



Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour obtenir le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 09 décembre 2022

Par **Sigizo WIEGERSMA**

Né le 26 juillet 1991 à Vlissingen

État des lieux de la permanence des soins ambulatoires en Haute-Vienne et perspectives d'avenir

Thèse dirigée par le docteur Martine PREVOST

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie Dumoitier

M. le Professeur Boris Melloni

M. le Professeur Patrice Viot

M. le Docteur Pierre Bourras

Mme le Docteur Martine Prevost

Président

Juge

Juge

Membre invité

Directrice





Faculté de Médecine

Année 2022

Thèse N°

Thèse pour obtenir le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

le 09 décembre 2022

Par **Sigizo WIEGERSMA**

Né le 26 juillet 1991 à Vlissingen

**État des lieux de la permanence des soins ambulatoires
en Haute-Vienne et perspectives d'avenir**

Thèse dirigée par le docteur Martine PREVOST

Examineurs :

Mme le Professeur Nathalie Dumoitier

M. le Professeur Boris Melloni

M. le Professeur Patrice Viot

M. le Docteur Pierre Bourras

Mme le Docteur Martine Prevost

Président

Juge

Juge

Membre invité

Directrice



Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Madame le Professeur **Marie-Pierre TEISSIER-CLEMENT**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOETHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE

FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LABROUSSE François	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE

ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

Maitres de Conférences des Universités associés à mi-temps

SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE (du 01-09-2021 au 31-08-2022)
-----------------------	---

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	--

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

HOUDARD Gaëtan	(du 01-09-2019 au 31-08-2022)
LAUCHET Nadège	(du 01-09-2020 au 31-08-2023)
SEVE Léa	(du 01-09-2021 au 31-08-2024)

Professeurs Emérites

ADENIS Jean-Paul	du 01-09-2017 au 31-08-2021
ALDIGIER Jean-Claude	du 01.09.2018 au 31.08.2022
BESSEDE Jean-Pierre	du 01-09-2018 au 31-08-2022
BUCHON Daniel	du 01-09-2019 au 31-08-2022
DARDE Marie-Laure	du 01-09-2021 au 31-08-2023
DESSPORT Jean-Claude	du 01-09-2020 au 31-08-2022
MERLE Louis	du 01.09.2017 au 31.08.2022

MOREAU Jean-Jacques	du 01-09-2019 au 31-08-2022
TREVES Richard	du 01-09-2020 au 31-08-2022
TUBIANA-MATHIEU Nicole	du 01-09-2018 au 31-08-2021
VALLAT Jean-Michel	du 01.09.2019 au 31.08.2022
VIROT Patrice	du 01.09.2018 au 31.08.2022

Assistants Hospitaliers Universitaires

APPOURCHAUX Evan	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE
BUSQUET Clémence	HEMATOLOGIE
HAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
DUPONT Marine	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE
DURIEUX Marie-Fleur	PARASITOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE
LADES Guillaume	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
LOPEZ Stéphanie	MEDECINE NUCLEAIRE
MARTIN ép. DE VAULX Laury	ANESTHESIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
MONTMAGNON Noëlie	ANESTHESIE REANIMATION
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
ROUX-DAVID Alexia	ANATOMIE CHIRURGIE DIGESTIVE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ALBOUYS Jérémie	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
ARGOULON Nicolas	PNEUMOLOGIE
ASLANBEKOVA Natella	MEDECINE INTERNE
AVRAM Ioan	NEUROLOGIE VASCULAIRE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERRAHAL Insaf	NEPHROLOGIE
BLANQUART Anne-Laure	PEDIATRIE (REA)
BOGEY Clément	RADIOLOGIE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOSCHER Julien	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CAUDRON Sébatien	RADIOLOGIE
CAYLAR Etienne	PSYCHIATRIE ADULTE
CENRAUD Marie	NEUROLOGIE

