) des plus de 50 ans à en douter, il en était de même pour 60,3% (N=38) des moins de 40 ans et enfin 58,1% (N=25) des 40-50 ans.

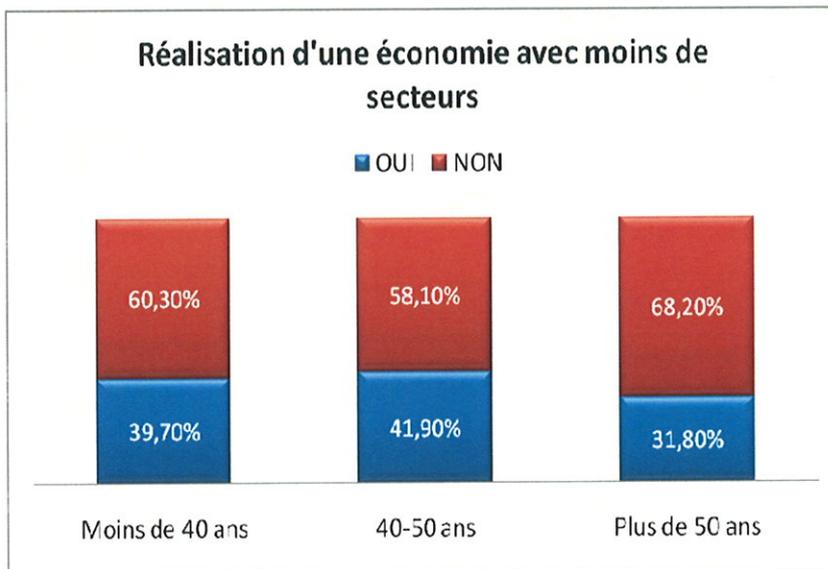


Figure 43 : Réalisation d'une éventuelle économie en fonction de l'âge-%-N=222.

- « Ruraux-Urbains » :

Les médecins urbains doutaient un peu plus que leurs confrères ruraux de la réalité de cette économie, respectivement à 65,8% (N=73) et 62,5% (N=60).

b) La rémunération de la PDS :

Q10 : Pensez-vous qu'une revalorisation du paiement des astreintes puisse augmenter le nombre de volontaires ?

Le taux de réponse à cette question était de 90,9% (N=240).

61,7% (N=148) des répondants estimaient qu'une revalorisation des astreintes aurait un effet favorable sur le nombre de volontaires.



Figure 44 : Effet d'une revalorisation de l'astreinte sur le volontariat-%-N=240.

- En fonction du sexe :

Le sexe n'était pas un facteur de différence à cette question, les femmes étaient 60,9% (N=53) et les hommes 61,1% (N=91) à penser qu'une revalorisation des astreintes aurait un impact positif sur le nombre de volontaires.

- En fonction de l'âge :

Dans notre étude, les plus jeunes semblaient, encore plus que leurs aînés sensibles à une revalorisation. En effet, ils étaient 64,2% (N=43) des moins de 40 ans pour 61,4% (N=27) des 40-50 ans et 59,2% (N=71) des plus de 50 ans.

- « Ruraux-Urbains » :

Les praticiens urbains étaient 65% (N=78) et les praticiens ruraux 57,7% (N=60) à considérer cette revalorisation comme favorable pour le volontariat.

Q11 : Tenez-vous à la rémunération du samedi après-midi et des jours compris entre un férié et un week-end ?

Là, 89,8% (N=237) des médecins avaient répondu, 10,2% (N=27) s'étaient abstenus. Une très grande majorité des médecins s'était exprimée en faveur de la rémunération de ces plages-horaires. Ils étaient 84,8% (N=201) à la considérer nécessaire.

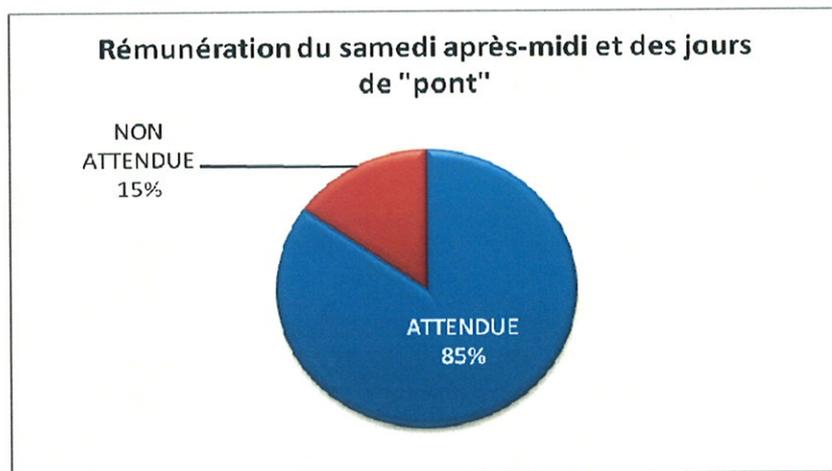


Figure 45 : Avis de l'échantillon sur la rémunération du samedi après-midi et des « ponts »-N=237.

- En fonction du sexe :

Les femmes étaient un peu plus attachées que leurs confrères masculins à cette rémunération. 87,1% (N=) d'entre elles y tenaient pour 83,1% (N=) des hommes.

- En fonction de l'âge :

Les 40-50 ans étaient les moins attachés à la rémunération de ces plages horaires ensuite on retrouvait les plus de 50 ans et enfin les moins de 40 ans :

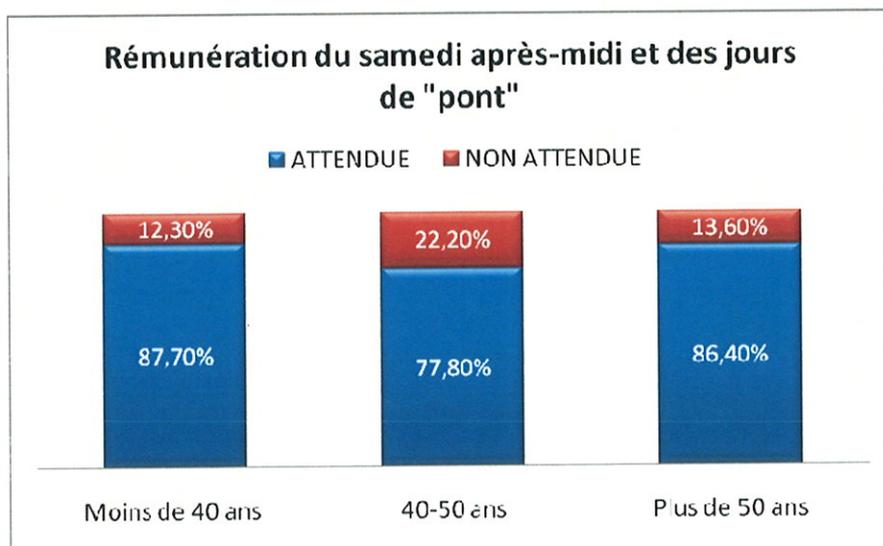


Figure 46 : Rémunération du samedi après-midi et jours de « ponts » en fonction de l'âge-N=237.

- « Ruraux-Urbains » :

Là, les médecins ruraux semblaient moins sensibles que leurs confrères urbains à cette rémunération :

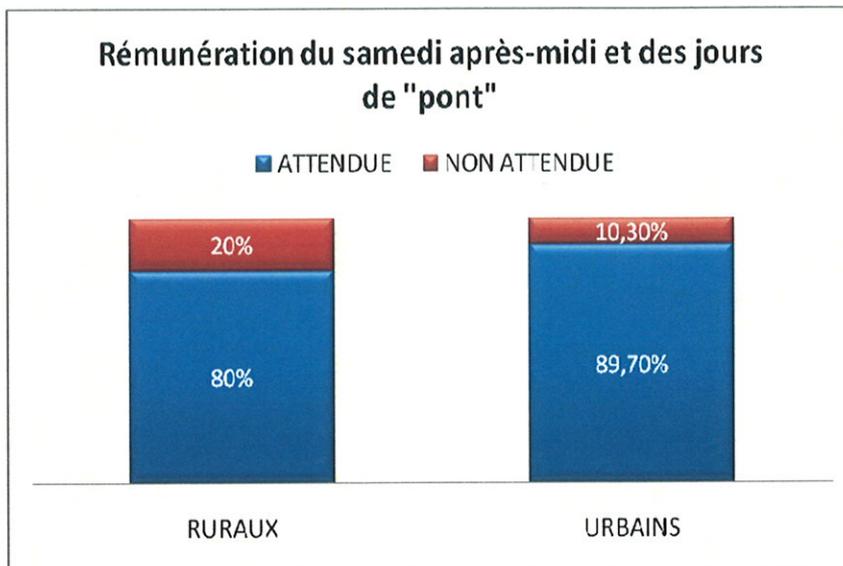


Figure 47 : Rémunération du samedi après-midi et des « ponts » en fonction du type d'exercice-%-
N=237.

Q12 : Pensez-vous que la rémunération forfaitaire des activités liées à la PDS soit souhaitable ?

Le taux de réponse était de 87,5% (N=231). Sur la totalité des répondants, **58,9% (N=136)** étaient favorables à une rémunération forfaitaire alors que 41,1% (N=95) y étaient défavorables.

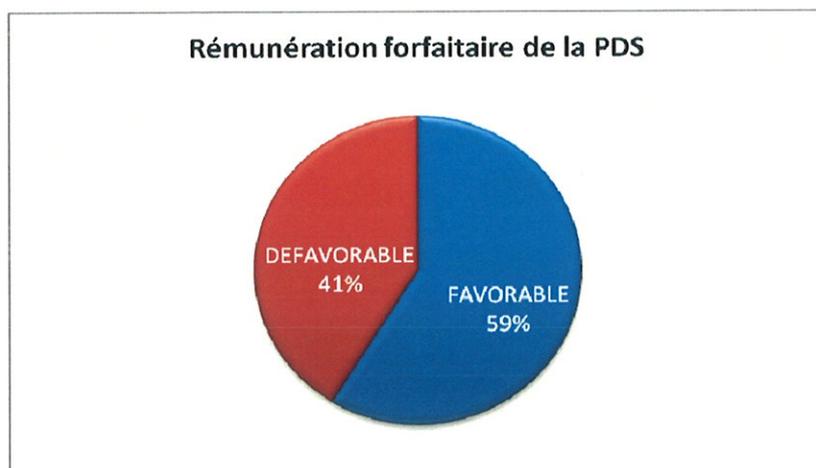


Figure 48 : Avis de l'échantillon sur la rémunération forfaitaire de la PDS-%-N=231.

- En fonction du sexe :

Une plus large majorité chez les femmes que chez les hommes était en faveur d'une rémunération forfaitaire des activités de PDS.

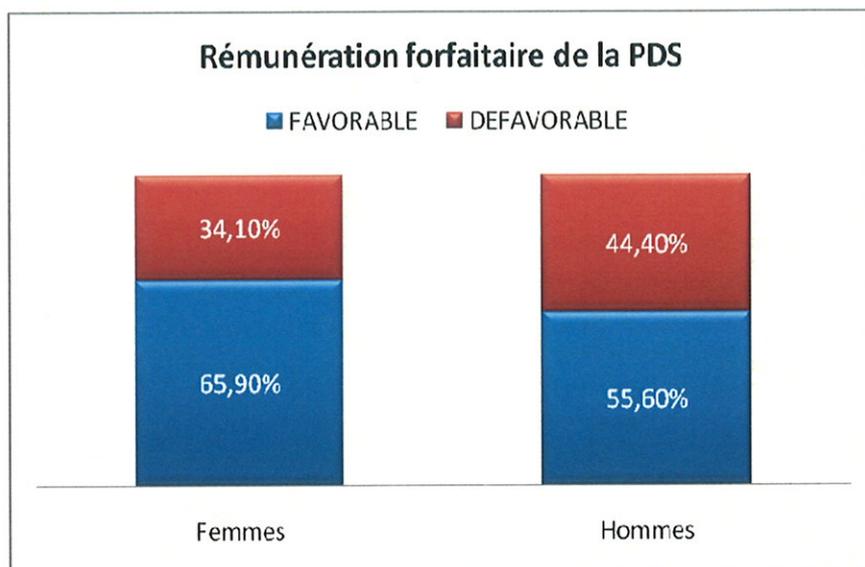


Figure 49 : Rémunération forfaitaire de la PDS en fonction du sexe-%-N=231.

- En fonction de l'âge

L'âge était un facteur fort de différence, en effet, les moins de 40 ans étaient majoritairement défavorables à une rémunération forfaitaire alors que les autres tranches d'âge y étaient majoritairement favorables.

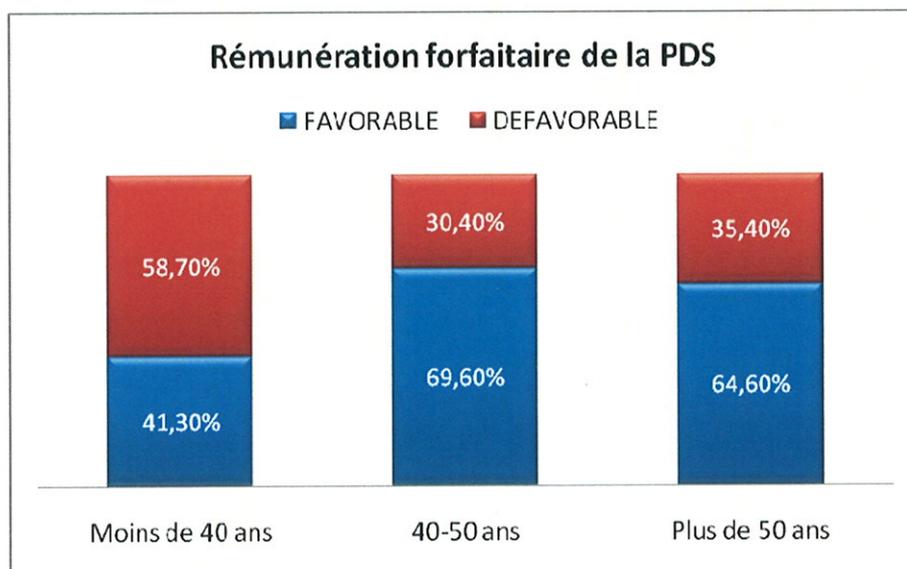


Figure 50 : La rémunération forfaitaire de la PDS en fonction de l'âge-%-N=231.

- « Ruraux-Urbains » :

Les praticiens urbains étaient plus massivement favorables à une forfaitisation des activités de PDS que les praticiens ruraux.

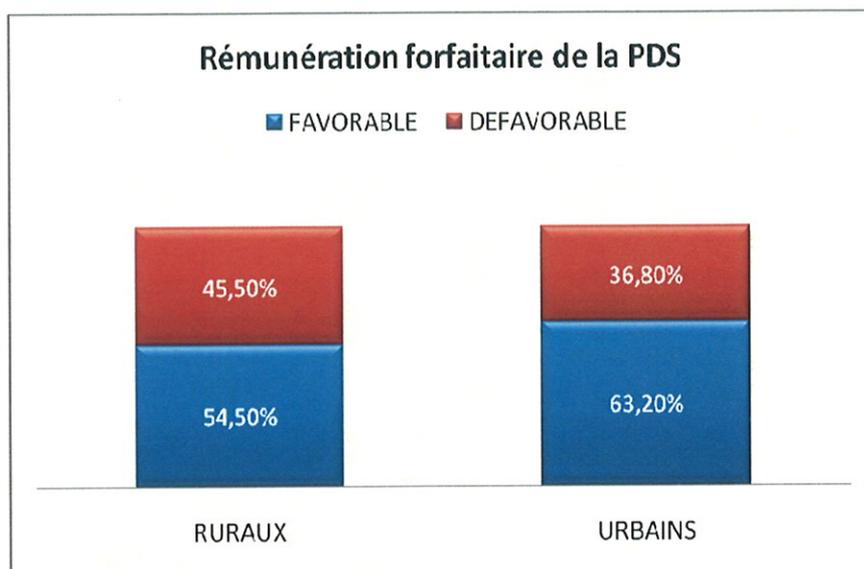


Figure 51 : La rémunération forfaitaire de la PDS en fonction du type d'exercice-%-N=231.

c) L'organisation du dispositif de PDS :

Q13 : Pensez-vous qu'une professionnalisation de la PDS soit souhaitable (avec un statut de médecin de garde salarié par exemple) ?

A cette question 229 médecins nous avaient communiqué leur opinion ce qui correspondait à un taux de réponse de 86,7%. Les avis sur le sujet étaient assez contrastés puisque **54,6% (N=125) étaient défavorables à une professionnalisation de la PDS, pour 45,4% (N=104) qui la considéraient souhaitable.**



Figure 52 : Avis de l'échantillon sur la professionnalisation de la PDS-%-N=229.

- En fonction du sexe :

Les femmes étaient majoritairement favorables à une professionnalisation de la PDS, alors que les hommes y étaient, à l'inverse, défavorables majoritairement :

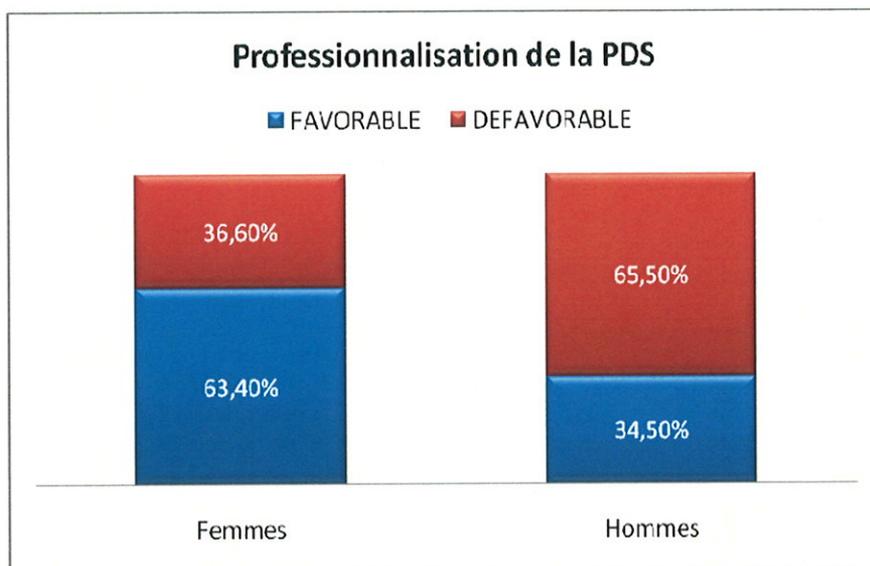


Figure 53 : La professionnalisation de la PDS en fonction du sexe-%-N=229.

- En fonction de l'âge :

Là encore nous avons identifié une différence significative entre les tranches d'âges. En effet, les moins de 40 ans y étaient favorables à 57,4% (N=35) alors que leurs aînés y étaient majoritairement défavorables : 52,4% (N=22) des 40-50 ans et 62,9% (N=73) des plus de 50 ans.

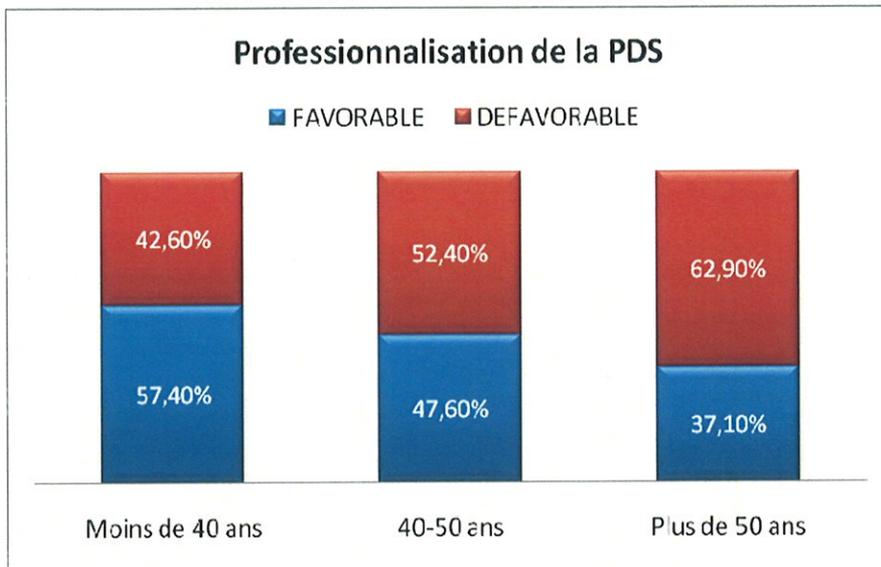


Figure 54 : La professionnalisation de la PDS en fonction de l'âge-%-N=229.