CHAUBARD Sammara	HEMATOLOGIE
CHAUVET Romain	CHIRURGIE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
CURUMTHAULEE Faiz	OPHTALMOLOGIE
DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
DESCHAMPS Nathalie	NEUROLOGIE
DESCLEE de MAREDSOUS Romain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
DOUSSET Benjamin	CARDIOLOGIE
DUPIRE Nicolas	CARDIOLOGIE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FIKANI Amine	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
FORESTIER Géraud	RADIOLOGIE
GEYL Sophie	GASTROENTEROLOGIE
GIOVARA Robin	CHIRURGIE INFANTILE
GUILLAIN Lucie	RHUMATOLOGIE
LAGOUEYTE Benoit	ORL
LAUVRAY Thomas	PEDIATRIE
LEMNOS Leslie	NEUROCHIRURGIE
MAURIANGE TURPIN Gladys	RADIODTHERAPIE
MOHAND O'AMAR ép. DARI Nadia	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE
PIRAS Rafaela	MEDECINE D'URGENCE
RATTI Nina	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
SALLEE Camille	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
SANCHEZ Florence	CARDIOLOGIE
SEGUY ép. REBIERE Marion	MEDECINE GERIATRIQUE
SERY Arnaud	ORL
TARDIEU Antoine	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
THEVENOT Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
TORDJMAN Alix	GYNECOLOGIE MEDICALE

TRICARD Jérémy

CHIRURGIE THORACIQUE ET
CARDIOVASCULAIRE
MEDECINE VASCULAIRE

VAIDIE Julien

HEMATOLOGIE CLINIQUE

VERNAT-TABARLY Odile

OPHTALMOLOGIE

Chefs de Clinique – Médecine Générale

BOURGAIN Clément

HERAULT Kévin

RUDELLE Karen

Praticiens Hospitaliers Universitaires

CHRISTOU Niki

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE

COMPAGNAT Maxence

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION

HARDY Jérémie

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE

LAFON Thomas

MEDECINE D'URGENCE

SALLE Henri

NEUROCHIRURGIE

*Dédicace,
à mon grand-père Nick, j'espère
que tu es fier de moi.*

Remerciements

Je remercie le Professeur **Nathalie Dumoitier** pour m'avoir aidé tout au long de mon internat de médecine générale et d'avoir accepté de présider cette thèse.

Je remercie le Docteur **Martine Prevost** pour avoir accepté de diriger cette thèse. Merci pour votre aide, votre patience et votre bienveillance veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude et mon respect.

Je remercie le Professeur **Patrice Virot** pour avoir accepté et me faire l'honneur de juger ce travail.

Je remercie le Professeur **Boris Melloni** pour m'avoir accueilli à deux reprises dans son service lors de mes stages d'externat et d'avoir accepté de siéger dans ce jury.

Merci aux Docteurs Richard Smoot et Serge Thevenot pour leurs gentillesse, pour m'avoir aidé et soutenu lors de mes remplacements en médecine générale au cours de ces dernières années.

Merci au Docteur Jacques Augris pour m'avoir donné l'envie de faire ce métier.

Merci au Docteur Pierre Bourras pour m'avoir apporté son soutien et son aide pour la réalisation de ce travail, veuillez trouver ici l'expression de tout mon respect et ma gratitude.

Merci à mes parents pour m'avoir soutenu au cours de toutes ces années universitaire et avoir cru en moi, sans votre aide et vos sacrifices je ne serais jamais arrivé là où je suis aujourd'hui.

Merci à ma chère sœur Lisette et mon neveu Lukas pour m'avoir encouragé à poursuivre mes études et m'avoir redonné le sourire lors de moments difficiles.

Merci à tous les patients que j'ai vus en consultation lors de mes remplacements, pour leur patience et leur compréhension.