- « Ruraux-Urbains » :

Les médecins à exercice rural y étaient défavorables à 58,6% (N=58) et ceux à exercice urbain à 53,5% (N=61).

Q14 : Pensez-vous que votre présence en tant qu'effecteur soit indispensable, sur le terrain, en période de nuit profonde (de minuit à 8 heures) ?

A cette question, 234 médecins nous avaient fournis leur avis, soit un taux de réponse de 88,6%. La majorité des répondants, soit 55,1% (N=129), n'estimait pas leur présence nécessaire entre minuit et 8 heures le lendemain.

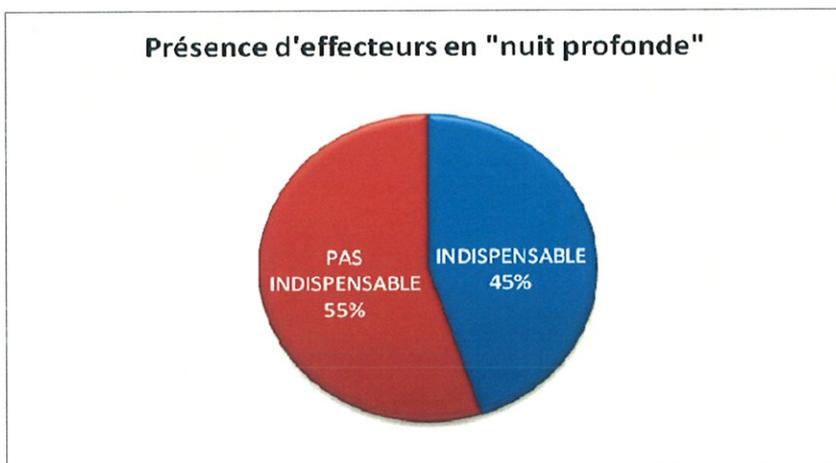


Figure 55 : Avis de l'échantillon sur la nécessité d'effecteurs en « nuit profonde »-%-N=234.

- En fonction du sexe :

Les femmes étaient, plus que les hommes, majoritairement contre la présence d'effecteurs sur le terrain entre minuit et 8 heures du matin.

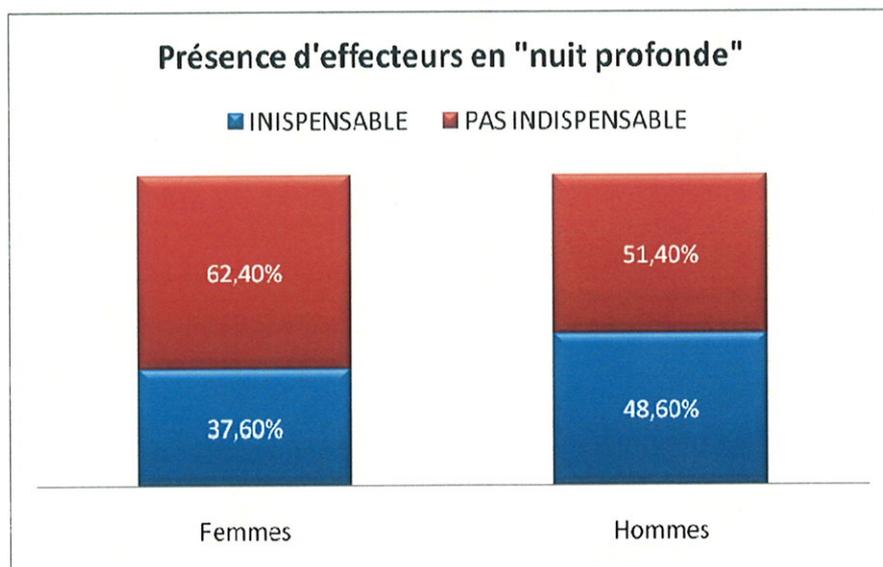


Figure 56 : La nécessité d'effecteurs en « nuit profonde » en fonction du sexe-%-N=234.

- En fonction de l'âge :

C'était chez les plus de 50 ans que les avis étaient les plus contrastés avec 53,5% (N=61) contre la présence d'effecteurs de nuit profonde, puis les 40-50 ans avec 55,3% (N=26) et enfin les moins de 40 ans avec 60,9% (N=39).

- « Ruraux-Urbains » :

Par contre lorsque l'on observait l'avis des médecins en fonction de leur type d'exercice, on constatait une divergence. Les médecins ruraux estimaient leur présence nécessaire à ces heures, alors que leurs confrères urbains n'en voyaient pas la nécessité:

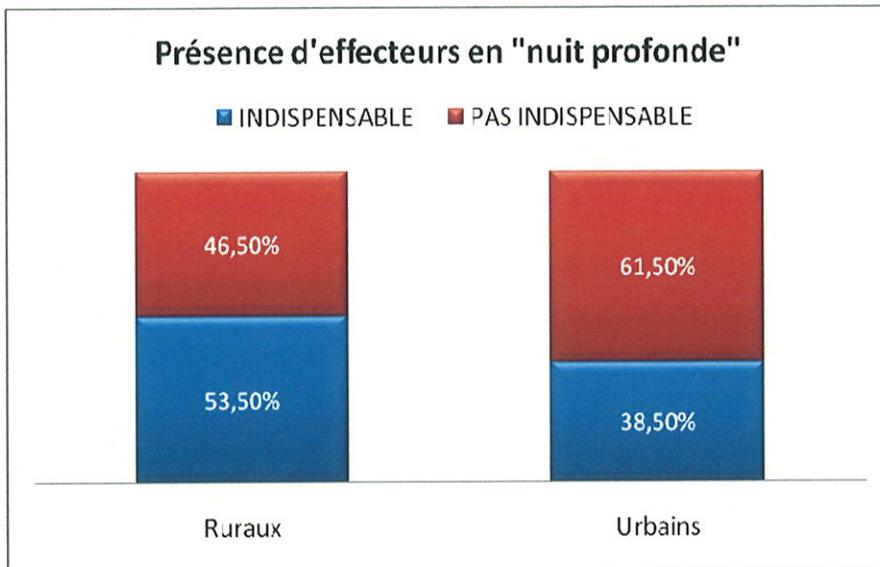


Figure 57 : La nécessité d'effecteurs de « nuit profonde » en fonction du type d'exercice-%-N=234.

Q15 : *Seriez-vous d'accord pour n'effectuer que des consultations en un lieu prédéterminé de 20 heures à minuit ?*

Le taux de réponse à cette question était de 93,2% (N=246). Sur la totalité des répondants, **67,1% (N=165)** se déclaraient prêts à exercer en un lieu fixe, dédié **uniquement aux consultations entre 20 heures et minuit.**



Figure 58 : Volonté de ne réaliser que des consultations sur des points fixes de 20 h à minuit-%-N=246.

- En fonction du sexe :

Les femmes étaient, encore plus majoritairement que les hommes, favorables à ce mode de fonctionnement.

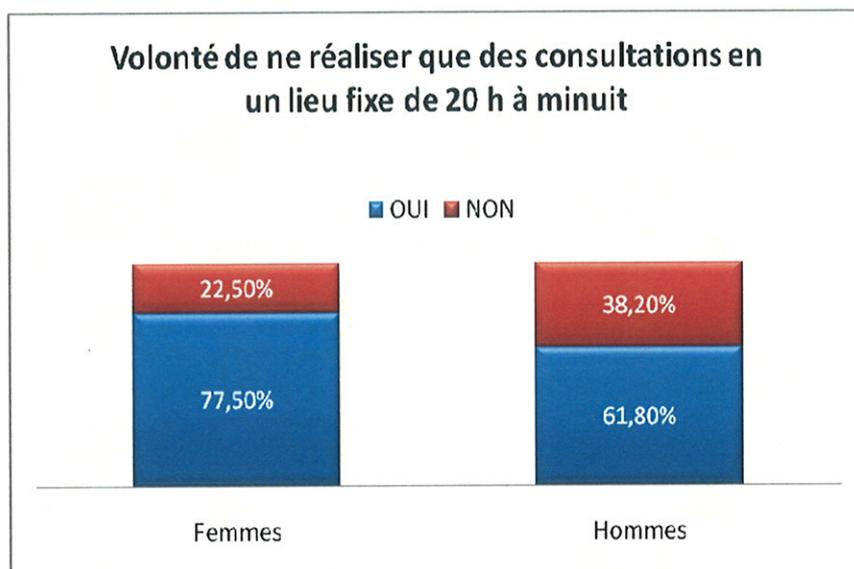


Figure 59 : Volonté de ne réaliser que des consultations sur des points fixes de 20 h à minuit, en fonction du sexe-%-N=246.

- En fonction de l'âge :

Les plus enclins à fonctionner de la manière décrite semblaient être les 40-50 ans, les plus âgés, bien que majoritairement favorables, l'étaient de manière plus atténuée.

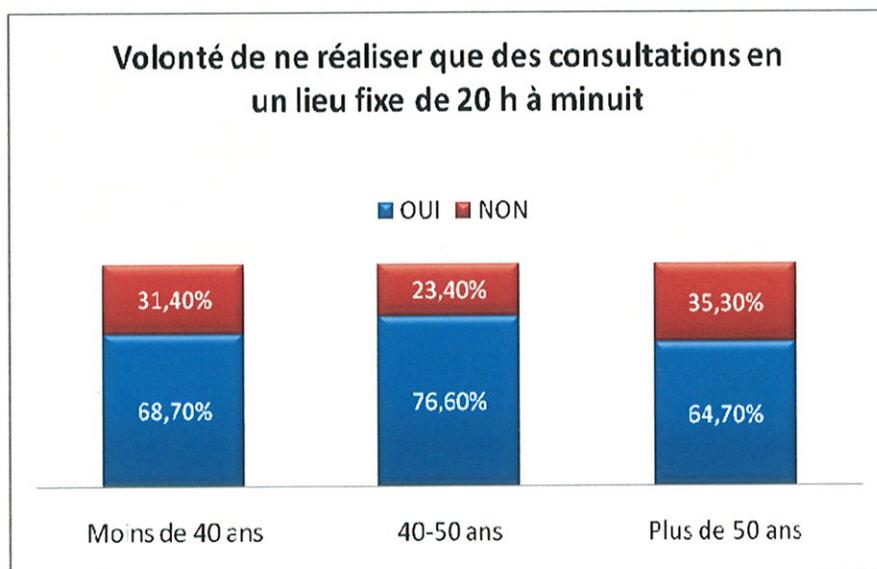


Figure 60 : Volonté de ne réaliser que des consultations sur des points fixes de 20 h à minuit, en fonction de l'âge-%-N=246.

- « Ruraux-Urbains » :

Là, significativement, les médecins urbains étaient beaucoup plus nombreux que les médecins ruraux à y être favorables.

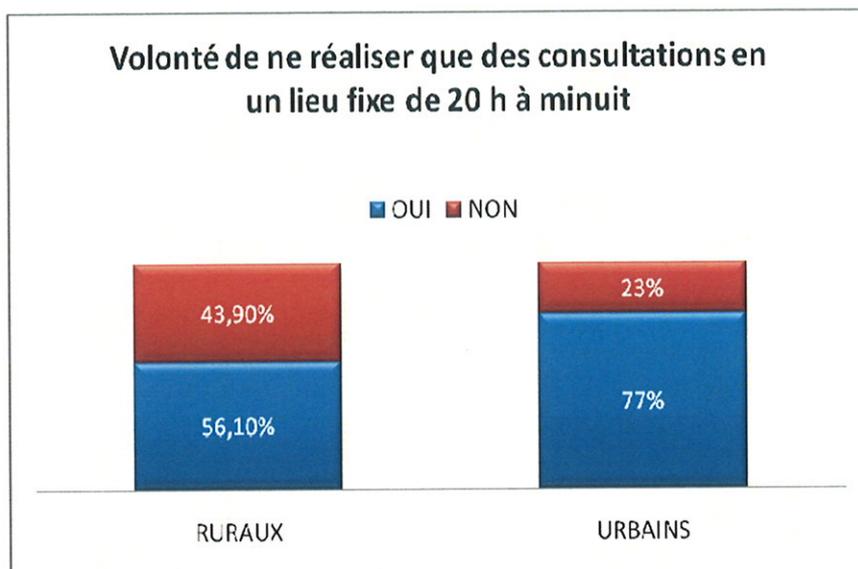


Figure 61 : Volonté de ne réaliser que des consultations sur des points fixes de 20 h à minuit, en fonction du type d'exercice-%-N=246.

Q16 : Seriez-vous prêts à effectuer des gardes en tant qu'effecteur mobile (médecin dédié à la seule réalisation de visites sur des secteurs plus vastes) de 20 h à 8 h ?

Le taux de réponse à cette question était de 91,3% (N=241). Il ressortait de l'étude que cette perspective de fonctionnement n'attirait pas le plus grand nombre. En effet, **80,5% (N=194) des répondants se déclaraient comme non participant au pool des effecteurs « volants ».**

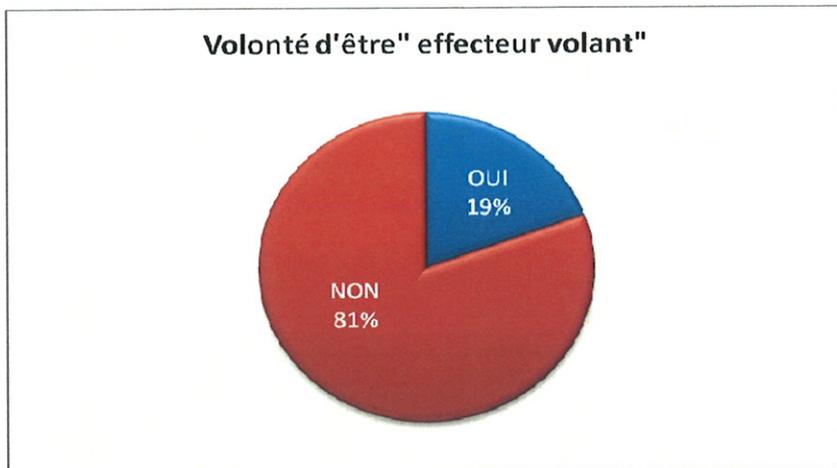


Figure 62 : Volonté d'être « effecteur volant » de 20 h à 8h sur des secteurs agrandis-%-
N=241.

- En fonction du sexe :

Les femmes étaient encore moins prêtes que les hommes à effectuer des gardes sous cette éventuelle déclinaison.

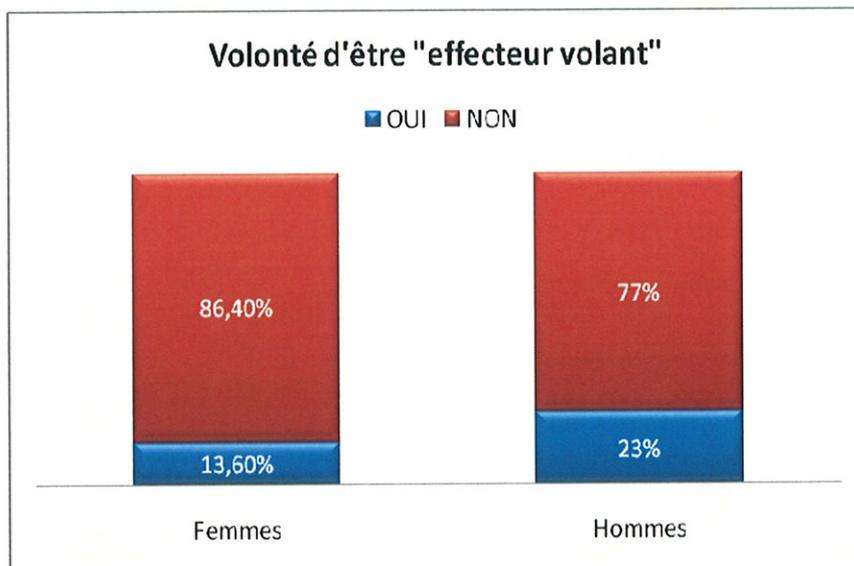


Figure 63 : Volonté d'être effecteur volant de 20 h à 8h sur des secteurs agrandis en fonction du
sexe-%-N=241.

- En fonction de l'âge :

C'étaient les moins de 40 ans qui semblaient les plus enclins à réaliser les astreintes sous cette forme.

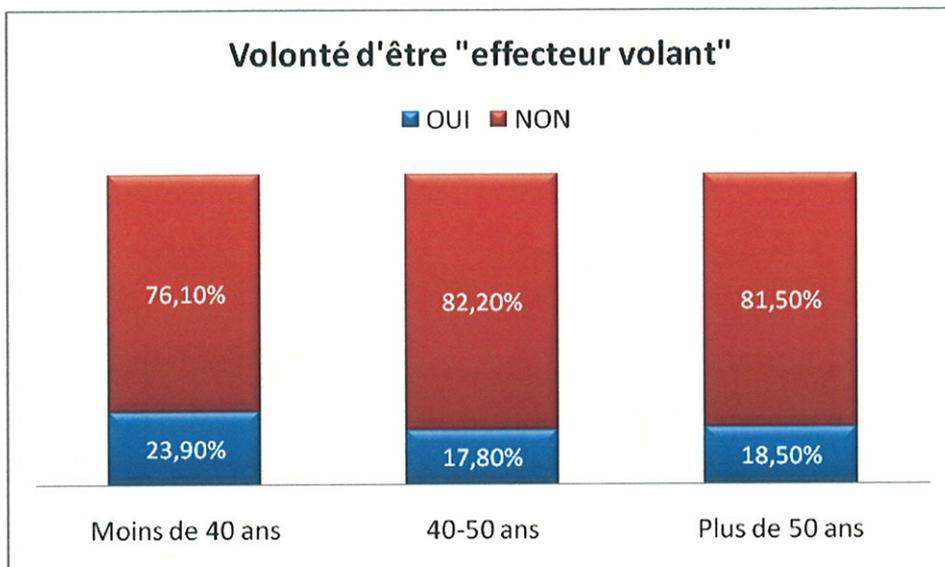


Figure 64 : Volonté d'être effecteur volant de 20 h à 8h sur des secteurs agrandis en fonction de l'âge-%-N=241.

- « Ruraux-Urbains » :

Le type d'exercice ne semblait pas faire de réelle différence sur les éventuels volontaires. Les médecins ruraux étaient 80,2% (N=85) et les médecins urbains 79,7% (N=94) à y être défavorables.

Q17 : Exerceriez-vous votre activité de garde au sein de sites dédiés à la PDS (MMG, sites fixes dédiés à proximité de centres hospitaliers) ?

Le taux de réponse était de 90,2% (N=238). Sur l'ensemble des répondants 54,2%(N=129) se déclaraient prêts à exercer au sein de ces structures.



Figure 65 : Avis de l'échantillon sur l'exercice au sein de structures dédiées à la PDS-%-
N=238.

- En fonction du sexe :

Les avis étaient très partagés chez les hommes puisque répartis uniformément à « 50-50 » les femmes, quant à elles, étaient plus en faveur de ce système.

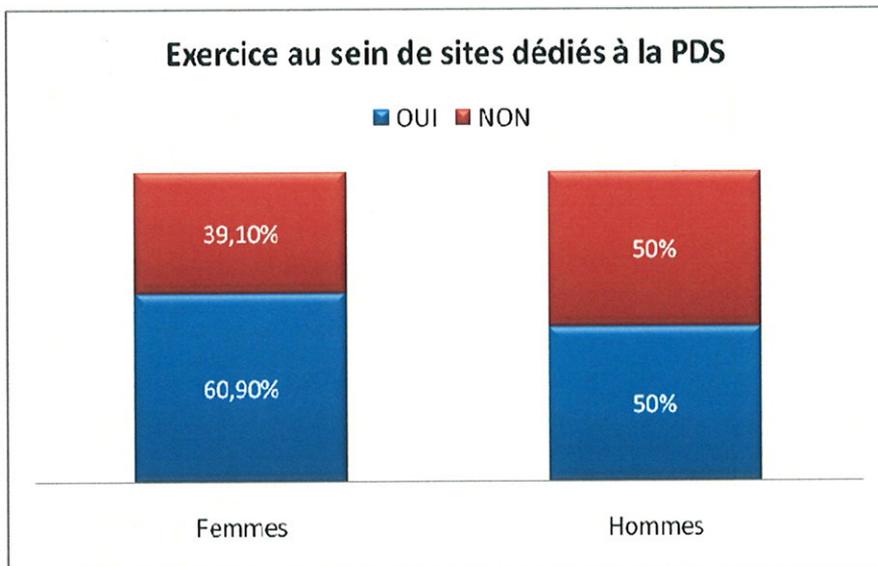


Figure 66 : Exercice au sein de sites dédiés à la PDS en fonction du sexe-%-N=248.

- En fonction de l'âge :

Les plus jeunes étaient les plus favorables à l'exercice au sein de site dédiés à la PDS.

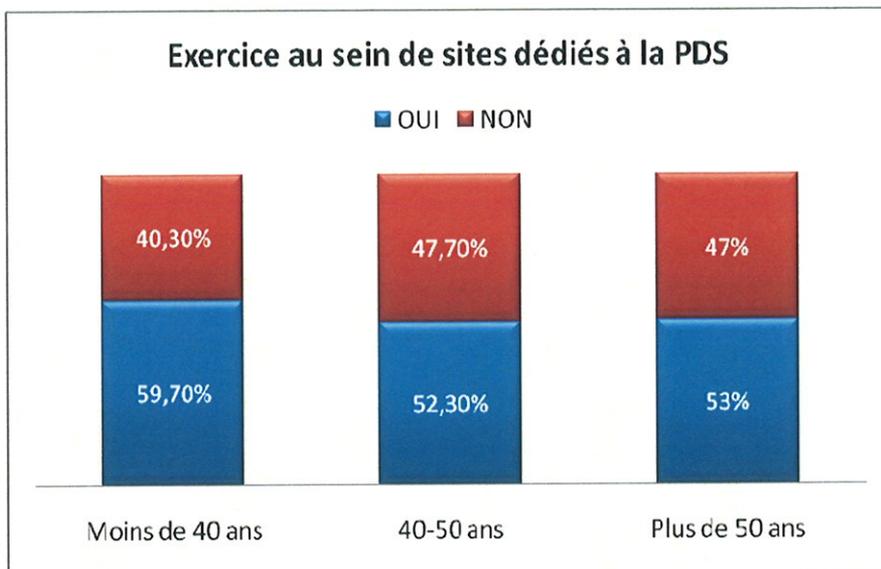


Figure 67 : Exercice au sein de sites dédiés à la PDS en fonction de l'âge-%-N=248.

- « Ruraux-Urbains » :

Les avis étaient très différents en fonction de l'exercice rural ou urbain. En effet, les praticiens ruraux y étaient majoritairement opposés à l'inverse de leurs confrères urbains.

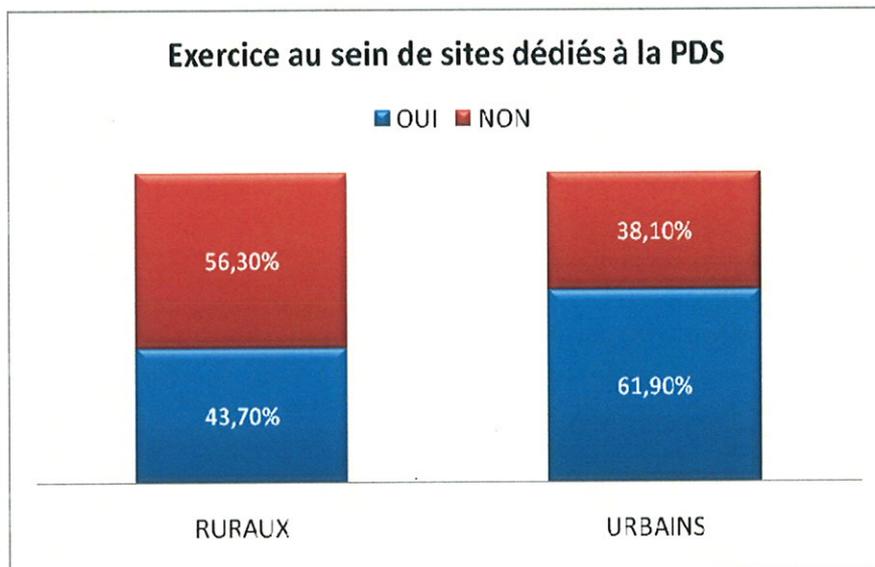


Figure 68 : Exercice au sein de sites dédiés à la PDS en fonction du type d'exercice-%-N=248.

Q18 : Selon vous l'organisation de la PDS devrait-être sous la responsabilité de : (Précisez SVP)

Cette question était « ouverte », cependant au vu de la fréquence des réponses identiques pouvant être regroupées, nous avons fait le choix d'identifier chaque réponse en fonction du (ou des) groupes cités.

Nous avons identifié huit groupes, représentant les réponses les plus souvent apportées, nous permettant d'attribuer une réponse à chacun des répondants.

- les **Médecins eux-mêmes**,
- le **Conseil de l'Ordre des Médecins** (dans la plupart des cas, les répondants n'avaient pas précisé s'il s'agissait du conseil départemental ou régional voire national)
- l'**Etat**, ce groupe incluait les réponses DRASS, DDASS, Préfecture, Ministère de la Santé, ARS et Conseil Général,
- l'**Assurance-Maladie**, regroupait les réponses CPAM, URCAM, « organisme payeur »,
- les **Syndicats**, ce groupe incluait les réponses Syndicats de médecins et Unions professionnelles,
- le **SAMU-Centre 15**,
- un groupe « **Autre** », citons quelques exemples : Services d'urgences hospitaliers, Tous, Structures de PDS (SDIS, SOS Médecins),
- et enfin un groupe « **Ne sait pas** », ce dernier bien que n'incluant que peu de répondants nous permettait tout de même de faire la distinction entre ceux ayant répondu qu'ils ne savaient pas et les non répondants).

Le taux de réponse à cette question était de 69,3% (N=183). Ce taux était, en regard des autres items du questionnaire, assez bas.

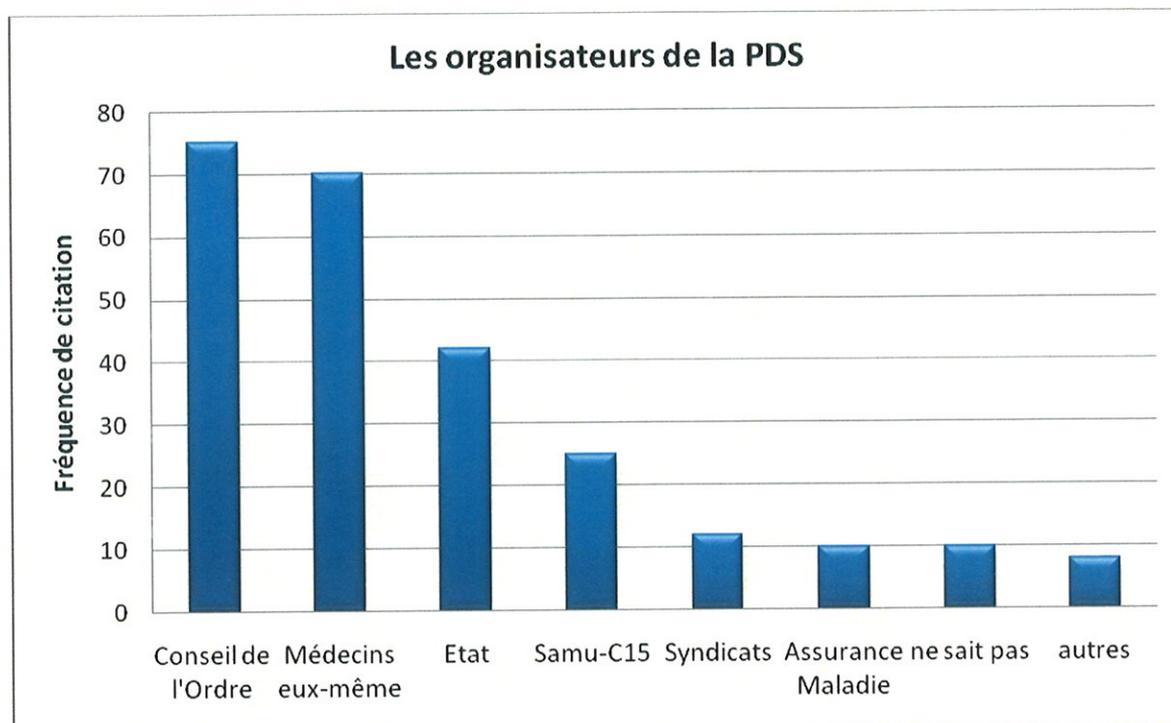


Figure 69 : Les organisateurs de la PDS selon l'échantillon-N=183.

On peut constater que les organisateurs éventuels les plus fréquemment cités sont le Conseil de l'Ordre et les médecins libéraux eux-même. Arrivaient ensuite l'Etat, l'Assurance Maladie et les autres catégories. De l'avis de notre échantillon l'organisation du dispositif de PDS devrait être sous la responsabilité du corps médical. Précisons que, dans certains questionnaires, différents intervenants étaient cités, de manière complémentaire.

- En fonction du sexe :

Chez les hommes la réponse la plus souvent retrouvée était le COM, puis les médecins eux-même, l'Etat, le SAMU Centre 15, les syndicats et l'Assurance Maladie.

Chez les femmes, par contre, la réponse la plus souvent citée était les médecins eux même, avant le COM, puis le SAMU Centre 15, l'Etat et l'Assurance Maladie.

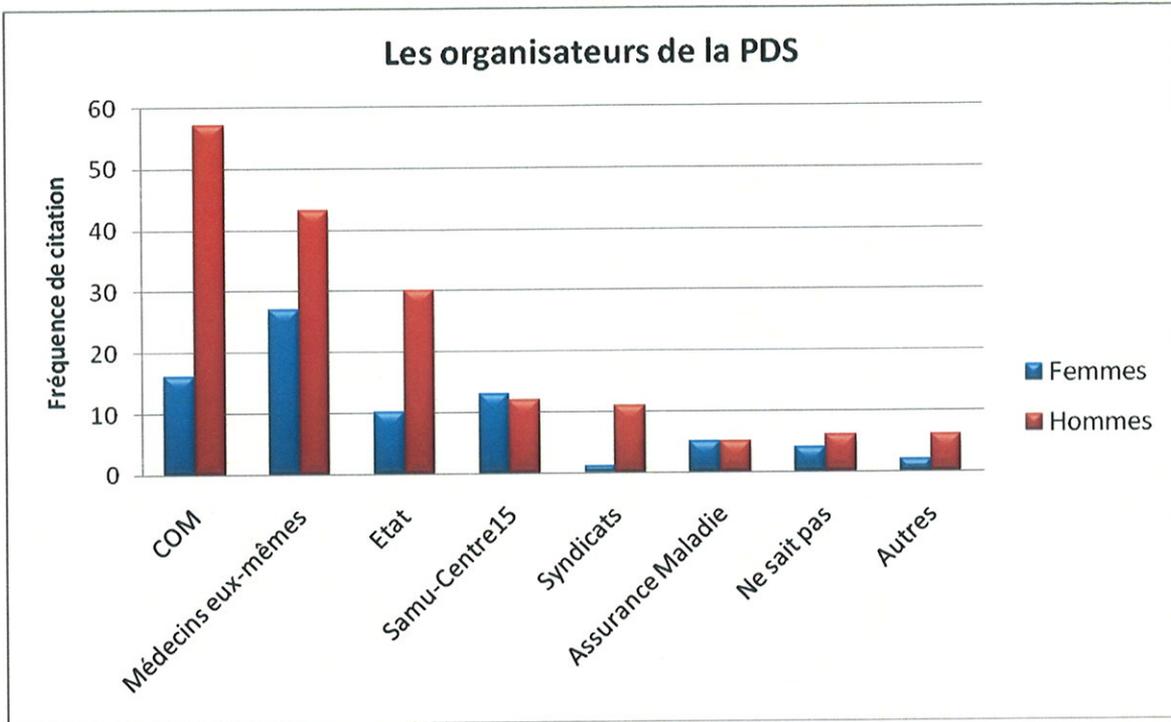


Figure 70 : Les organisateurs de la PDS selon le sexe-N=183.

- En fonction de l'âge :

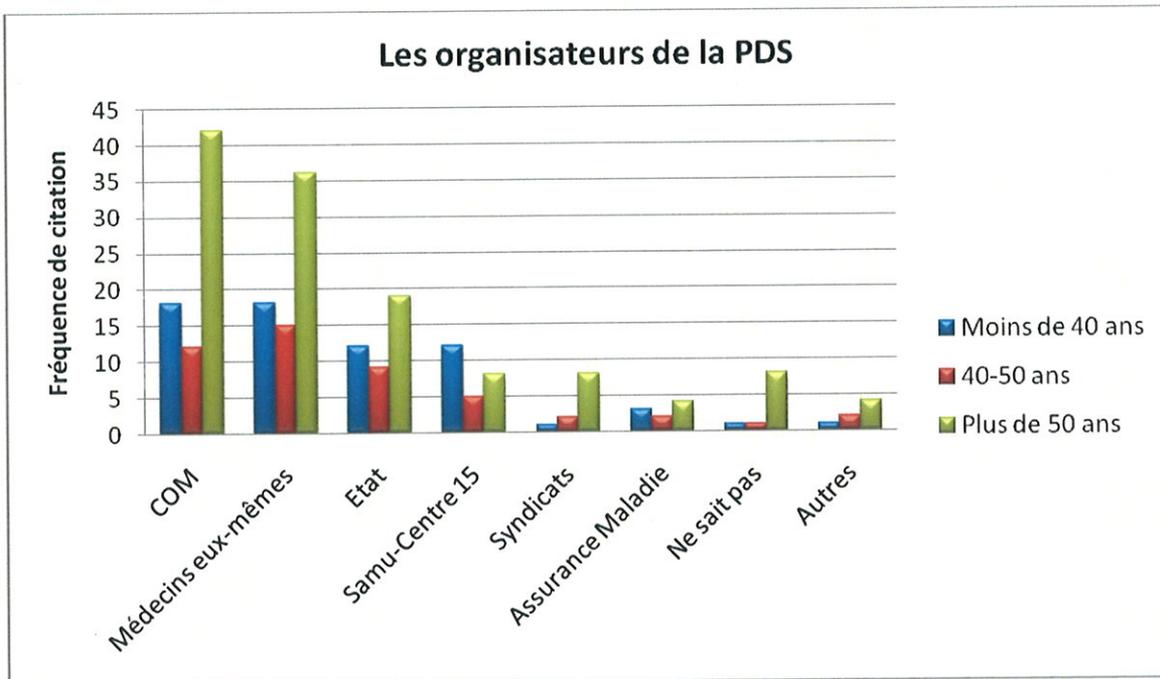


Figure 71 : Les organisateurs de la PDS selon l'âge-N=183.

- « Ruraux-Urbains » :

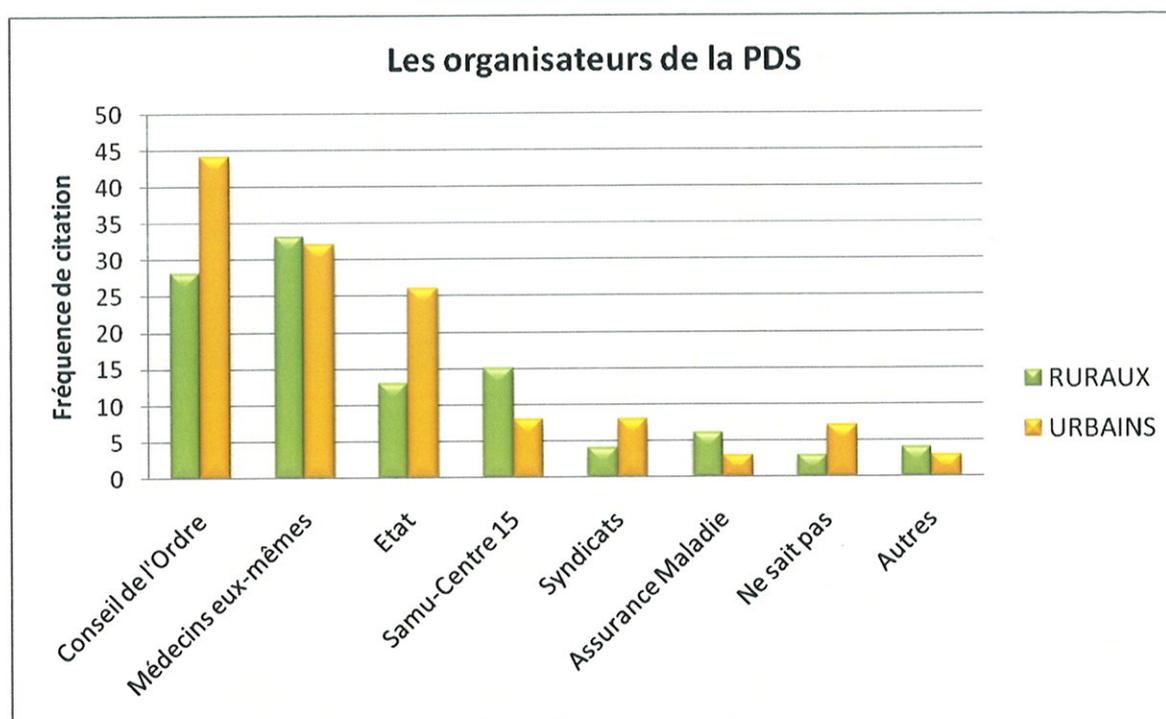


Figure 72 : Les organisateurs de la PDS selon le type d'exercice-N=183.

4. Le système actuel de PDS

a) La satisfaction globale

Q19 : Le système actuel de PDS en Haute-Vienne vous convient-il ?

Le taux de réponse était de 92,1% (N=243). Très majoritairement les répondants étaient satisfaits du dispositif actuel de PDS en Haute-Vienne (73,2%-N=178).

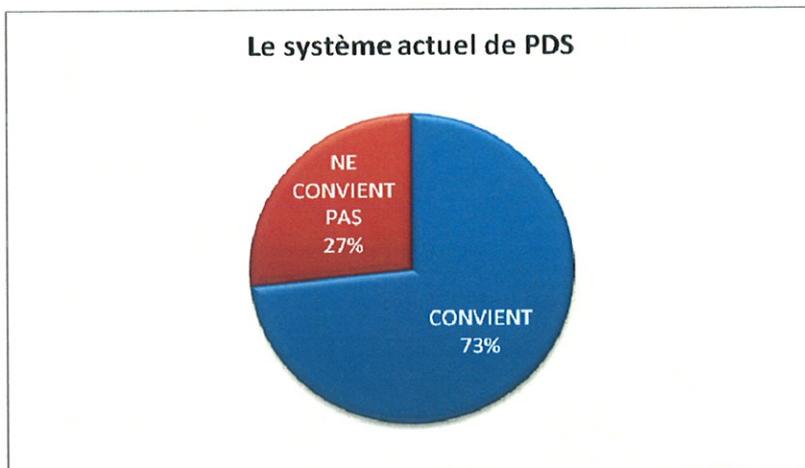


Figure 73 : Avis de l'échantillon sur le dispositif actuel de PDS-%-N=243.

- En fonction du sexe :

Les hommes et les femmes s'accordaient sur ce sujet et on ne retrouvait pas de différence significative entre les deux sexes (72,1% des femmes et 73,7% des hommes étaient satisfaits).

- En fonction de l'âge :

C'étaient les plus âgés qui semblaient les plus satisfaits du dispositif actuel avec 74,4% (N=90) des plus de 50 ans (environ 71% de satisfaits dans les autres tranches d'âges).

- « Ruraux-Urbains » :

Il en était de même pour l'exercice rural ou urbain qui ne jouait pas de rôle prépondérant dans l'avis de l'échantillon.

b) La PDS et les patients

Q20 : Pensez-vous que l'accès aux soins de vos patients aux heures de PDS soit satisfaisant ?