Que toutes les personnes m'ayant aidé de près ou de loin au cours de ces années de travail, trouve ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Remerciements.....	13
Table des illustrations.....	16
Liste des abréviations.....	17
Introduction.....	18
I. Historique de la permanence des soins.....	20
I.1. La naissance et l'évolution de la permanence des soins au niveau nationale.....	20
I.2. Historique de la permanence des soins en haute-vienne.....	32
II. L'organisation de la permanence des soins actuelle en Haute-Vienne.....	35
II.1. Démographie de la Haute-Vienne.....	35
II.2. Les différents acteurs de la permanence des soins.....	37
II.2.1. Les structures médicales de la PDSA.....	37
II.2.2. La régulation médicale.....	38
II.2.3. La garde médicale libérale.....	39
II.2.4. La garde pharmaceutique.....	42
II.2.5. La garde ambulancière.....	42
III. Questionnaire d'évaluation de l'implication et de l'avis des médecins généralistes sur la permanence des soins en Haute-Vienne.....	44
III.1. Matériel et Méthode.....	44
III.2. Les résultats.....	45
III.2.1. L'âge.....	45
III.2.2. Le lieu d'exercice.....	46
III.2.3. La PDSA en nuit profonde.....	47
III.2.4. La participation actuelle à la PDSA.....	49
III.2.5. Comparaison de la participation des médecins généralistes à la permanence des soins en fonction de leur souhait de continuer ou non la permanence des soins ambulatoire en nuit profonde.....	52
III.2.6. Les raisons de non participation à la permanence des soins évoquées par les médecins généralistes.....	55
III.2.7. Création d'une structure de permanence de soins.....	56
III.2.8. Concernant la participation à la permanence des soins dans cette structure médicale.....	58
III.2.9. Mode de rémunération souhaité par les médecins volontaires pour participer à une maison médicale de garde au CHU de Limoges.....	60
IV. Analyse des résultats et discussion.....	61
IV.1. Les limites de l'étude.....	61
IV.2. Les points forts de l'étude.....	61
IV.3. Analyse des résultats.....	62
IV.3.1. Représentativité de l'échantillon.....	62
IV.3.2. Opinion sur la permanence des soins ambulatoire en nuit profonde.....	63
IV.3.3. La participation à la PDSA.....	64
IV.3.4. Création et participation d'une maison médicale de garde à coté du CHU.....	66
IV.4. Perspectives d'évolution.....	67
Conclusion.....	69
Références bibliographiques.....	71
Annexes.....	73
Annexe 1 : Questionnaire en ligne.....	74
Serment d'Hippocrate.....	76

Index des figures

Figure 1: Densité de la population en Haute-Vienne.....	36
Figure 2: Sectorisation de la PDSA en haute-vienne concernant les effecteurs fixes (2021).40	
Figure 3: Sectorisation de la PDSA en Haute-Vienne concernant les effecteurs mobiles (2021).....	41
Figure 4: Répartition des médecins généralistes par tranche d'âge.....	45
Figure 5: Répartition des médecins de l'échantillon en fonction de leur lieu d'installation....	46
Figure 6: Souhaitez-vous que la population continue à bénéficier des visites de nuit profonde NP.....	47
Figure 7: Réponses des médecins RURAUX à la question de continuer ou non les visites de NP.....	48
Figure 8: Réponses des médecins URBAINS à la question de continuer ou non les visites de NP.....	48
Figure 9: Proportion de médecins participant à la permanence des soins ambulatoires.....	49
Figure 10: Proportion de médecins RURAUX participant à la permanence des soins ambulatoires.....	50
Figure 11: Proportion de médecins URBAINS participant à la permanence des soins ambulatoires.....	51
Figure 12: Proportion de médecins NE SOUHAITANT PAS que les visites en nuit profonde continuent participant à la permanence des soins ambulatoire.....	52
Figure 13: Proportion de médecins SOUHAITANT continuer les visites en nuit profonde participant à la permanence des soins ambulatoires.....	52
Figure 14: Proportion de médecins PARTICIPANT à la permanence des soins ambulatoires SOUHAITANT continuer les visites en nuit profonde.....	53
Figure 15: Proportion de médecins NE PARTICIPANT PAS à la permanence des soins ambulatoires SOUHAITANT continuer les visites en nuit profonde.....	54
Figure 16: Proportion de médecins déclarant ne pas pouvoir participer à la PDS en raison de leur état de santé ou de leur âge.....	55
Figure 17: Question « Accepteriez-vous la création d'une maison médicale de garde au CHU pour soulager les urgences hospitalières ? ».....	56
Figure 18: Question aux médecins URBAINS « Accepteriez-vous la création d'une maison médicale de garde au CHU pour soulager les urgences hospitalières ? ».....	57
Figure 19: Question aux médecins RURAUX « Accepteriez-vous la création d'une maison médicale de garde au CHU pour soulager les urgences hospitalières ? ».....	57
Figure 20: Question « Participeriez-vous à cette permanence dans cette structure de Maison Médicale dans le CHU ».....	58
Figure 21: Question aux médecins URBAINS « Participeriez-vous à cette permanence dans cette structure de Maison Médicale dans le CHU ».....	59
Figure 22: Question aux médecins RURAUX « Participeriez-vous à cette permanence dans cette structure de Maison Médicale dans le CHU ».....	59
Figure 23: Mode d'exercice souhaité par les médecins volontaires pour participer à une maison médicale de garde au CHU.....	60