Le taux de réponse était de 92,4% (N=244). **Au moment de l'enquête, 88,1% (N=215) des praticiens étaient satisfaits de l'accès aux soins de leur "patientèle".**

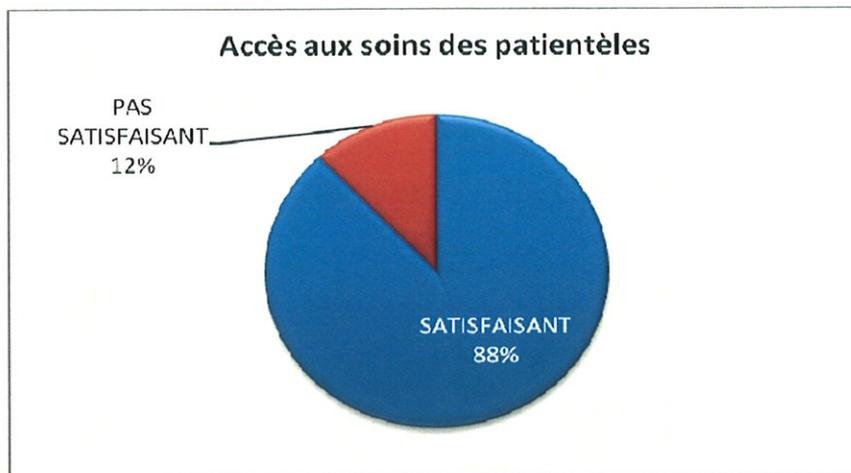


Figure 74 : Avis de l'échantillon sur l'accès aux soins de leur "patientèle"-%-N=244.

- En fonction du sexe :

Le sexe ne faisait pas de différence significative. Les femmes étaient satisfaites à 86,1% (N=74) et les hommes à 88,9% (N=136).

- En fonction de l'âge :

Là, les plus âgés étaient proportionnellement les moins satisfaits de l'accès aux soins de leurs patients avec 86,2% (N=106) des plus de 50 ans alors que les 40-50 ans l'étaient à 91,5% (N=43).

- « Ruraux-Urbains »:

Etonnamment, les médecins ruraux étaient plus satisfaits que les médecins urbains de cet accès aux soins, avec 90,7% (N=98) contre 85% (N=102).

Q21 : Pensez-vous que la population soit correctement informée du dispositif actuel ?

Le taux de réponse était de 92,8% (N=245). L'étude montrait que la majorité, soit **60,8% (N=149)**, considérait l'information à la population comme insuffisante ou inadaptée.



Figure 75 : Avis de l'échantillon sur la qualité de l'information de la population-%-N=245.

- En fonction du sexe :

Les femmes de notre étude étaient un peu plus perplexes que les hommes sur la qualité de l'information donnée à la population en ce qui concerne la PDS.

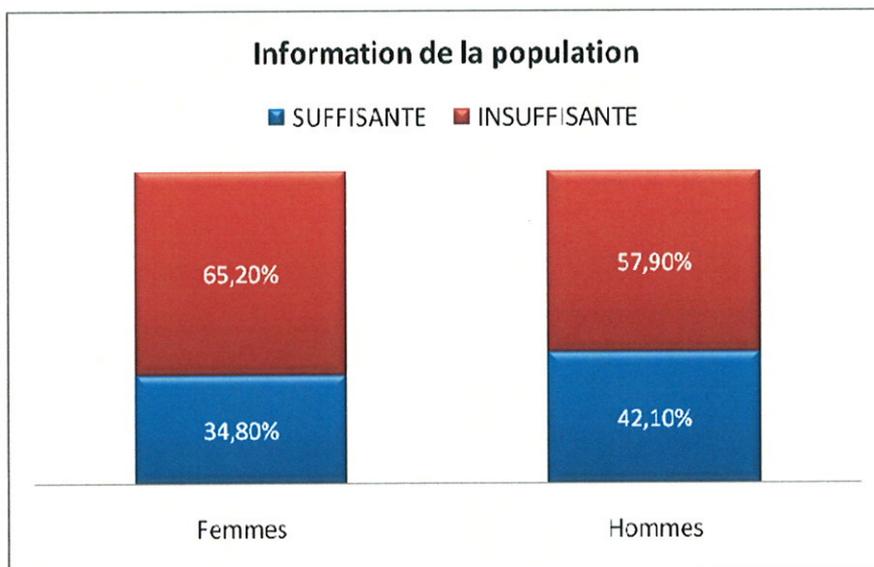


Figure 76 : La qualité de l'information de la population en fonction du sexe-%-N=245.

- En fonction de l'âge :

La tranche d'âge qui doutait le plus de la qualité d'information de la population était les moins de 40 ans .

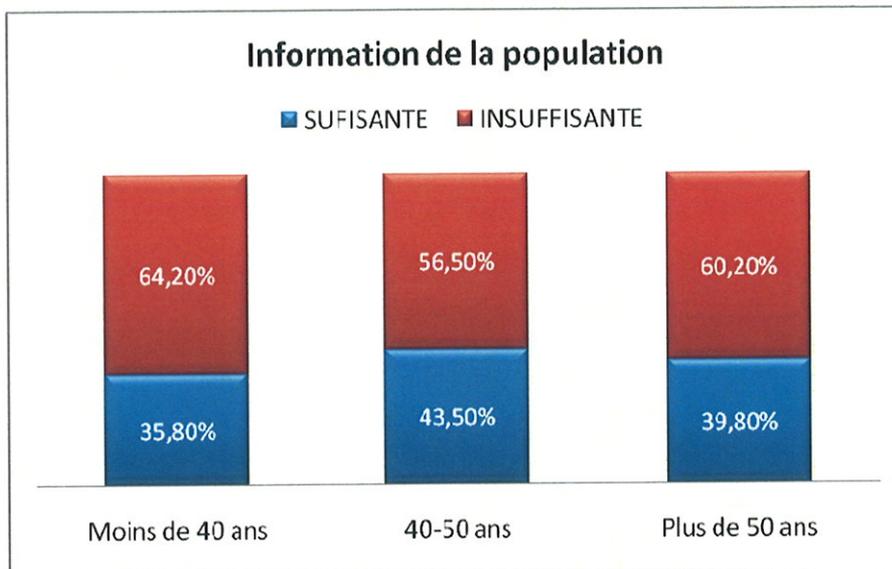


Figure 77 : La qualité de l'information de la population en fonction de l'âge-%-N=245.

- « Ruraux-Urbains » :

Les praticiens urbains doutaient plus que leurs confrères ruraux de la qualité de cette information.

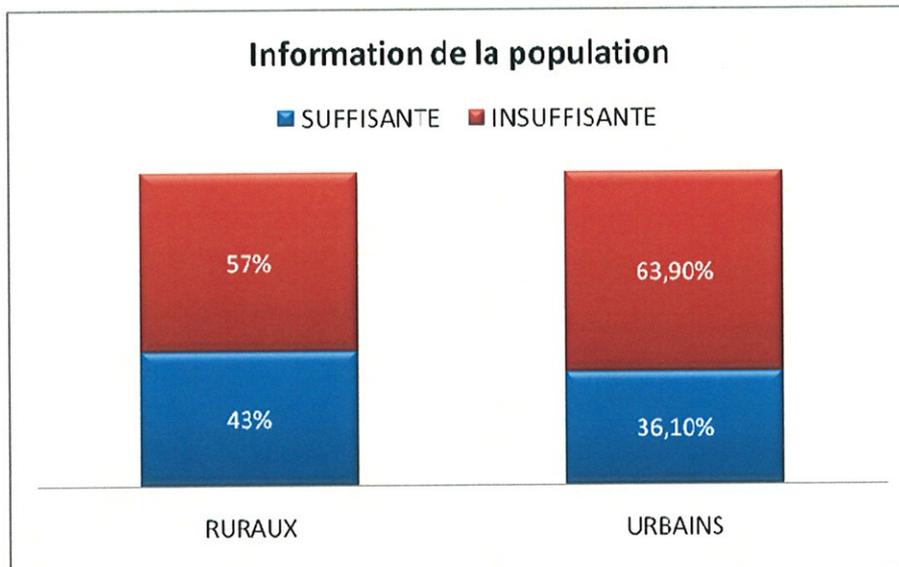


Figure 78 : La qualité de l'information de la population en fonction du type d'exercice-%-N=245.

Q22 : Pensez-vous qu'elle en fasse bon usage ?

Le taux de réponse était de 89,8% (N=237). A cette question, la majorité des répondants estimait que l'usage fait de la PDS n'était pas adéquate.

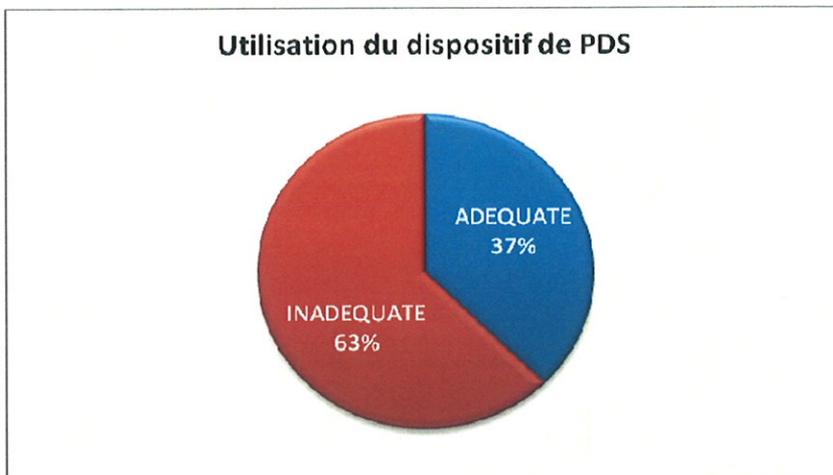


Figure 79 : Avis de l'échantillon sur l'utilisation de la PDS par la population-%-N=237.

- En fonction du sexe :

Les femmes estimaient plus fréquemment que les hommes que l'utilisation du dispositif de PDS par la population était inadéquate.

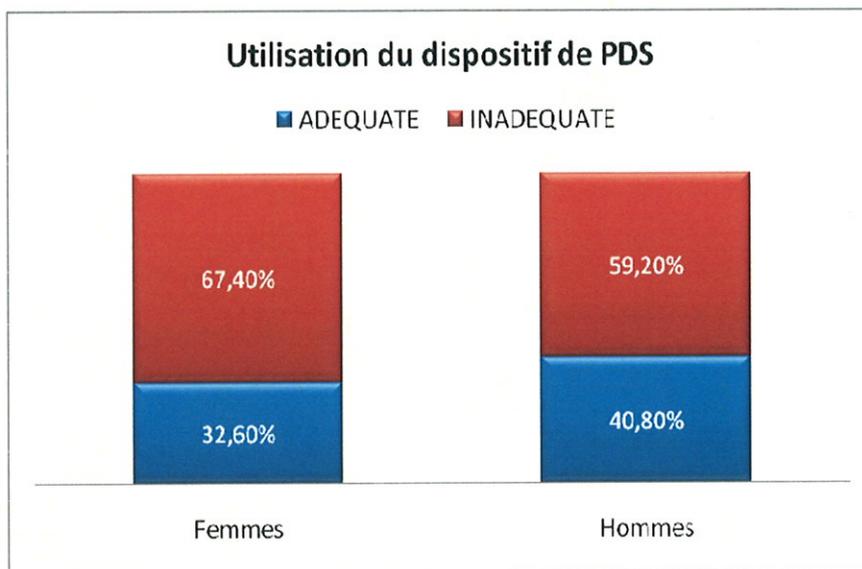


Figure 80 : Utilisation du dispositif de PDS par la population en fonction du sexe-%-N=237.

- En fonction de l'âge :

C'était chez les 40-50 ans que les avis étaient les plus partagés en ce qui concerne l'utilisation de la PDS par la population.

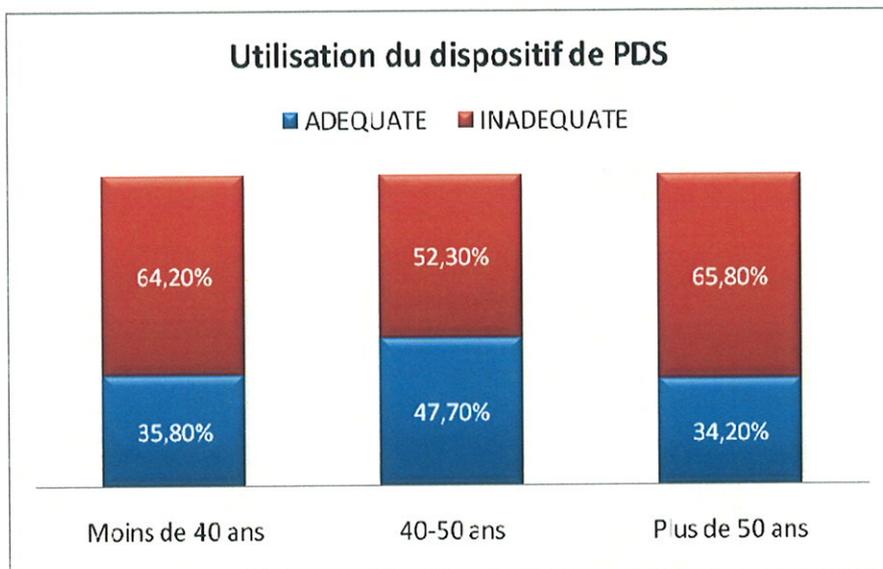


Figure 81 : Utilisation du dispositif de PDS par la population en fonction de l'âge-%-N=237.

- « Ruraux-Urbains » :

Le type d'exercice rural ou urbain jouait un rôle important dans l'avis des médecins sur ce sujet. Les médecins urbains considéraient très majoritairement que la population n'utilisait pas de manière adéquate le dispositif de PDS, alors que l'avis des médecins ruraux était moins tranché.

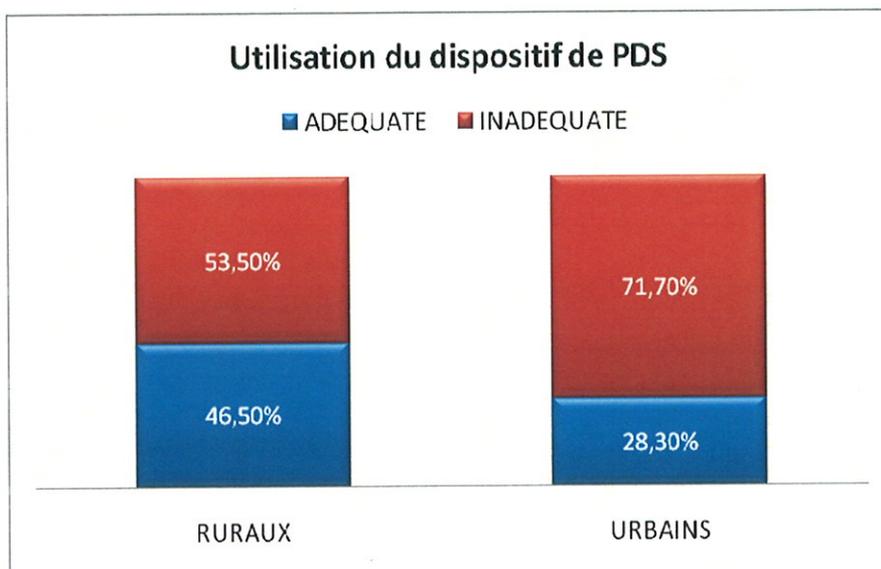


Figure 82 : Utilisation du dispositif de PDS par la population en fonction du type d'exercice-%-N=237.

c) L'implication des médecins généralistes dans la PDS

Q23 : Participez-vous au « tour de garde » ?

Le taux de réponse à cette question était de 94,7% (N=250). **Dans notre étude, 84% (N=210) des répondants participaient au « tour de garde ».** Ce résultat élevé est probablement dû au fait que nos répondants, étaient plus concernés que les autres par la PDS et représentaient donc ceux qui assurent les astreintes.

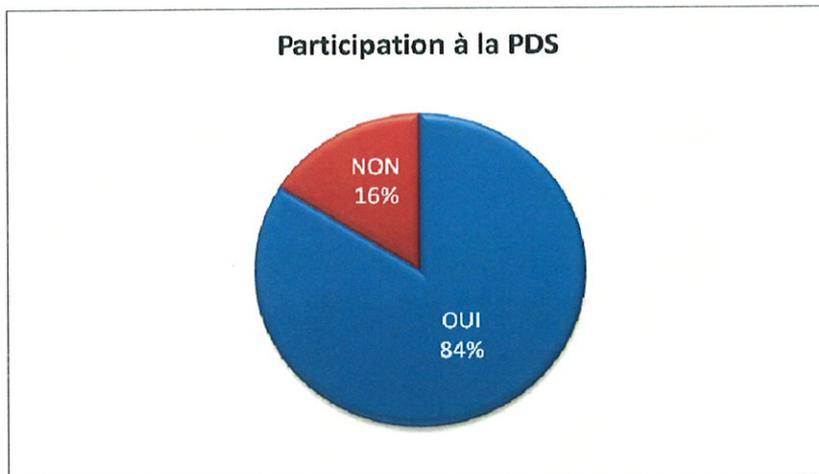


Figure 83 : Participation de l'échantillon à la PDS-%-N=250.

- En fonction du sexe :

Le taux de participation des médecins à la PDS, dans notre étude, était légèrement inférieur chez les médecins de sexe féminin. Les femmes participaient à 82,2% (N=74) et les hommes à 85,2% (N=132).

- En fonction de l'âge :

C'étaient les 40-50 ans qui participaient le plus à la PDS avec 89,4% (N=42) d'entre eux, pour 83,6% (N=56) des moins de 40 ans et 83,1% (N=103) des plus de 50 ans.

- « Ruraux-Urbains » :

On retrouvait, par contre, une réelle différence de participation en fonction de l'activité. Les praticiens ruraux participaient plus que les praticiens urbains à la PDS.

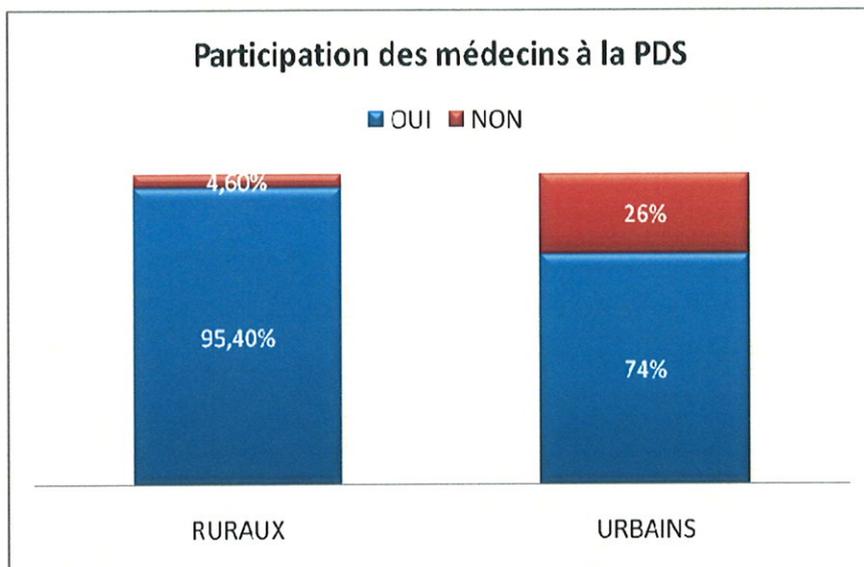


Figure 84 : Participation à la PDS en fonction du type d'exercice-%-N=250.

La quasi-totalité des médecins ruraux de notre échantillon participaient à la PDS. Par contre, on ne retrouvait la participation que des trois-quarts des médecins urbains de notre échantillon. Ce qui représente, tout de même une très forte participation.

Q25 : Vos gardes sont-elles régulées ?

Le taux de réponse était de 77,7% (N=205). En réalité n'étaient sensés répondre que les médecins participants à la PDS, soit 210. Le taux de réponse rectifié était donc de 97,6%. Dans l'étude, on ne retrouvait presque plus d'astreintes non régulées, en effet ils n'étaient que 4,4% (N=9) dans ce cas. **Soit, pour la Haute-Vienne, une couverture de régulation de 96%.**

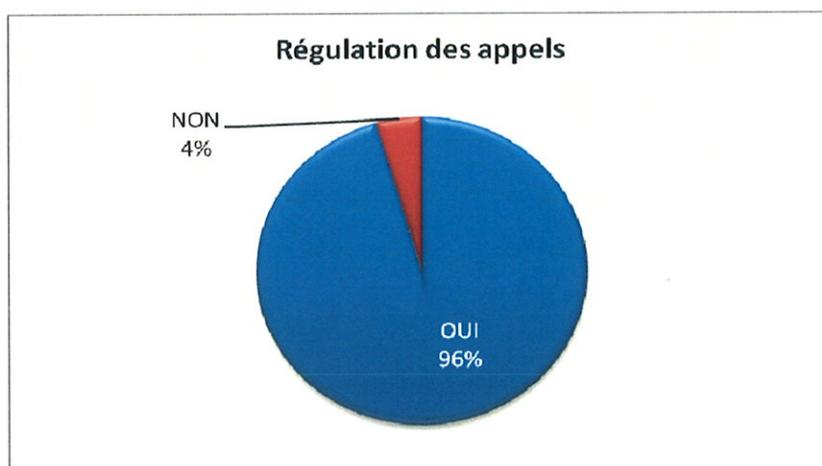


Figure 85 : Régulation des appels dans l'échantillon-%-N=205.

- En fonction du sexe :

On ne retrouvait pas de différence significative entre les deux sexes.

- En fonction de l'âge :

Il en était de même pour l'âge.

- « Ruraux-Urbains »:

Les résultats étaient quasiment identiques dans les deux populations.

d) Les actes au cours de la PDS

Q24 : Si vous participez au tour de garde, quelles sont en moyenne : le nombre de nuits par mois, le nombre de week-ends par an, le nombre d'actes au cours d'une nuit et le nombre d'actes au cours d'un week-end ?

Le nombre moyen de nuit par mois était de **3,34**. Aux deux extrémités on retrouvait au minimum 0 et au maximum 11 nuits par mois.

Le nombre moyen de week-end par an était de **7,85**. Aux deux extrémités un minimum de 0 et un maximum à 25.

Le nombre moyen d'actes par nuit de garde était de **1,62**. Aux deux extrémités un minimum à 0 et un maximum à 15.

Le nombre moyen d'actes réalisés en un week-end de garde était de **9,66**. Aux deux extrémités un minimum de 1 et un maximum à 70 actes.

- En fonction du sexe :

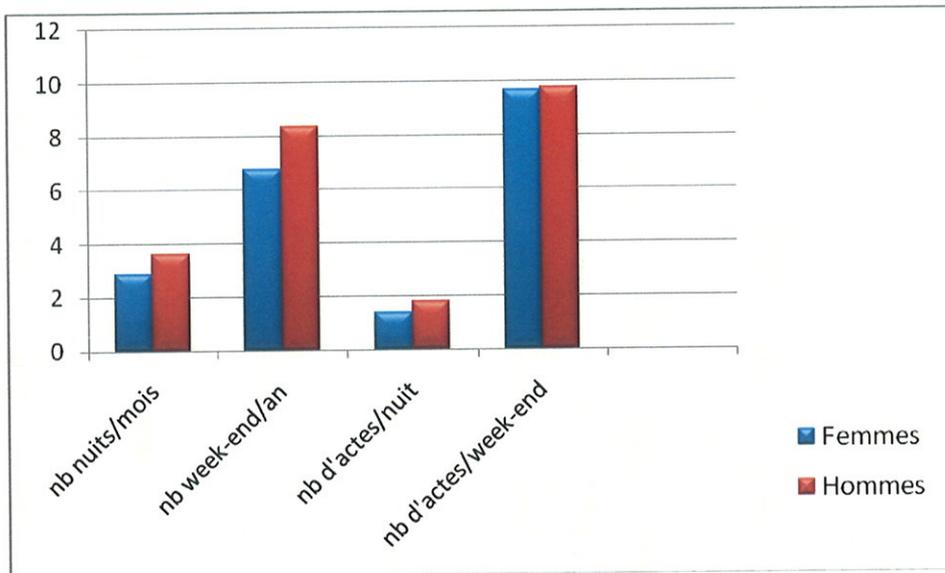


Figure 86 : L'activité durant la PDS en fonction du sexe. Les chiffres exprimés sont des moyennes.

On constatait que les différences se faisaient essentiellement sur la quantité d'astreintes réalisées que sur l'activité durant celles-ci. Les hommes réalisaient plus d'astreintes que les femmes et d'autant plus celles de week-end.

- En fonction de l'âge :

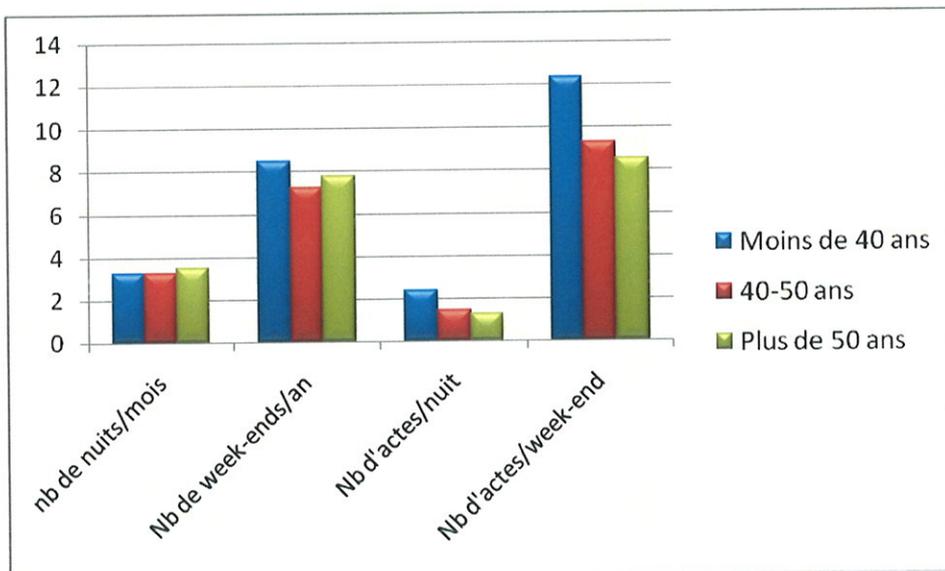


Figure 87 : L'activité durant la PDS en fonction de l'âge. Les chiffres exprimés sont des moyennes.

A la différence de la répartition selon le sexe, l'âge des répondants faisait une différence sur l'activité et non sur la quantité d'astreintes. Les moins de 40 ans effectueraient plus d'actes que leurs aînés sur une durée identique.

- « Ruraux-Urbains »:

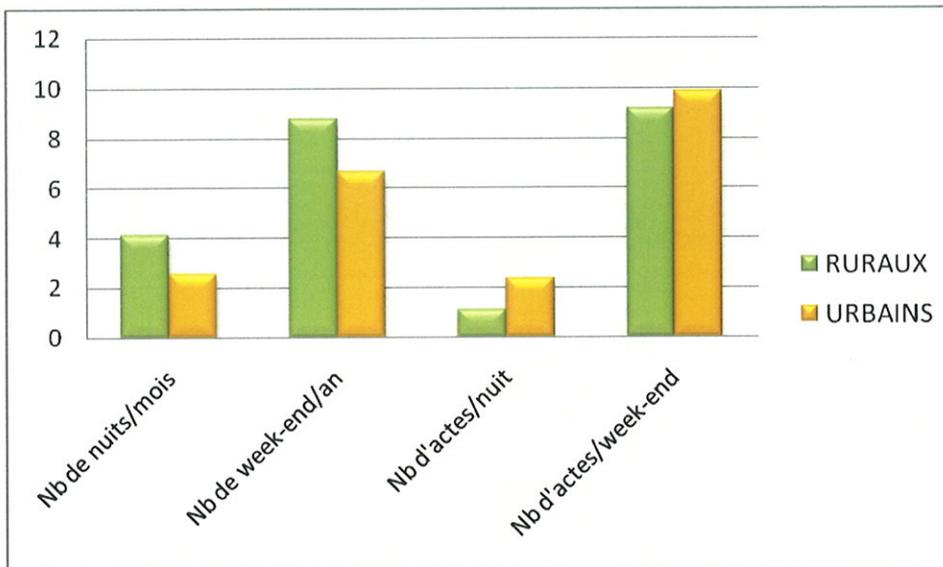


Figure 88 : L'activité durant la PDS en fonction du type d'exercice. Les chiffres exprimés sont des moyennes.

On remarquait que les médecins ruraux effectuaient plus d'astreintes que les médecins urbains, par contre l'activité durant les gardes semblait moins soutenue en milieu rural.

Q26 : Vos visites ou consultations de garde non justifiées représentent en moyenne : 1/2, 1/3, 1/5, 1/10 ?

Le taux de réponse était de 88,6% (N=186).

Le nombre moyen d'actes estimés comme « non justifiés » était de **0,23, soit environ 1 acte sur 4**. Cette valeur restait identique quels que soient le sexe et l'activité rurale ou urbaine. A noter que la tranche d'âge des 40-50 ans avait une moyenne légèrement supérieure à 0,24.

Q27 : Les visites ou consultations nécessitant votre intervention dans la demi-journée représentent en moyenne 1/2, 1/3, 1/5, 1/10 ?

Le taux de réponse était de 78,6% (N=165).

Le nombre moyen d'actes estimés comme nécessitant une intervention médicale dans la demi-journée était de **0,38, soit environ 2 actes sur 5.**

- Les femmes avaient une moyenne légèrement inférieure : 0,37.
- Les moyennes en fonction des tranches d'âge étaient les suivantes : 0,36 chez les plus âgés, 0,38 chez les 40-50 ans et enfin 0,41 chez les plus jeunes. Plus on avançait en âge, plus la proportion de ces actes était importante et inversement.
- Les moyennes en fonction de l'activité rurale ou urbaine : 0,4 chez les médecins ruraux et 0,35 chez les médecins urbains.

Q28 : Les urgences nécessitant votre intervention immédiate représentent en moyenne : 1/2, 1/3, 1/5, 1/10 ?

Le taux de réponse était de 89,5% (N=188).

Le nombre moyen d'actes estimés comme nécessitant une intervention médicale immédiate était de **0,17, soit environ 1 acte sur 6.**

- Les moyennes étaient identiques dans les deux sexes.
- Les moyennes en fonction de l'âge étaient les suivantes : 0,16 chez les moins de 40 ans, 0,17 chez les 40-50 ans et 0,18 chez les plus de 50 ans. Les plus jeunes estimaient réaliser un peu moins d'urgences que leurs aînés.
- Chez les médecins ruraux la moyenne était à 0,17 et chez les médecins urbains 0,18.

Q29 : Les hospitalisations, au terme de vos interventions, représentent en moyenne ?

Le taux de réponse était de 89,1% (N=188).

La proportion d'hospitalisation estimée était de **0,18, soit entre 1 acte sur 5 et 1 acte sur 6.**

➤ La moyenne estimée chez les femmes était légèrement inférieure : 0,17. Les hospitalisations seraient donc un peu moins fréquentes chez les médecins de sexe féminin.

➤ Les moyennes en fonction de l'âge étaient les suivantes : 0,19 chez les plus de 50 ans, 0,18 chez les 40-50 ans et 0,16 chez les moins de 40 ans. En pratique les plus âgés estimaient hospitaliser en moyenne 1 personne sur 5, les moins de 40 ans 1 personne sur 6.

➤ Les praticiens ruraux avaient une moyenne de 0,2 alors que celle des praticiens urbains était de 0,16 : ce sont donc les médecins ruraux qui hospitaliseraient le plus.

Q30 : Vos demandes de transports sanitaires, au terme de vos interventions, représentent en moyenne ?

Le taux de réponse était de 89,1% (N=188).

La moyenne de demande de transport sanitaire était de **0,18, soit entre 1 acte sur 5 et 1 acte sur 6.**

➤ La moyenne estimée chez les femmes était 0,17, alors qu'elle était de 0,19 chez les hommes. Elles sembleraient solliciter un peu moins fréquemment les entreprises de transports sanitaires que leurs confrères masculins.

➤ Les moyennes en fonction des tranches d'âge étaient les suivantes : 0,16 chez les moins de 40 ans, 0,17 chez les 40-50 ans et enfin 0,19 chez les plus de 50 ans. Les plus jeunes solliciteraient donc un peu moins fréquemment les transporteurs que leurs aînés.

➤ Les médecins ruraux semblaient être plus demandeurs que leur confrères urbains de transports sanitaires (0,2 chez les ruraux et 0,16 chez les urbains).

Q31 : Vos interventions pour actes « médico-administratifs » (certificats de décès, garde à vue, hospitalisation en secteur psychiatrique) représentent en moyenne : moins d'1/20, entre 1/20 et 1/10, plus d'1/10 ?

Le taux de réponses était de 90% (N=189).

Dans l'étude, **74,6% (N=141)** estimaient que ce type d'actes représentait moins d'un acte sur 20, **21,2% (N=40)** estimaient qu'ils représentaient entre 1 acte sur 10 et 1 acte sur 20, enfin ils n'étaient que 4,2%(N=8) à estimer que ce type d'acte représentait plus d'1 acte sur 10. Précisons que les 8 répondants qui considéraient ces actes comme représentant plus de 10% de leur activité de garde étaient plutôt urbains (6 d'entre eux), plutôt de sexe masculin (6 sur 8) et plutôt âgés (7 d'entre eux avaient plus de 50 ans).

L'intégralité des résultats analysés, lors de cette enquête, sont disponibles sur demande.

SYNTHESE ET DISCUSSION

V. SYNTHÈSE ET DISCUSSION

A. *Les difficultés de l'étude*

1. Le matériel utilisé

a) La constitution de l'échantillon

Le questionnaire a été envoyé à la totalité des médecins généralistes inscrits au Tableau de l'Ordre sans distinction d'exercice. En effet, les médecins à exercice particulier (MEP) (homéopathe, angiologue, acupuncteur, phoniatre, nutritionniste...) ont reçu le questionnaire, alors qu'une majorité sinon la quasi-totalité d'entre eux ne pratique pas de médecine générale et ne se considère pas concernée par la PDS. Le taux de réponse global, de même que les taux spécifiques à chaque question, auraient probablement été meilleurs s'ils n'avaient pas été comptabilisés.

Le questionnaire a également été envoyé à tous les remplaçants domiciliés en Haute-Vienne, il n'est donc pas possible de savoir, avec certitude, si leur activité reste départementale ou s'étend aux départements voire aux régions voisines. Il en est de même pour les remplaçants domiciliés dans les départements limitrophes qui ont probablement une activité de remplacement en Haute-Vienne et qui n'auront pas donné leur opinion dans cette étude.

b) Le questionnaire

Par souci de simplicité, et afin de ne pas alourdir le questionnaire, les réponses ont été rédigées en mode binaire OUI/NON. Le traitement des résultats en a été simplifié mais cette approche, par nature, n'était pas nuancée. De plus, les questionnaires ont été envoyés au début de la période des vacances estivales, le taux de participation en aura peut être été affecté de manière péjorative.

2. L'analyse du questionnaire

Il comportait une question ouverte, dont l'exploitation a été délicate. Nous avons choisi de créer des groupes de réponses pour en faciliter l'analyse ; les commentaires des répondants peuvent s'en trouver simplifiés.

De plus, certaines questions paraissent mal formulées, au vu des réponses qui y ont été apportées (q 5, 6, 7 et 26).

a) L'activité rurale ou urbaine

Les différents lieux d'exercice avaient été initialement définis en fonction de leur population: moins de 2 000 habitants, entre 2 000 et 5 000 habitants et plus de 5 000 habitants. L'utilisation de ces réponses s'est avérée inutile et hasardeuse. Selon l'INSEE [49] une unité urbaine se définit par une commune (ou un ensemble de communes) de plus de 2 000 habitants avec un maximum de 200 mètres entre chaque habitation ; la commune devant posséder plus de la moitié de sa population dans cette zone bâtie. La zone semi-rurale ne connaît pas de définition usuelle. La Haute-Vienne se prête assez mal à ces définitions, car en dehors de l'agglomération de Limoges, les villes sont peu peuplées et très dispersées. Le choix a été fait de ne réaliser que deux groupes d'exercice « les ruraux » et « les urbains », non pas en fonction de la densité de population mais de la proximité d'un centre hospitalier. Nous avons considéré que pour la permanence des soins cette notion d'éloignement (ou de proximité) d'un centre hospitalier pouvait apparaître plus judicieuse. De ce fait les « semi-ruraux » n'existent pas dans notre étude ; une partie d'entre eux se sont retrouvés dans la catégorie « ruraux » et les autres dans la catégorie « urbains ». **Ainsi ont été considérés comme « ruraux » : les médecins exerçant à plus de 15 minutes d'un centre hospitalier, tous les autres ont été classés « urbains ».** Il conviendra donc de n'interpréter les résultats qu'en fonction des définitions que nous avons utilisées, et d'être prudent dans les comparaisons qui pourraient être effectuées avec d'autres travaux.

b) Questions portant sur le « spécialiste de premier recours » (q5, q6 et q7)

Les réponses devront être considérées avec réserve. En effet, l'intitulé de la question 5 pouvait porter à confusion. Afin d'être au plus proche des définitions actuelles de la

médecine générale, nous avons juxtaposé deux termes qui jusqu'alors ne l'étaient pas de façon formelle. Il s'agissait du terme « spécialité » de médecine générale et de sa dimension de « premier recours ». La question était donc : « *Connaissez-vous la dénomination de spécialiste de premier recours ?* ». Cette formulation, aura probablement entraîné un nombre de réponses négatives trop élevé à cette question.

La question n°7 concernait la formation à la médecine de premier recours. Là encore, des réserves pourront être faites quant aux résultats avancés. En effet, une confusion aurait pu se faire entre la formation aux premiers secours (sous-entendant la prise en charge des urgences en médecine générale) et la formation à la médecine de premier recours dans sa définition originelle.

c) Le volume d'activité durant la PDS (q24)

Les moyennes des actes médicaux au cours d'une nuit et d'un week-end de garde ont probablement été biaisées par les réponses de praticiens effectuant un très grand nombre d'actes. Il s'agissait probablement de médecins faisant partie de structures comme SOS Médecins qui effectuent proportionnellement plus d'actes que leurs confrères. Ces moyennes sont vraisemblablement légèrement augmentées.

d) Question portant sur les visites et consultations non justifiées (q26)

Certains répondants nous ont signifié l'oubli d'un item 0 (zéro), c'est-à-dire considérer que toute visite ou consultation régulée était justifiée par nature. Les répondants ayant rajouté un item 0 n'ont pas été comptabilisés pour l'homogénéité des résultats statistiques. Le taux de réponse à cette question a probablement été affecté de manière négative.

B. Les constats de l'étude

1. L'intérêt des médecins

Le taux de réponse à notre enquête était très satisfaisant avec **46% de participation**. Le taux de réponse des femmes était de 45% celui des hommes légèrement supérieur : 47%. Les remplaçants avaient un taux de réponse inférieur aux médecins installés : ils avaient répondu à 36% alors que les médecins installés avaient répondu à 49%. Ce peut être expliqué par une réalité moins contraignante pour les remplaçants d'effectuer des astreintes alors que chez les médecins installés cette préoccupation est très présente. En effet, les remplaçants ont la possibilité de n'effectuer que des remplacements de médecins réalisant peu, ou pas, de gardes. Des statistiques, sur l'implication des remplaçants dans la PDS, sont en cours de réalisation en Haute-Vienne. Elles sont réalisées par un récent syndicat de remplaçants et jeunes installés limousins (GJIREL).

2. La représentativité de l'échantillon

Le sex-ratio dans notre étude était conforme à celui de notre département avec environ 60% d'hommes et 40% de femmes.

3. Les généralités sur la PDS

a) Le devoir de garde

La très grande majorité de l'échantillon (80%) considérait les gardes comme un de leurs devoirs. A l'heure des modifications culturelles et sociétales, il semblerait que, dans notre département du moins, la responsabilité professionnelle de chacun reste en accord avec le « bien de tous ». Il est probable que ce résultat soit biaisé. En effet, les répondants étaient certainement plus investis dans la PDS que la totalité de la population ciblée. Remarquons que les plus jeunes ressentaient moins cette obligation que leurs aînés. Il existait également une différence entre le milieu rural et le milieu urbain avec un sentiment d'obligation plus fort chez les ruraux. Il est probable que l'existence de structures type SOS

Médecins et MMG rend la présence des médecins urbains moins nécessaire pour la PDS. « L'obligation suivrait le besoin ».

Précisons, que **sur la totalité des médecins de l'échantillon estimant les gardes comme un devoir, ils n'étaient que 88,3% (N=174) à participer à la PDS.**

b) Le volontariat

Dans notre étude, il semble garder les faveurs de la profession. En effet **78% de l'échantillon y était favorables.** Les médecins ruraux un peu moins que les médecins urbains. Ce constat semble logique. Certains médecins ruraux s'interrogent sur la fiabilité de ce système face à la lourdeur de plus en plus marquée de la PDS qu'ils assurent. La tâche s'alourdit d'autant que la liste de volontaires se restreint.

On peut effectivement s'interroger sur la pérennité d'un système basé sur le volontariat individuel. En l'état actuel, si le nombre de volontaires continue de diminuer (comme c'est le cas en Haute-Vienne), les réquisitions préfectorales pourraient augmenter. Ce ne serait plus un choix mais une contrainte qui serait, certainement, mal vécue par les intéressés.