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CODAMU : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente
CODAMUPS : Comité Départementale de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins
CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels
CSMF : Confédération des Syndicats des Médecins de France
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
FHF : Fédération Hospitalière de France
FMF : Fédération des Médecins de France
FSPF : Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France
HME : Hôpital Mère et Enfant
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economique
MG : Médecin Généraliste
MM : Maison Médicale
MMG : Maison Médical de Garde
MRS : Missions Régionales de Santé
MSA : Mutualité Sociale Agricole
NP : Nuit Profonde
PDS : Permanence Des Soins
PDSA : Permanence Des Soins Ambulatoires
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAS : Service d'Accès aux Soins
SDIS : Services Départementaux d'Incendie et de Secours
SMUR : Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation
UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UNPF : Union Nationale des Pharmacies de France
USPO : Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine

Introduction

La permanence des soins ou PDS se définit comme *« l'organisation des soins libérale et hospitalière, permettant de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, aux horaires de fermetures habituelles des cabinets médicaux. Elle permet de répondre aux situations de soins non programmées par des moyens, structures et une organisation adaptée. La loi la reconnaît comme une « mission de service public » (1).*

La Permanence des Soins en médecine Ambulatoire ou PDSA est *« assurée, en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20h 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 » (2).*

Depuis de nombreuses années le système de soins en France est en tension de part l'exigence de contenir les dépenses de santé, le vieillissement de la population ayant recours plus souvent au système médical mais aussi la désertification médicale de certains secteurs la démographie médicale étant en berne.

Depuis 2019 et l'apparition du Covid-19 en 2020 les tensions présentes sur le système de soins se sont exacerbées et ont mis en évidence des dysfonctionnements de celui-ci.

Ce travail a pour but de dresser un état des lieux et une perspective sur une possible évolution de la permanence des soins ambulatoires en Haute-Vienne. Ce département comme l'ensemble de l'ancienne région Limousin a une particularité unique en région Nouvelle Aquitaine : la visite de nuit profonde des Médecins Généralistes de minuit à 8 h sur les 6 secteurs de visite du département de la Haute-Vienne. Par ailleurs l'Agence Régionale de Santé (ARS) souhaiterait l'implantation d'une maison médicale de garde où des médecins généralistes assureraient des permanences à l'entrée des urgences du CHU pour désembouteiller.

Quel est l'avis des MG haut-viennois sur la poursuite ou pas des visites à domicile en nuit profonde de minuit à 8 h? Participent-ils à la PDSA?

Concernant l'implantation d'une maison médicale à l'entrée du CHU, souhaiteraient-ils y participer et avec quel mode de rémunération?

Pour répondre à ces deux items, un questionnaire a été adressé sous format papiers fin 2021 aux quelques 400 MG de la Haute-Vienne avec une relance par voie informatique en janvier 2022.

Notre travail présente un historique de la permanence des soins sur les deux dernières décennies et l'évolution de celle-ci en fonction des besoins de la population et de la démographie médicale.

Puis nous présentons et analysons les résultats de l'enquête initiée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute Vienne (CDOM87) afin d'en dégager des pistes pour l'avenir de la PDSA pour les années à venir.