Remarque : la réquisition annule tous les contrats d'assurance du médecin réquisitionné. Juridiquement (art 160-7 du Code des Assurances) [50] « *la réquisition de service [...] entraîne de plein droit la suspension des effets des contrats d'assurance de dommages, dans la limite de la réquisition, et dans la mesure de la responsabilité de l'Etat* ». Cependant certaines compagnies d'assurances continueraient d'assurer leurs souscripteurs requis en fonction des contrats individuels signés, et ce en non respect du Code des Assurances (cette démarche est-elle bien légale ?).

A l'analyse des réponses au plan départemental, il semble difficile de remettre en cause le volontariat comme base du dispositif de PDS.

c) La PDS comme mission de service public

La PDS était considérée par 80% de notre échantillon comme une mission de service public, cela en accord avec sa définition légale de 2006 et le nouvel accent apporté dans la

loi Hôpital Santé Patients Territoire (HSPT) de 2009 [51]. L'article L. 6314-1 du code de la santé publique [52] est ainsi rédigé : « Art. 6314-1. *La mission de service public de permanence des soins est assurée, en collaboration avec les établissements de santé [...] dans le cadre de leur activité libérale [...], dans les conditions définies à l'article L. 1435-5 [...]. Tout autre médecin ayant conservé une pratique clinique a vocation à y concourir selon des modalités fixées contractuellement avec l'ARS* ». « *Le directeur général de l'agence régionale de santé communique au représentant de l'Etat dans le département les informations permettant à celui-ci de procéder aux réquisitions éventuellement nécessaires à la mise en œuvre du premier alinéa* ». L'article L.1435-5 [53] est ainsi rédigé : « *L'agence régionale de santé organise, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat, la mission de service public de permanence des soins [...]. Ses modalités, élaborées en association avec les représentants des professionnels de santé, dont l'ordre des médecins, sont définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent. L'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins, selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat* ».

Un constat regrettable : **80% de l'échantillon ne considérait pas cette mission clairement définie** (le questionnaire a été envoyé au cours de l'été 2009, la loi HPST a été votée le 21 juillet 2009). Il paraît donc nécessaire pour les professionnels de santé que des précisions soient apportées. Celles-ci concerneraient entre autre, le statut des effecteurs de cette mission de service public, la couverture assurantielle (responsabilité civile professionnelle, assurance automobile et matériel) et la rémunération. Dans le projet de zone expérimentale, proposée par la MRS du Limousin, le statut de collaborateur occasionnel du service public (COSP) est avancé. Un problème persiste malgré la possibilité d'endosser le statut de COSP. Ce dernier devrait permettre aux médecins de bénéficier de l'assurance de l'Etat lorsqu'ils effectuent la PDS. Or « *il n'existe pas de texte juridique fondant la notion de COSP, il ne s'agit en fait que d'un concept jurisprudentiel créé par des magistrats* » lors d'actions intentées en justice par des citoyens contre l'État comme l'écrit Vincent Potié, exerçant au barreau de Lille, spécialisé en droit médical, « *le COSP n'est pas un statut légal, et on ne connaît pas les conséquences de ce statut* » [54]. De ce fait on ne peut que conseiller à chaque médecin investi dans la PDS, de s'assurer auprès des associations locales de PDS, de la réalité de l'assurance responsabilité qu'ils ont souscrit. Certains

médecins français, ayant subi des dommages durant leur mission de PDS, attendent toujours leurs indemnisations.

Il paraît donc indispensable que les professionnels de santé se mobilisent autour de ces questions, souvent bien éloignées de leurs préoccupations quotidiennes. Ce, afin d'obtenir des réponses appropriées qui permettraient, peut-être, de voir le nombre de volontaires à la hausse.

Dans notre étude les avis étaient assez partagés concernant la compatibilité entre une activité libérale et une mission de service public. En effet ils **n'étaient que 60% à considérer ces activités comme compatibles**. Les « flous » de la mission de service public que nous avons évoqués précédemment en sont peut-être la cause. Certains répondants nous ont manifesté leur refus de remplir une mission de ce type, tout en tenant à la continuité des soins pour leurs patients.

d) Le médecin de premier recours

Dans l'étude, **66% des répondants méconnaissaient la dénomination de « premier recours »**. Cette notion de premiers recours découle de la définition de la médecine générale donnée par la World Organization of National Colleges and Academies of general practitioners/family physicians (WONCA) en 2002 [55].

➤ La médecine générale est une discipline scientifique et universitaire, avec son propre contenu spécifique de formation, de recherche, de pratiques, et ses propres fondements scientifiques.

➤ C'est une Médecine de soins primaires : premier niveau de contact avec le système de santé, accès ouvert et non limité, prise en compte de tous les problèmes de santé, médecine de proximité de la personne dans son environnement social et familial.

➤ Les caractéristiques de la médecine générale déterminent des stratégies diagnostiques et thérapeutiques adaptées aux besoins du patient :

- premier contact avec le système de soins,
- approche centrée sur le patient,
- consultation personnalisée par la relation médecin-patient,
- continuité des soins par le suivi au long cours,
- coordination des ressources du système de soins,

- démarche décisionnelle déterminée par la prévalence et l'incidence des maladies en soins primaires,
- prise en charge simultanée de plaintes et de pathologies multiples, intervention au stade précoce et non différencié des maladies,
- promotion et éducation pour la santé, action spécifique de santé publique, réponse globale aux problèmes de santé.

Ces caractéristiques sont regroupées en 5 fonctions :

- approche globale ;
- **premier recours** ;
- **continuité des soins** ;
- coordination des soins ;
- rôle de santé publique.

Ces dernières années la médecine de premier recours est mise en avant. L'article L.1411-11 du code de la santé publique [56] stipule : « *L'accès aux soins de premier recours ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité. Ils sont organisés par l'agence régionale de santé au niveau territorial [...] et conformément au schéma régional d'organisation des soins [...]. Ces soins comprennent :*

- 1° *La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;*
- 2° *La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;*
- 3° *L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- 4° *L'éducation pour la santé.*

Les missions du médecin généraliste de premier recours sont, selon l'article L.4130-1 du même code [57]:

- « 1° *Contribuer à l'offre de soins ambulatoire, en assurant pour ses patients la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des maladies ainsi que l'éducation pour la santé. Cette mission peut s'exercer dans les établissements de santé ou médico-sociaux ;*
- 2° *Orienter ses patients, selon leurs besoins, dans le système de soins et le secteur médico-social ;*
- 3° *S'assurer de la coordination des soins nécessaire à ses patients ;*

4° *Veiller à l'application individualisée des protocoles et recommandations pour les affections nécessitant des soins prolongés et contribuer au suivi des maladies chroniques, en coopération avec les autres professionnels qui participent à la prise en charge du patient ;*

5° *S'assurer de la synthèse des informations transmises par les différents professionnels de santé ;*

6° *Contribuer aux actions de prévention et de dépistage ;*

7° ***Participer à la mission de service public de permanence des soins dans les conditions fixées à l'article L. 6314-1 ;***

8° *Contribuer à l'accueil et à la formation des stagiaires de deuxième et troisième cycles d'études médicales ».*

Ces différentes notions, anciennes ou plus récentes, n'ont manifestement pas été suffisamment acquises par tous les membres de la profession.

A la lecture de l'article 77 du CDM (art R.4127-77 du CSP) « *le devoir du médecin de participer à la PDS dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* » n'est-il pas une obligation de participer à cette mission ? La grande majorité semblait souhaiter une clarification sémantique et juridique de ces différents textes (au sens littéral du terme, le devoir est « ce à quoi on est obligé » [58]).

La formation à la médecine générale de premier recours ne fait pas l'unanimité. Même si **la majorité de l'échantillon (près de 52%) se considérait comme insuffisamment formée**, les avis étaient bien différents en fonction du sexe et de l'âge. Ce sentiment était beaucoup plus marqué chez les femmes (61%) que chez les hommes (47%) et chez les plus jeunes (71% des moins de 40 ans) par rapport à leurs aînés (38% des 40-50 ans et 48% des plus de 50 ans). Le type d'exercice rural ou urbain était également un facteur influant : les médecins ruraux se sentant majoritairement bien formés à l'inverse des médecins urbains. Au vu de ces résultats, une amélioration de la formation à la médecine de premier recours pourrait être envisagée, lors du cursus universitaire et dans le cadre de la formation continue.

e) Le coût de la PDS

Le coût, que représente la PDS, était une préoccupation de la majorité avec 61% de l'échantillon. Cependant près de 40% restaient non concernés par ce problème. Les femmes y étaient plus sensibles que les hommes de même que les moins de 40 ans comparativement des autres tranches d'âge. Les différences en fonction de l'âge résulteraient peut-être d'une formation universitaire contemporaine à la notion « d'économie de santé ». Ce coût, défini comme grandissant en opposition à un service jugé défaillant, mériterait d'être réévalué. Cependant, même si les questions financières ne sont pas la préoccupation de tous les médecins sondés, ne sont-elles pas la pierre d'achoppement d'un système pérenne pour les générations à venir. Ne serait-il pas souhaitable que la population puisse bénéficier, comme d'un accès aux soins de qualité et ce de façon égalitaire.

4. Les éventuelles réformes du dispositif de PDS en Haute-Vienne

a) La diminution du nombre de secteurs

La refonte du dispositif de PDS, à l'ordre du jour, comporte comme aspect la resectorisation, sous-entendu, la diminution du nombre de secteurs. Rappelons que les propositions faites par la MRS du Limousin, pour la Haute-Vienne, sont de diviser le département en 12 secteurs en première partie de nuit puis 6 secteurs en nuit profonde. Les motivations de cette resectorisation sont multiples. Premièrement, en diminuant la fréquence des gardes les organisateurs espèrent que le nombre de volontaires augmentera. Secondairement, la « désertification des zones rurales » pourrait être enrayerée, en rendant moins contraignante la PDS pour les jeunes médecins. Elle permettrait également de pallier à la diminution du nombre de médecins, qui devient problématique en raison de l'âge des praticiens qui y exercent, dans quelques secteurs du département. Enfin cette resectorisation est souhaitée par les pouvoirs publics.

Selon l'étude, **seulement 10% des répondants estimaient que cette resectorisation aurait un impact favorable sur le volontariat**. Et ce, quels que soient leur sexe, leur âge ou leurs types d'exercice rural ou urbain.

En ce qui concerne l'impact sur l'installation des jeunes médecins en zone rurale, rappelons que la PDS n'arrive qu'en 6^{ème} position des motifs de non-installation (après la préférence d'une activité salariée, l'amplitude horaire de travail trop importante, la complexité de la gestion comptable, les modalités administratives trop chronophages et les charges fiscales importantes), selon une étude menée en 2007, auprès des internes et des jeunes médecins limousins [39]. Une fréquence moindre des gardes aura-t-elle un réel impact sur les futures installations dans les zones en danger ?

Cette resectorisation aurait comme effet d'éloigner la population du médecin de garde, les distances étant de fait allongées. Quel serait l'impact sur la sécurité sanitaire des patients ? **La très grande majorité de notre échantillon (80%) craignait de voir s'amoinrir la sécurité sanitaire de la population**, quels que soient leur sexe, leur âge ou leur type d'exercice (même si les chez les médecins ruraux, cette crainte était un peu plus marquée : 84%). Ils étaient **18% à penser qu'il n'y aurait pas de modification** par rapport au système actuel, enfin ils n'étaient que **2% à penser que la sécurité sanitaire serait améliorée**.

Enfin, le coût de la PDS, jugé trop élevé en regard du bénéfice apporté à la population (par les pouvoirs publics et différents travaux menés sur le sujet) serait-il amoindri grâce à cette resectorisation? **Selon notre étude, 60% des répondants estimaient qu'il n'y aurait pas d'économie réalisée**. Les raisons de ces doutes peuvent être multiples.

Le coût des transports sanitaires ne risquerait-il pas d'être majoré ? En effet, dans l'hypothèse de secteurs plus étendus, ils interviendraient non seulement pour les « transports directs » vers un centre hospitalier (à la demande du CRRA et sans consultation préalable du médecin de garde), mais également pour les patients ne pouvant se rendre auprès du médecin de garde (plus éloigné qu'auparavant de leurs domiciles) et enfin pour répondre à la demande du médecin de garde jugeant l'hospitalisation avec transport nécessaire.

L'autre écueil d'une éventuelle diminution du nombre de secteur, serait le risque de voir s'accroître le recours systématique aux services d'accueils d'urgences hospitaliers. On pourrait imaginer que certains patients préféreraient se rendre directement aux urgences plutôt que de se rendre chez un médecin éloigné ou d'attendre sa visite. En Haute-Vienne cela semble d'autant plus risqué pour le sud du département, pour lequel l'accès au CHU Dupuytren comme à la clinique F. Chénieux est facilité par l'infrastructure routière.

Connaissant le coût moyen d'un passage aux urgences (estimé à 220 euros), on peut s'interroger sur l'économie réelle réalisée.

b) La nouvelle organisation « médicale » des astreintes

Le nouveau dispositif de PDS fonctionnerait avec 12 points fixes de consultations de 20 heures à minuit et 6 effecteurs volants assurant les visites « incompressibles » tout au long de la nuit (de 20 heures à 8 heures le lendemain).

La première question posée aux médecins locaux était de savoir s'ils jugeaient leur présence nécessaire, sur le terrain, en nuit profonde (de minuit à 8 heures le lendemain). **55% de notre échantillon ne jugeait pas leur présence indispensable à ces heures.** Cependant de fortes différences s'exprimaient entre le monde rural et urbain. En effet, les praticiens ruraux étaient 54% à estimer cette présence nécessaire, les praticiens urbains étaient majoritaires à penser le contraire. Ces différences s'expliquent probablement, là encore, par les relais pris, en zone urbaine, par l'hôpital ainsi que par des structures comme SOS Médecins. Notons que les femmes considéraient leur présence nécessaire un peu moins souvent que les hommes en nuit profonde.

Les médecins haut-viennois étaient-ils prêts à n'effectuer que des consultations, en un lieu prédéterminé, de 20 heures à minuit ? Les résultats de notre enquête montrent que **la majorité adhérerait à ce principe (67% d'entre eux y étaient prêts).** Les femmes plus que les hommes et les 40-50 ans plus que les autres tranches d'âge. La différence entre les médecins ruraux et les médecins urbains se faisait également ressentir : les praticiens ruraux y étaient favorables à 56% alors que ce dispositif convenait à 77% des praticiens urbains.

Dans l'éventualité d'une refonte du système des gardes, qui seraient les « effecteurs volants », médecins dédiés à la seule réalisation de visites sur de vastes secteurs tout au long de la nuit ? **Dans notre étude, ils ne seraient que 19% à être volontaires pour l'« effectif volante ».** Les femmes encore moins que les hommes. Les plus jeunes semblaient être les plus enclins à endosser ce rôle (ils étaient 24% des moins de 40 ans).

Citons quelques raisons qui, selon nous, pourraient expliquer ces réticences :

.Les secteurs concernés seraient très vastes (cf. fig.13), rendant les trajets en voiture longs, et ce d'autant plus en période hivernale sur notre réseau routier.

.De plus l'activité au cours d'une garde serait, logiquement, majorée. Un « nouveau » secteur couvrirait environ 4 à 5 secteurs actuels. Les temps de repos et de sommeil en seraient raccourcis d'autant. Cette activité nocturne pourra-t-elle être compatible avec un exercice médical de qualité le jour et le lendemain de la garde ? On s'éloignerait beaucoup de la notion de « repos de sécurité » hospitalière et des « 35 heures » (Rappelons que, selon les directives européennes de 1993, la durée de travail hebdomadaire ne peut excéder 48 heures).

Les étudiants en médecine et remplaçants thésés pourraient être la population idéale pour devenir effecteurs volants. En effet, ils sont dégagés des contraintes d'un cabinet libéral à faire fonctionner le lendemain d'une astreinte. De plus, l'aspect financier de ces astreintes, s'il est attractif, pourrait attirer de jeunes médecins. Dans notre étude les remplaçants n'étaient que **22,9 % à se déclarer volontaires pour être « effecteur volant »**. Il paraît envisageable que les organisateurs puissent rencontrer des difficultés pour remplir les tableaux de garde de ces effecteurs.

Enfin nous avons interrogé les médecins sur l'attrait que représenterait pour eux les sites fixes de PDS, à savoir les maisons médicales de garde et les sites fixes à proximité (ou au sein) de centres hospitaliers. **Une « petite » majorité (54%) se déclarait prête à exercer la médecine au sein de ces structures.** Les femmes, comme les plus jeunes, étaient les plus attirés par cette idée. Les médecins ruraux y étaient majoritairement défavorables, à l'inverse de leurs confrères urbains. En Haute-Vienne, le développement de MMG ne semble pouvoir s'organiser que dans les agglomérations. Peut-être serait-il envisageable d'entamer une discussion avec les médecins ruraux sur l'intérêt éventuel de ces structures.

c) La rémunération et les statuts

Si un nouveau dispositif est mis en place, la rémunération de la PDS sera modifiée. En effet le samedi après-midi ainsi que les jours compris entre un férié et un week-end (« ponts ») seraient rémunérés. **Selon notre enquête, 85% de l'échantillon attendraient ces**

nouvelles rémunérations. Les femmes un peu plus que les hommes et les praticiens urbains plus que les praticiens ruraux. A l'heure actuelle, la PDS débute pour l'activité à midi mais elle n'est rémunérée qu'à partir de 20 h. Au vu des résultats produits, il semblerait important de rémunérer ces plages horaires.

Un autre mode de rémunération est de plus en plus cité dans différents travaux : il s'agit du « forfait ». Cette forfaitisation engloberait les différentes rémunérations de l'astreinte (indemnités d'astreintes, actes réalisés, +/- indemnités kilométriques), faisant disparaître le paiement à l'acte. Cette notion est développée par Mr GRALL en 2006 []. Selon lui, afin d'obtenir un système de PDS fiable et pérenne, il faudrait établir « *un contrat de volontariat* » pour lequel devraient être instaurées des rémunérations « *attractives* ». Il définit ces rémunérations de la manière suivante : « *une rémunération forfaitaire horaire avec comme base la rémunération de la régulation (3C /h soit 66 euros). Il pourrait être envisagé que la rémunération de la régulation et des médecins exerçant dans des points fixes soit majorée pour obtenir une correspondance avec les rémunérations des praticiens publics. La rémunération des effecteurs mobiles pourrait être identique s'ils sont basés dans des centres hospitaliers sinon un forfait moindre pourrait être appliqué dès lors qu'ils sont à leur domicile avec une pondération selon les déplacements effectués et la distance de ceux-ci.* »

Les médecins de notre département seraient-ils prêts à accepter ce mode de rémunération ? **Ils étaient 59% de notre échantillon à être favorable au forfait.** Précisons que la question qui leur était posée était une question globale et n'incluait aucune donnée chiffrée. La forfaitisation semblait attirer un peu plus les femmes (66%), les 40-50 ans (70%) et les médecins urbains (63%). Dans la proposition de la MRS du Limousin, est envisagé un forfait tout compris : indemnité d'astreinte, actes effectués et indemnités kilométriques, pour les effecteurs volants, soit environ 790 euros. Cette rémunération semblerait à priori attractive et pourrait permettre l'adhésion des médecins à ce système. Resterait entière la disparition du paiement à l'acte, notion chère à certains, souvent étroitement liée à l'activité libérale.

Afin d'évaluer l'impact financier sur le volontariat nous avons interrogé les médecins sur l'effet d'une éventuelle revalorisation des astreintes sur celui-ci. **La majorité de notre échantillon, soit 62%, croyait en un effet bénéfique d'une revalorisation des astreintes.** Le sexe et l'âge ne faisaient pas de différence, seul le type d'exercice intervenait : les médecins

ruraux étaient 58% à croire en cet impact favorable, leurs confrères urbains 65%. L'aspect financier resterait donc, au vu des résultats produits, un facteur déterminant. Cependant, à l'heure où la PDS est estimée comme trop coûteuse en regard du bénéfice apporté, on peut s'interroger sur la mise en place d'une telle mesure.

Tous ces constats nous ont amené à nous interroger sur l'intérêt d'une « professionnalisation » de la PDS. Une mission de service public, rémunérée de façon forfaitaire, semblerait la voie tracée d'une nouvelle profession. Les avis étaient assez partagés dans notre enquête. **55% de l'échantillon n'estimait pas cette professionnalisation souhaitable.** De très nettes différences existaient entre les deux sexes. Majoritairement les hommes y étaient opposés (66%) alors que les femmes la considéraient souhaitable à 63%. Les moins de 40 ans étaient la seule tranche d'âge à y être favorable. Le type d'exercice rural ou urbain n'intervenait pas comme facteur déterminant. En effet cette professionnalisation pourrait-elle assurer un dispositif de PDS pérenne en regard des difficultés démographiques de la profession médicale ? De plus, l'exercice de la médecine ne devrait-il pas rester « *un tout* » ?

d) Les responsables de l'organisation de la PDS

Nous avons vu précédemment que la multitude d'intervenants dans l'organisation du dispositif de PDS avait une responsabilité dans sa fragilité structurelle. Selon les médecins, qui devraient avoir en charge cette organisation ? De notre enquête, il ressortait, selon la profession, que **l'organisation de la PDS devait être sous la responsabilité même du corps médical.** En effet « **le Conseil de l'Ordre** » et « **les médecins eux-mêmes** » étant les réponses les plus souvent citées par notre échantillon. En troisième position, on retrouvait l'Etat (DDASS, DRASS, préfecture, ministère), puis le Samu-Centre 15, les syndicats de médecins, et enfin l'Assurance Maladie. Il ne semblait donc pas que le « payeur » (sous-entendu l'Assurance Maladie) soit désigné d'office comme l'organisateur attendu. L'Etat n'était pas non plus désigné comme organisateur légitime. Finalement le Conseil de l'Ordre avec les médecins de terrain sont les interlocuteurs qui, selon notre enquête, étaient souhaités pour organiser le dispositif de PDS. Ce souhait ne pourrait aboutir qu'avec la

participation active des médecins réclamant cette responsabilité, et ce, en partenariat avec les différents autres intervenants de la PDS.

5. Le système actuel de PDS

a) La PDS et les patients

Nous avons interrogé les médecins du département sur la qualité de l'information apportée à la population en ce qui concernait la PDS. Selon notre étude, **61% de l'échantillon considérait cette information comme insuffisante ou inadaptée**. Les femmes doutant un peu plus que les hommes et les plus jeunes plus que leurs aînés. Cela paraît fort regrettable car on comprend aisément l'importance d'une information de bonne qualité à l'ensemble de la population. Celle-ci est indispensable afin de la rassurer, mais également, pour permettre un bon usage du dispositif garant de sa pérennité. Les raisons éventuelles de ces failles du système informatif peuvent provenir du manque d'uniformité du système rendant complexe des campagnes nationales voire même régionales. Il semblerait cependant que ces campagnes soient devenues indispensables. Elles devraient pouvoir être basées sur une communication d'abord nationale : il pourrait s'agir de spots télévisés, de journaux nationaux, d'affichage grand public, avec des adaptations locales. Ces campagnes d'informations devraient être assez longues et renouvelées dans le temps.

Cette nécessité semblait d'autant plus importante que **63% de notre échantillon considérait comme inadapté l'usage fait par la population de la PDS**. Si l'information de la population est un des piliers de ce bon usage, sa responsabilisation n'en reste pas moins indispensable. Si à l'heure actuelle l'usage de la PDS est déjà jugé inopportun, on peut s'interroger sur l'intérêt du forfait faisant disparaître tout paiement à l'utilisateur. Cette gratuité ne risquerait-elle pas d'encourager certains abus ? Des idées de recueil et de facturation du tiers payant ont été émises. De plus, malgré les difficultés que cela représente, des modalités dissuasives d'abus éventuels ne devraient-elles pas être réfléchies puis instaurées ?

b) La satisfaction des acteurs de soins

Selon notre étude, **le système en cours de PDS en Haute-Vienne conviendrait à la majorité (73%) de l'échantillon**. Le sexe, l'âge, le type d'exercice rural ou urbain ne jouaient pas de rôle majeur dans le jugement de l'échantillon. Etant donné le degré de satisfaction de la profession, on pourrait s'attendre à quelques difficultés lors de la mise en place d'un nouveau dispositif, d'autant plus s'il est jugé moins performant que le précédent.

Précisons que sur la totalité des « satisfaits » par le système (N=178), ils n'étaient que 86% (N=153) à participer au « tour de garde ».

A l'inverse, sur la totalité des « insatisfaits » (N=65) une très large majorité participait tout de même au tour de garde, soit 83,1% (N=54).

Un second résultat, montrait que **88% estimaient que l'accès aux soins de leurs patients était satisfaisant**. Ce résultat était donc plutôt rassurant. A l'encontre de ce que nous pourrions attendre, les médecins ruraux étaient plus satisfaits que les médecins urbains de l'accès aux soins de leurs patients.

c) L'implication des médecins généralistes dans la PDS

Selon notre étude, le taux de participation à la PDS était élevé. En effet, **84% de notre échantillon se déclaraient comme participant à la PDS**. Une nuance doit cependant être apportée à ce résultat. Il ne s'agissait pas ici du pourcentage de volontaires à la PDS mais de celui des participants. Certains répondants nous avaient même clairement expliqué qu'ils participaient à cette PDS car le Conseil de l'Ordre le leur demandait et d'autres pour éviter la réquisition. Le taux de volontaires réel devrait donc être inférieur. Notre résultat était supérieur à l'évaluation faite par l'URCAM, pour l'année 2008, qui retrouvait 285 généralistes participant à la PDS en Haute-Vienne soit un taux de participation de 59%.

Les femmes participaient à peine moins que leurs confrères masculins (82,2% des femmes pour 85,2% des hommes). Les 40-50 ans était ceux qui participaient le plus à la PDS (89,4%). Là le type d'exercice rural ou urbain jouait un rôle important. En effet, la quasi-totalité des médecins ruraux participaient à la PDS (95,4%) alors que les médecins urbains n'y participaient qu'à 74%.

d) L'activité au cours de la PDS

Tout d'abord nous avons cherché à évaluer quel était le taux de régulation par le CRRA en Haute-Vienne. **Notre échantillon bénéficiait d'une régulation préalable par le CRRA dans 96% des cas.** Il y avait donc, en nombre, 9 médecins de notre échantillon qui effectuaient des gardes non régulées. Ces neuf médecins étaient majoritairement des hommes (6 sur 9), 5 d'entre eux étaient des praticiens ruraux les quatre autres des praticiens urbains. La régulation semblait donc « admise » et utilisée par la quasi-totalité des médecins effecteurs du département.

Nous nous sommes ensuite intéressés à la fréquence des astreintes pour les médecins locaux ? Nos résultats mettaient en avant les chiffres suivants :

Tableau 23 : La fréquence estimée des astreintes en Haute-Vienne

	Echantillon total	Femmes	Hommes	Moins de 40 ans	40-50 ans	Plus de 50 ans	Ruraux	Urbains
nb moyen de nuits par mois	3,34	2,86	3,59	3,24	3,25	3,47	4,09	2,57
nb moyen de week-end par an	7,85	6,76	8,33	8,43	7,21	7,74	8,74	6,63

On remarquait donc que les hommes effectuaient plus de gardes que leurs consœurs, les médecins ruraux plus que les médecins urbains, et les plus de 50 ans plus que les plus jeunes!

Qu'en était-il du « volume » des actes effectués au cours de ces astreintes ? Les résultats obtenus sont synthétisés dans le tableau 24.

Concernant les chiffres avancés une réserve est à apporter. En effet la quantité globale d'actes de notre échantillon est probablement surestimée en raison de médecins effectuant plus d'actes (le répondant réalisant le plus d'actes au cours d'une nuit en effectue 25 de même celui en réalisant le plus au cours d'un week-end en effectue 70) que leurs confrères sur une même période : il s'agit probablement des médecins faisant partie soit de SOS médecins soit de la MMG.

Tableau 24 : L'activité des astreintes

	Echantillon total	Femmes	Hommes	Moins de 40 ans	40-50 ans	Plus de 50 ans	Ruraux	Urbains
nombre moyen d'actes par nuit	1,62	1,36	1,77	2,34	1,43	1,25	1,1	2,34
nombre moyen d'actes par week-end	9,66	9,66	9,75	12,33	9,24	8,49	9,16	9,82

On pouvait tout de même constater que l'âge était un facteur de différence sur le volume des actes effectués au cours d'une nuit ou d'un week-end de garde : les jeunes en réaliseraient plus que leurs aînés. Une explication à ce phénomène peut être avancée : Les médecins les plus âgés (et de fait, les plus expérimentés) effectuent souvent un rappel chez le demandeur de soins, effectuant ainsi une « deuxième régulation ». Ils ne réalisent alors peut être pas la totalité des demandes du CRRA. Ceci est d'autant plus vrai, si le demandeur de soins est un patient connu du médecin d'astreinte.

Enfin, nous nous sommes intéressés aux actes qui étaient effectués au cours de la PDS.

La fréquence moyenne des interventions considérées comme « non justifiées » était d'environ 1 acte sur 4 (0,23), cela semblait assez élevé au vu de la quasi-couverture par une régulation préalable. Cette moyenne restait identique quel que soit le sexe, l'âge ou le type d'exercice des répondants.

Ce résultat amène deux aspects fondamentaux de l'efficacité de la régulation :

➤ En premier lieu, il met l'accent sur l'importance d'une formation de qualité de l'ensemble des régulateurs. Cette dernière devrait être homogénéisée sur l'ensemble du territoire et codifiée. Elle devrait être suivie de manière continue.

➤ Enfin, la complémentarité entre les régulateurs libéraux des centres 15 et les effecteurs de terrain est primordiale, garante de la sécurité du dispositif. Ne pourrait-on envisager des concertations entre ces deux « corps » afin d'améliorer la compréhension de chacun des limites de chaque exercice et d'aboutir à des consensus de prise en charge

auxquels adhéreraient l'ensemble des intervenants. Ceci nécessiterait, cependant, que les « insatisfaits » soient mobilisables autour de ces projets.

La fréquence moyenne des actes nécessitant l'intervention du médecin dans la demi-journée était d'environ 2 actes sur 5 (0,38). Le sexe ne faisait pas de réelle différence. On pouvait remarquer que plus l'âge avançait plus la proportion estimée de ce type d'actes était importante.

La fréquence des actes considérés comme des « urgences » et nécessitant l'intervention du médecin d'astreinte de manière immédiate était d'environ 1 acte sur 6 (0,17).

La fréquence moyenne d'hospitalisation, au terme des interventions, se situait entre 1 acte sur 5 et 1 acte sur 6 (soit 0,18). Les femmes hospitaliseraient un peu moins (0,17). Les plus de 50 ans estimaient hospitaliser 1 personne sur 5, les moins de 40 ans 1 personne sur 6. Les médecins ruraux hospitaliseraient un peu plus que les médecins urbains.

La fréquence de recours aux transporteurs sanitaires était identique à la fréquence moyenne d'hospitalisation. Soit entre 1 acte sur 5 et 1 acte sur 6 (0,18). Les mêmes constats (en fonction de l'âge, du sexe et du type d'exercice) que pour la fréquence des hospitalisations ont été faits.

Enfin, **les interventions pour actes « médico-administratifs » représentaient, pour la majorité de notre échantillon (74%), moins d'1 acte sur 20.**

6. Commentaires personnalisés

Certains, des multiples, commentaires ont été extraits des réponses. Ils figurent en annexe 3.

CONCLUSION

VI. CONCLUSION

La Permanence des Soins a été instaurée, sur le territoire, pour réorganiser et encadrer les gardes, qui jusqu'à la fin du XX siècle étaient assurées par les médecins pour leurs patients ou selon une organisation locale (souvent cantonale). Depuis 2003, en Haute-Vienne, l'organisation de la PDS a évolué jusqu'au dispositif actuel : le département est divisé en 31 secteurs d'astreintes médicales associés à des secteurs de garde de pharmacies et de transporteurs sanitaires. Le tout, afin de répondre aux besoins de soins non programmés de la population, en dehors des heures habituelles et codifiées d'ouverture des cabinets médicaux et ce, après régulation par un centre de réception et de régulation des appels. Le département est divisé en deux zones d'activité. Une zone d'activité, Limoges et sa périphérie, bénéficie d'une offre de soins certaine avec une densité médicale élevée, des structures dédiées à la prise en charge des urgences et des soins non programmés (SOS Médecins, MMG, services d'urgences publics et privés). L'autre zone d'activité, rurale, est soumise à une diminution de ses effectifs médicaux, au sein d'une population vieillissante dans un habitat dispersé. (Le nord et le sud-ouest du département étant particulièrement en difficulté).

Au plan national, des questions fondamentales ont été soulevées rendant nécessaires des modifications structurelles. En effet, le dispositif était jugé aléatoire, peu fiable (Mr GRALL). Au plan régional, la Mission Régionale de Santé a proposé d'expérimenter un nouveau dispositif de PDS, en Haute-Vienne, avec une nouvelle sectorisation et une modification de la présence médicale entre minuit et huit heures (douze secteurs de 20 heures à minuit et 6 secteurs de visites de 20 heures à 8 heures).

A partir d'une enquête réalisée auprès des médecins généralistes installés et remplaçants de la Haute-Vienne, diverses opinions ont été recueillies tant sur les principes de cette PDS que sur son organisation et ses modifications projetées.

Cette analyse met en évidence :

- La PDS est une préoccupation majeure des praticiens (taux de réponse 47%).
- Les gardes médicales restent un des devoirs du médecin, dont le principe devrait rester basé sur le volontariat.

➤ La médecine générale, spécialité de premier recours, n'est pas une notion assez développée et les praticiens (et surtout les praticiennes) doutent de leur formation à cette spécificité.

➤ La PDS est acquise comme une mission de service public, mais la majorité de ces médecins regrette un manque de clarté, tout en reconnaissant la compatibilité de cette mission avec une activité libérale.

➤ Le coût financier de cette organisation est une préoccupation des professionnels concernés. Pour les effecteurs, la rémunération des astreintes, des plages de garde et de leurs annexes devra être judicieuse et adaptée aux réalités de l'exercice.

➤ La diminution du nombre de secteurs d'astreintes, projetée par la MRS, n'aurait pas d'impact favorable sur le volontariat et n'entraînerait pas d'économies. La crainte d'un amoindrissement de la sécurité sanitaire de la population et l'inégalité de l'offre de soins sont perçues comme évidentes et conséquentes de cette réduction de secteurs.

➤ La professionnalisation de la PDS est refusée majoritairement par les hommes. Peut-on s'interroger sur le progrès qu'une telle perspective apporterait dans la dispensation des soins telle qu'elle est réalisée actuellement par les médecins de proximité.

➤ Le corps médical souhaiterait gérer lui-même l'organisation de la PDS, mais en est-il réellement capable ?

L'intérêt du patient ne devrait-il pas présider à l'organisation de cette permanence ?

BIBLIOGRAPHIE

1. République française

Article 77 du Code de Déontologie Médicale. Version en vigueur du 8 septembre 1995 au 16 septembre 2003.

[En ligne]. Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 3 Mars 2008).

2. République française

Arrête du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes.

JORF du 29 Juin 2009. [En ligne]. Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 3 Mars 2008).

3. DESCOURS C.

Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. 22 Janvier 2002.

[En ligne]. Disponible sur :

<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/descours> (Page consultée le 4 Mars 2008).

4. République française

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. [En ligne]. Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 3 Mars 2008)

5. République française

Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003.

JORF du 16 Septembre 2003. [En ligne]. Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 3 Mars 2008)

6. République française

Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type, fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

JORF n°299 du 27 décembre 2003. [En ligne]. Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 15 Avril 2008)

7. République française

Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modifications d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le Code de Santé Publique. [En ligne]. Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 23 mars 2008)

8. République française

Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n°1, n° 3 et n°4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

JORF n°126 du 1^{er} juin 2005. [En ligne]. Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 12 Juin 2008)

9. République française

Article R.735 du Code de la Santé Publique (version abrogée au 26 juillet 2005).

[En ligne]. Disponible sur:

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 07 Septembre 2008)

10. République française

Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le Code de la Santé Publique. [En ligne]. Disponible sur:

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 15 Mars 2008)

11. République française

Arrêté du 21 décembre 2007 portant approbation de l'avenant n°27 de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

JORF du 27 Décembre 2007. [En ligne]. Disponible sur:

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 15 Mars 2008)

12. BACHELOT-NARQUIN R

Courrier adressé aux préfets de départements et directeurs de MRS.8 Février 2008. 5p.

13. République française

Décret n°2009-1173 du 1^{er} octobre 2009, déterminant les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la permanence des soins en médecine ambulatoire.

JORF du 3 Octobre 2009. [En ligne]. Disponible sur:

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 10 Octobre 2009)

14. République française

Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

JORF du 7 Janvier 1986. [En ligne]. Disponible sur:

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 31 Janvier 2009)

15. République française

Article 44-II de la Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 relative au financement de la Sécurité Sociale, modifié par la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008. [En ligne]. Disponible sur:

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 23 Mai 2009)

16. République française

Article 36 de la loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité Sociale pour 2009. [En ligne]. Disponible sur:

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 23 Mai 2009)

17. Centre de Réception et de Régulation des appels de la Haute-Vienne.

Rapport d'activité 2008.20p.

18. CELERIER-PREVOST M.

Enquête épidémiologique de la régulation libérale de la permanence des soins en Haute-Vienne sur quinze plages horaires. Mémoire pour le DU de régulation médicale. Toulouse : Faculté de Médecine, 2008.68p.

19. République française

Décret n°2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire et modifiant le décret n° 87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres.

JORF du 25 Juillet 2003. [en ligne] Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 5 Mai 2008)

20. République française

Article L 5125-1-1A du Code de la Santé Publique, crée par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

JORF du 22 Juillet 2009. [en ligne] Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 2 Septembre 2009)

21. République française

Article L 5125-22 du Code de la Santé Publique (version en vigueur au 22 Juin 2000). [en ligne]

Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 2 Septembre 2009)

22. République française

Arrêté du 1^{er} septembre 2006 relatif aux honoraires perçus par les pharmaciens assurant les services de garde.

JORF du 9 Septembre 2006. [en ligne] Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 2 Septembre 2009)

23. SMADJA S.

Organisation, activité et impact de SOS Médecins. [en ligne] Disponible sur :

<http://www.sosmedecins-france.fr>. (Page consultée le 15 Juillet 2009)

24. LOIZZO F.

La régulation médicale des appels urgents. [en ligne] Disponible sur :

http://www.uif-grenoble.fr/sante/CMU/cours_cmu2_2005/regul_loizzo_imp.pdf (Page consultée le 4 Juillet 2008)

25. BAGOU G.

Guide d'aide à la régulation au SAMU Centre 15.2^{ème} édition, 2009.

26. LE PETIT LAROUSSE 2010.

Vienne (Haute-), définition, mars 2009, p.1756.

27. Préfecture de la région Limousin.

Arrêté relatif au cahier des charges fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire dans le département de la Haute-Vienne. 7 Février 2005, 12p.

28. WIKIPEDIA.

Haute-Vienne, Climat, Démographie, Transports. [en ligne]. Disponible sur :

<http://www.wikipedia.org/wiki/Haute-Vienne> (Page consultée le 25 Septembre 2008)

29. INSEE.

Résultats du recensement de la population-2006. [en ligne]. Disponible sur :

<http://www.insee.fr> (Page consultée le 3 Février 2009)

30. DA SILA O, FERLEY JP.

Les inégalités socio sanitaires en Limousin. Analyse multidimensionnelle à l'échelon des cantons et des territoires de santé. Rapport n°167, Mars 2007. Etude réalisée pour la DRASS du Limousin par l'ORS du Limousin. [en ligne] Disponible sur :

<http://www.orslimousin.org/publications/synthese/2007>. (Page consultée le 10 décembre 2008)

31. SICART D.

Les médecins, estimations au 1^{er} janvier 2008, Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Document n°127-octobre 2008. [en ligne] Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr/drees/> (Page consultée le 4 Janvier 2009)

32. Académie Nationale de Médecine.

Le corps médical à l'horizon 2015. Rapport adopté le 20 février 2007. [en ligne] Disponible sur : <http://www.academie-medecine.fr> (Page consultée le 24 Juillet 2008)

33. Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Atlas de démographie médicale. Situation au 1er janvier 2008. Etude n°41, septembre 2008, p 106,107. [en ligne] Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr> (Page consultée le 2 Mars 2009)

34. Union Régionale des Médecins Libéraux du Limousin.

La médecine générale libérale en Limousin : Aspects démographiques, caractéristiques de l'activité, évolution, projets professionnels et projections. Enquête auprès des médecins en exercice, janvier 2008. Rapport n°190-ORS du Limousin. [en ligne] Disponible sur : <http://www.orslimousin.org> (Page consultée le 13 Décembre 2008)

35. Union Régionale des Médecins Libéraux de Rhône-Alpes.

Etude de la féminisation de la profession médicale et de son impact. Approche quantitative et qualitative. Enquête auprès des médecins en exercice. 2003. p.7 [en ligne] Disponible sur : <http://www.urmlra.org/srt/urmlra> (Page consultée le 13 Décembre 2008)

36. Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Atlas de démographie médicale. Situation au 1^{er} janvier 2007. [en ligne] Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr> (Page consultée le 2 Mars 2009)

37. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé.