I. Historique de la permanence des soins

I.1. La naissance et l'évolution de la permanence des soins au niveau nationale

A l'automne 2001 des mouvements de grèves ont eu lieu sur le territoire par les médecins généralistes en refusant d'assurer les gardes de nuit et du week-end, exaspéré par leur conditions de travail notamment en campagne.

Des systèmes de gardes étaient présentes en ville ainsi que les urgences, en milieu rurale les médecins généralistes étant moins nombreux ils assuraient la totalité des soins de jours comme de nuit de part le code de déontologie médicale.

Avec l'augmentation des demandes de soins la situation devenant intenable les mouvements de grève avaient comme revendication une augmentation des honoraires, mais aussi la dégradation de leurs conditions de travail et un manque de reconnaissance de leur profession par leurs confrères spécialiste et le grand public.

La grande médiatisation à l'époque de ces mouvements de grèves vont conduire à la mise en place de différentes réformes. (3)

Le 22 janvier 2003 un rapport par le sénateur Charles Descours sur la permanence des soins a permis de faire plusieurs avancées sur l'organisation de la PDS (4):

- La participation des médecins à la PDS repose sur le principe du volontariat.
- Les modalités d'organisation de celle-ci sont laissées à chaque territoire en fonction de la densité médicale , de la population. L'organisation se fait localement en concertation avec les conseils de l'ordre, les syndicats médicaux et les association de garde.
- Rénovation du Comité Départementale de l'Aide Médicale Urgente et de la permanence des soins (CODAMUPS) dans sa mission et composition pour prendre en compte l'organisation de la permanence des soins. Elle émet un avis sur le cahier des charges définissant l'organisation de la PDS au niveau départementale et auquel les médecins volontaires devront adhérer.
- Une régulation médicale centralisé des demandes de soins non programmées avec un numéro d'appel unique le 15. Certains membres du groupe de travaille opté pour un numéro distinct pour la régulation libérale toutefois il était mentionné que dans cette hypothèse les deux centres devait être interconnecté et travailler en étroite collaboration.

Le décret du 15 septembre 2003 fixe les conditions de la permanence des soins, il stipule que (2):

- La permanence des soins en médecine ambulatoire, 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 est assurée par des médecins de garde et d'astreinte exerçant dans ces cabinets et centres.
- Cette permanence est organisée dans le cadre départemental en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le comité départemental.

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

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

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

- Un cahier des charges départemental fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation. Il est arrêté par le préfet après avis du comité départemental. Ce cahier des charges est établi sur la base d'un cahier des charges type fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Il comporte notamment l'état de l'offre de soins et l'évaluation des besoins de la population.

Il fixe les modalités de détermination des secteurs géographiques, prévoit les indicateurs d'évaluation et précise, le cas échéant, les collaborations nécessaires entre les médecins assurant la permanence et les structures hospitalières.

Il précise en outre les modalités de participation des médecins spécialistes.

L'arrêté du 12 décembre 2003 a défini les éléments que le cahier des charges relatif à la permanence des soins en ambulatoire doit comporter (5).

I. Etat des lieux

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 justifiant que la permanence des soins en médecine ambulatoire sur le secteur soit assurée 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'informations 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 maison médicale.
- 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. - 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 sont précisés.

VII. - 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.

VIII. - Révision du cahier des charges départemental.

La révision intervient au plus tard tous les trois ans.

-Le décret n°2005-328 du 7 avril 2005 apporte des modifications par rapport au décret précédent et notamment (6) :

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

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

- La détermination du nombre et des limites des secteurs est arrêtée par le préfet du département et, à Paris, par le préfet de police, après consultation du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et avis du CODAMUPS. En tant que de besoin, des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués par arrêté préfectoral, après avis des comités des départements concernés.

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

- En cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires pour participer à la permanence des soins sur un ou plusieurs secteurs dans le département, constatée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins. Ce conseil, en vue de compléter le tableau de permanence prévu à l'article R. 731, recueille l'avis des organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux et des médecins des centres de santé représentées au niveau départemental et des associations de permanence des soins. Il peut prendre l'attache des médecins d'exercice libéral dans les secteurs concernés. Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de permanence reste incomplet, le CDOM adresse un rapport, faisant état des avis recueillis et, le cas échéant, des entretiens avec les médecins d'exercice libéral, au préfet qui procède aux réquisitions nécessaires.