Tome.1 : la médecine générale. Rapport 2006-2007. p.54-58. [en ligne] Disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr> (Page consulté le 22 Avril 2009).

38. République française.

Article 18 de la loi 2005-882 en faveur des petites et moyennes entreprises, 2 Aout 2005. [en ligne] Disponible sur : <http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 25 Avril 2009)

39. République française.

Article R 4127-87 modifié par décret n° 2006-1585 du 13 Décembre 2006. [en ligne] Disponible sur : <http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 25 Avril 2009)

40. GUILLOT L.

Démographie médicale en Limousin : profil et devenir des jeunes médecins généralistes. Enquête auprès d'internes et de jeunes médecins récemment inscrits au tableau de l'Ordre. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en Médecine. 2008. Limoges : Faculté de Médecine. 162p.

41. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.

Densité des professionnels de la santé. 2006. [en ligne] Disponible sur : <http://www.insee.fr> (Page consultée le 15 Juillet 2008).

42. BOENNEC P.

Rapport d'information déposé par la délégation de l'Assemblée nationale à l'aménagement et au développement durable du territoire sur la permanence des soins n° 1205 déposé le 22 octobre 2008. 79p. [en ligne] Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 25 Avril 2009)

43. URCAM du Limousin.

Observatoire de la permanence des soins. Résultats des régimes général, agricole et social des indépendants en 2008. Septembre 2009.25p.

44. Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Enquête sur l'état de la permanence des soins en janvier 2009.36p. [en ligne] Disponible sur :

<http://www.conseil-national.medecin.fr> (Page consultée le 4 Juillet 2009)

45. GRALL JY.

Rapport de la mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Août 2007.40p.

46. Mission Régionale de Santé du Limousin.

Expérimentation de rémunération de la permanence des soins. Avril 2009.4p.

47. République française.

Article L 311-3 du Code de la Sécurité Sociale. [en ligne] Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 20 Mai 2009)

48. République française.

Décret n° 2000-35 du 17 janvier 2000 portant rattachement de certaines activités au régime général. [en ligne] Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 20 Mai 2009)

49. INSEE.

Définition d'une unité urbaine. [en ligne] Disponible sur :

<http://www.insee.fr> (Page consultée le 7 Août 2009)

50. République française.

Article 160-7 du Code des Assurances. [en ligne] Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 20 Mai 2009)

51. République française.

Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires [en ligne] Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 7 Août 2009)

52. République française.

Article L 6314-1 du Code de la Santé Publique. [en ligne] Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 1 Septembre 2009)

53. République française.

Article L 1435-5 du Code de la Santé Publique. [en ligne] Disponible sur :

<http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 1 Septembre 2009)

54. POTTIER V.

La couverture du médecin volontaire assurant la PDS.26 Mai 2008.4p. [en ligne] Disponible sur : <http://www.association-samba.org> (Page consultée le 3 Décembre 2008)

55. WONCA EUROPE.

Les définitions européennes des caractéristiques de la discipline de médecine générale, du rôle du médecin généraliste et une description des compétences fondamentales du médecin généraliste - médecin de famille.2002. 52p. [en ligne] Disponible sur : <http://www.woncaeurope.org> (Page consultée le 6 Février 2009)

56. République française.

Article L 1411-11 modifié par la loi 2009-879, du Code de la Santé Publique. [en ligne] Disponible sur : <http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 1 Septembre 2009)

57. République française.

Article L 4130-1 du Code de la Santé Publique. . [en ligne] Disponible sur : <http://www.legifrance.fr>. (Page consultée le 1 Septembre 2009)

58. LE PETIT LAROUSSE

Devoir. Définition. Edition 2010. P 317.

ANNEXES

ANNEXE.1 : Lettre d'accompagnement aux questionnaires.

Mesdames, Messieurs, chers collègues,

Nous travaillons actuellement sur l'état de la permanence des soins en Haute-Vienne, dans le cadre d'une thèse d'exercice de médecine générale.

Votre point de vue et votre expérience nous sont indispensables afin d'effectuer un travail au plus proche de vos préoccupations (tant au sujet de votre exercice qu'à la qualité des soins apportés à vos patients).

Nous vous remercions donc du temps que vous accorderez à ce questionnaire qui nous est précieux pour une évaluation sérieuse.

Afin de pouvoir exploiter les résultats dans des délais compatibles avec la soutenance de cette thèse, nous vous prions de bien vouloir nous retourner le questionnaire avant le 15 août 2009.

Pour tout renseignement complémentaire concernant le questionnaire ou l'ensemble de notre travail, vous pouvez contacter :

M^{elle} MARCHESSEAU Delphine

.....
.....

Tel :

Email :

Nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, chers Collègues, nos salutations cordiales.

ANNEXE.2 : Questionnaires envoyés (3 pages)

AGE :		
SEXE :	F	M
EXERCICE :	Ville < 2 000 habitants	
	Ville entre 2 000 et 5 000 habitants	
	Ville > 5 000 habitants	
Proximité d'un centre hospitalier :	< 5 minutes	5 à 15 minutes
		> 5 minutes
Médecin installé		Médecin remplaçant

Généralités sur la Permanence des Soins (PDS) :

Oui Non

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1/ Selon vous, effectuer des gardes, est un des devoirs du médecin généraliste libéral ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2/ Pensez-vous que le volontariat, base de la PDS, doit perdurer ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3/ Pensez-vous remplir une mission de service public en assurant la PDS ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4/ Pensez-vous que cette mission soit actuellement : | | |
| -clairement définie (statuts, couverture assurancielle, etc.) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -en accord avec une activité libérale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5/ Connaissez-vous la dénomination de « spécialiste de premier recours » ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5/ Si oui, pensez-vous qu'une clarification sémantique et juridique (statuts, responsabilités, assurances, etc.) soit nécessaire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7/ Considérez-vous que votre formation à la médecine de premier recours soit suffisante? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3/ Vous sentez-vous concerné par le coût de la PDS ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Les réformes en cours :

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 9/ Concernant une éventuelle diminution du nombre de secteur de garde, pensez-vous : | | |
| -qu'elle entraînera une augmentation du nombre des volontaires ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -qu'elle permettra d'assurer une sécurité sanitaire des patients : | | |
| - identique | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - moindre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - améliorée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -qu'elle permettra de réaliser une économie financière ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10/ Pensez-vous qu'une revalorisation du paiement des astreintes puisse augmenter le nombre de volontaires ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11/ Tenez-vous à la rémunération des astreintes pour les samedis après-midi et les jours compris entre un week-end et un férié ?

Oui Non

12/ Pensez-vous que la rémunération forfaitaire des activités liées à la PDS soit souhaitable ?

13/ Pensez-vous qu'une professionnalisation de la PDS soit souhaitable (avec un statut de médecin de garde salarié par exemple) ?

14/ Pensez-vous que votre présence en tant qu'effecteur soit indispensable, sur le terrain, en période de nuit profonde (de minuit à 8h) ?

15/ Seriez-vous d'accord pour n'effectuer que des consultations en un lieu prédéterminé de 20 heures à minuit ?

16/ Seriez-vous prêts à effectuer des gardes en tant qu'effecteur mobile (médecin dédié à la seule réalisation de visites sur des secteurs plus vastes) de 20h à 8h ?

17/ Exerceriez-vous votre activité de garde au sein de sites dédiés à la PDS (maisons médicales de garde ou sites fixes dédiés à proximité de centre hospitalier) ?

18/ Selon-vous l'organisation de la PDS doit être sous la responsabilité de : (Précisez SVP.)

Le système de PDS actuel :

19/ Le système actuel de PDS en Haute-Vienne vous convient-il ?

20/ Pensez-vous que l'accès au soin de vos patients aux heures de PDS soit satisfaisant ?

21/ Pensez-vous que la population soit correctement informée du dispositif actuel ?

22/ Pensez-vous qu'elle en fasse bon usage ?

23/ Participez-vous au « tour de garde »?

24/ Si OUI, veuillez préciser quels sont?

- le nombre moyen de nuits / mois :
- le nombre moyen de week-end / an :
- le nombre moyen d'actes au cours d'une nuit :
- le nombre moyen d'actes au cours d'un week-end :

25/ Vos gardes sont-elles « régulées »?

26/ Vos visites ou consultations de garde non justifiées représentent en moyenne ?

- A/ 1 intervention/2
- B/ 1/3
- C/ 1/5
- D/ 1/10

27/ Les visites ou consultations nécessitant votre intervention dans la demi-journée représentent en moyenne ?

- A/ 1 intervention/2
- B/ 1/3
- C/ 1/5
- D/ 1/10

28/ Les urgences nécessitant votre intervention immédiate représentent en moyenne ?

- A/ 1 intervention/2
- B/ 1/3
- C/ 1/5
- D/ 1/10

29/ Les hospitalisations, au terme de vos interventions, représentent en moyenne ?

- A/ 1 intervention/2
- B/ 1/3
- C/ 1/5
- D/ 1/10

30/Vos demandes de transports sanitaires, au terme de vos interventions, représentent en moyenne ?

- A/ 1 intervention/2
- B/ 1/3
- C/ 1/5
- D/ 1/10

31/ Vos interventions pour actes « médico-administratifs » (certificats de décès, garde à vue, hospitalisation en secteur psychiatrique) représentent en moyenne ?

- A/ moins d'1 intervention/20 (moins de 5%)
- B/ entre 1/20 et 1/10 (entre 5 et 10%)
- C/ plus d'1/10 (plus de 10%)

Commentaires libres (nos oublis, vos préoccupations éventuelles au sujet de la PDS etc.)

ANNEXE.3 : « Morceaux choisis » des commentaires de répondants (3 pages).

Il faudrait une professionnalisation de la PDS avec des médecins non installés ...

La régulation est devenue telle que Samu-Smur sont envoyés avant nous sur des urgences ressenties et entraînant ipso facto des hospitalisations pas toujours heureuses...

La PDS doit être liée à l'exercice généraliste...

Une diminution du nombre de secteurs me paraît complètement irréaliste et dangereux pour les patients, quant aux « effecteurs de nuit » qui seront-ils ? Et comment parviendront-ils aux patients ?...

La PDS en milieu rural me semble relever plus de l'obligation que du volontariat, heureusement pour certains médecins ils peuvent se décharger de cette obligation sur des remplaçants...

Les gardes font partie de notre métier, mais ce n'est pas vrai pour tout le monde. Soit les médecins de ville à 0 garde changent de statut, soit ils se déplacent pour faire quelques gardes là où il y en a besoin...

Je trouve que j'ai déjà des horaires conséquents et je ne suis pas d'accord pour rester sur place en un lieu prédéfini et à mes frais en tant que libéral, ou alors que l'on me donne un statut de fonctionnaire pendant ces heures...

Le volontariat, dont on parle beaucoup, se rapproche d'une obligation en périphérie ou à la campagne : où est l'égalité entre confrères ?...

Le volontariat doit apparaître après 50 ans. La PDS doit être rémunérée à sa juste valeur, soit 3 ou 4C de l'heure, soit un salariat comme un PH....

Pour moi, il y a incompatibilité entre le statut de libéral et une mission de service public. La PDS doit être organisée et financée par l'état...

Le système actuel, est correct, pas de modifications souhaitées...

Etant maman de 3 enfants en bas âge, je suis pour une médecine d'urgence organisée avec des médecins volontaires, formés, sans autre activité [...] Beaucoup de médecins sont « culpabilisés » de ne pas être « ravis » de faire des gardes car cela ferait partie de leurs obligations...

La médecine de campagne est un très beau métier mais avec une charge de travail énorme, si un jour je « dévisse » ma plaque ce sera à cause de l'impossibilité de se reposer la nuit ou le week-end et à la difficulté de se faire remplacer...

Sentiment de « flou » absolu concernant les éventuelles modifications de la PDS et sentiment de ne pas prendre en compte l'avis des médecins concernés (y compris des remplaçants) ni l'intérêt des patients...

Dans l'esprit des décideurs, les intérêts financiers de la PDS sont dominants par rapport aux intérêts du patient : problème éthique majeur...

OK pour la professionnalisation de la PDS mais pas de gratuité des soins en astreinte : ce qui est gratuit n'a pas de valeur, on peut en user et abuser à loisir...

L'idée d'un lieu fixe de consultation est vraiment bonne, celle de salarier le médecin de garde est excellente...

Un point fixe de consultation ne me paraît pas juste pour les patientèles, mieux vaudrait prendre les gardes dans nos cabinets....

Si la PDS est un service public, je pense qu'il est nécessaire de se soucier des bénéficiaires [...] donc de les associer à l'organisation de la PDS...

L'ère de la régulation a tout changé et dans la bonne direction. Les régulateurs sont de plus en plus performants, nos interventions sont de plus en plus rares. En campagne profonde, nous ne pouvons intervenir rapidement. Nous devons assurer la PDS, ce qui est parfaitement inintéressant et peu valorisant, donc organisons-nous pour le faire le moins souvent [...] Les points fixes de consultations devraient être une opportunité de former de jeunes internes...

Certains régulateurs nous font vivre des gardes plus que pénibles ! quid de la formation de ces régulateurs...

J'ai arrêté de participer à la PDS car il ya plus de « gens pressés » que de « cas urgents »...

Etant donné qu'il s'agit d'un service rendu aux électeurs, la responsabilité de l'organisation de la PDS doit être celle du Conseil Général, les médecins de garde devenant des fonctionnaires territoriaux...

La PDS n'est qu'une affaire de finances...

Il serait bon que l'organisation de la PDS soit laissée aux médecins de terrain (hors limoges !) qu'elle ne soit pas faite par les représentants de l'état et encore moins par des médecins qui exercent en ville...

Le volontariat n'a rien apporté de bon [...] le patient me semble oublié des différents projets de PDS, il faudrait lui demander son avis...

La revalorisation de la fonction du généraliste est négligée...

La participation au service de garde devrait rester une obligation pour tous (y compris les médecins conseils !)...

Si on diminue le nombre de secteurs, il est probable que je sois moins volontaire...

Relisez le code de déontologie : il y est noté que tout médecin doit participer aux gardes, il n'est pas noté seulement les généralistes !...

Pour assurer la PDS dans les secteurs ruraux sous-médicalisés, il faut piocher dans le vivier des médecins de ville...

Faire une garde n'est pas un « devoir » ! La médecine n'est plus un sacerdoce et la vision du médecin dévoué est désuète et incompatible avec une vie de famille...

Avec le « burn out » actuel des médecins généralistes, il est important que la PDS ne soit pas encore imposée aux médecins [...] je suis femme médecin et les visites de nuit me font de plus en plus peur, je ne me sens pas compétente mais me sentirais en sécurité avec un confrère dans une maison médicale...

Je suis dans une ville où le système de garde est parfait : Centre 15, SOS, urgences privées, urgences du CHU, MMG [...] Je me suis fait remplacer lors de ma dernière garde...

Légiférer et rémunérer la PDS a bouleversé la vision du médecin quant à ses obligations déontologiques de faire des gardes. Le mal est fait, le retour en arrière est impossible : mais au moins pensons aux patients, qu'ils restent l'objectif unique du système et non pas ces arrières pensées pécuniaires sous couvert d'une PDS parfaite « sur le papier »...

Les patients sont devenus progressivement des « consommateurs » et de plus en plus de médecins aspirent à travailler comme des salariés, c'est dommage...

Si le nouveau système n'est pas mis en place, je compte me retirer du tour de garde...

Il ne faudrait pas que la revalorisation de la PDS aboutisse à un effet pervers : qu'il soit plus rentable de faire des gardes que de la médecine générale tous les jours (je vois venir que les remplaçants ne voudront faire que de la PDS !)...

Je tiens à préciser qu'en tant que jeune installée en cabinet de groupe à temps partiel, les gardes, telles qu'elles étaient avant, constituaient une part importante de mon revenu, ce qui n'est plus le cas aujourd'hui !...

La seule et unique manière de faire face à la PDS c'est de la rejeter [...] les jeunes médecins n'iront pas « au charbon », on est de notre temps ! [...] Moi la nuit je dors, je me repose pour être lucide avec mes patients, je m'occupe de la santé de mes patients et de la mienne !...

Repos compensateur de 24 heures après un week-end de garde rémunéré par l'assurance maladie...

Les gardes devraient être assurées par les jeunes médecins (7^{ème} et 8^{ème} année) à la place de leurs stages, obligatoires et bien rémunérés...

En aucun cas, la PDS ne doit être « sous traitée » au privé ou aux hospitaliers...

Si la profession (trop individualiste) avait bien voulu organiser la PDS, elle ne lui aurait pas été imposée par les pouvoirs publics...

La PDS doit devenir un exercice à part...

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 dispenserai 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 serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai 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.

TITLE : The Basic Medical Care Service in Haute-Vienne, investigation near installed general practitioners and substitutes of the department.

ABSTRACT : The Basic Medical Care Service (BMCS) was founded to meet the needs for not programmed healthcare apart from medical center opening hours. Various work considered it to be random, expensive and not very reliable, in an unfavorable medical demographic context. Structural modifications proving to be necessary, Haute-Vienne went voluntary to try out a new BMCS organization. The results presented here are based on a descriptive survey. It was carried out near the installed general practitioners and substitutes of the department, in order to capture actual BMCS planning and stakes. These results made it possible to foresee difficulties with the implementation of this new organization. Reserves were issued: there would be no favorable impact of the resectorisation on voluntaries, the medical safety of the population would be likely to suffer from it and the made savings would be dubious. This investigation highlighted strong disparities between the rural practitioners, very implied in the BMCS, and urban doctors for whom BMCS is less constraining. For rural ones, confronted with a more complex medical practice, greater colleague solidarity is expressed. Differences also appear between men and women, those, less invested in the BMCS and preferring consultations to visits, favored its professionalization. Being given the very unequal distribution of the medical care offer in Haute-Vienne, one understands the difficulty in planning a homogeneous device as well guaranteeing an equal access to medical care in rural as urban zones and bringing satisfaction to the whole of his effectors.

KEYWORDS :

General Practitioners
Basic Medical Care Service
Medical Demographics

SON A IMPRIMER N° 3168

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

TITRE : La Permanence des Soins en Haute-Vienne, enquête auprès des médecins généralistes installés et remplaçants du département.

RESUME : La Permanence des soins (PDS) a été instaurée pour répondre aux besoins des soins non programmés de la population en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. Divers travaux l'ont jugée peu fiable, aléatoire et coûteuse dans un contexte démographique médical défavorable. Des modifications structurelles s'avérant nécessaires, la Haute-Vienne s'est portée volontaire pour expérimenter un nouveau dispositif de PDS. Les résultats présentés reposent sur une enquête descriptive, menée auprès des médecins généralistes du département, installés et remplaçants, afin de dresser un état des lieux actuel de la PDS.

Ces résultats ont permis d'entrevoir des difficultés à la mise en œuvre de ce nouveau dispositif. Des réserves ont été émises: il n'y aurait pas d'impact favorable de la resectorisation sur le volontariat, la sécurité sanitaire de la population pourrait en pâtir et les économies réalisées seraient incertaines. Cette enquête a mis en évidence de fortes disparités entre les praticiens ruraux, très impliqués dans la PDS, confrontés à une réalité pesante et chez qui la solidarité confraternelle s'exprime fortement et les médecins urbains pour lesquels la PDS est moins contraignante. Des différences apparaissent aussi entre les hommes et les femmes, celles-ci, moins investies dans la PDS et préférant les consultations aux visites, seraient plus favorables à sa professionnalisation.

Etant donné la répartition très inégale de l'offre de soins en Haute-Vienne, l'organisation d'un dispositif homogène garantissant un égal accès aux soins tant en zone rurale qu'urbaine et apportant satisfaction à l'ensemble de ses effecteurs paraît difficile.

DISCIPLINE-MEDECINE GENERALE

MOTS CLES :

Permanence des Soins
Médecine générale
Démographie médicale

FACULTE DE MEDECINE DE LIMOGES
2, rue du Docteur Marcland-87025 LIMOGES CEDEX