- A la demande du médecin chargé de la régulation médicale ou du centre d'appel de l'association de permanence de soins dans les conditions prévues à l'article R. 732, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou par une visite.

- Le cahier des charges peut prévoir une mise en commun entre plusieurs secteurs des moyens nécessaires pour assurer la permanence des soins.

- Le cahier des charges détermine 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 CODAMUPS est informé de ces incidents.

L'arrêté du 21 décembre 2007 se référant à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie (7). En application des dispositions du **décret du 22 décembre 2006**, le préfet peut étendre les périodes de permanence des soins, pour tout ou partie des secteurs arrêtés dans le département :

- Aux samedis à partir de 12 heures .
- Aux lundis ouvrés de 8 heures à 20 heures lorsqu'ils précèdent un jour férié.
- Aux vendredis de 8 heures à 20 heures et samedis de 8 heures à 12 heures, lorsqu'ils suivent un jour férié.

Le préfet prend cette mesure en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante et l'inscrit dans le cahier des charges départemental.

Participation de l'assurance maladie au financement de la permanence des soins :

- Le montant de la somme versée au médecin libéral d'astreinte sur les nouvelles périodes de permanence des soins est le suivant :

Samedi de 12H à 20H : 100 euros

Lundi ouvré de 8H à 20H, lorsqu'il précède un jour férié et vendredi de 8H à 20H lorsqu'il suit un jour férié : 150 euros

- Le montant versé au médecin libéral pour sa participation à la régulation organisée en lien avec le SAMU pendant les nouvelles périodes de permanence des soins est de 3C soit 69 euros de l'heure.

-Le décret n° 2009-1173 du 1er octobre 2009 définit les modalités de la mise en place d'une expérimentation concernant la rémunération de la permanence des soins en libéral (9).

L'objectif de ces expérimentations est d'améliorer, dans tout ou partie d'un département ou d'une région, l'effectivité de la réponse aux demandes de permanence des soins en médecine ambulatoire, ainsi que son efficacité.

La mise en place de ces expérimentations s'inscrit dans le cadre des principes fondant l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire :

- Une sectorisation du département ou de la région adaptée à l'offre et à la demande de soins et selon les différentes plages horaires.
- Une régulation préalable départementale ou régionale des demandes de permanence des soins, qui devra être accessible par le numéro de téléphone national en vigueur sur le territoire. Cette régulation téléphonique est également accessible par les numéros des associations de permanence des soins disposant de

plates-formes d'appels interconnectées avec le numéro national, dès lors que ces plates-formes assurent une régulation médicale des appels .

- Une organisation définie dans le cadre d'un cahier des charges départemental.

Ces expérimentations concernant les rémunérations des médecins de permanence des soins (régulateurs, effecteurs), financées sur le risque, peuvent être complétées par des dispositifs financés par :

- Des fonds d'intervention, tels le fonds d'intervention de qualité et de coordination des soins (par exemple : l'investissement dans des maisons médicales de garde, (MMG) ou la prise en charge des transports vers les points de consultation dans le cadre de la permanence des soins).
- Des financements de droit commun (par exemple le financement du transport sanitaire).
- D'autres personnes morales (par exemple les collectivités territoriales ou les établissements de santé). Si des marges de manœuvre sont dégagées sur les crédits correspondant aux soins de ville, elles peuvent être réaffectées aux soins hospitaliers ou autres.

Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations ont été définies après avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins, des organisations syndicales représentatives des médecins et de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

5 ou 6 Missions Régionales de Santé MRS volontaires seront choisies, après appel à candidatures, par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour mener des expérimentations. Les MRS sont sélectionnées sur la base de leur projet.

Avec cette expérimentation, les MRS peuvent organiser différemment la permanence des soins ambulatoire et prévoir de nouveaux modes de rémunération, en développant des coopérations innovantes entre les professionnels de santé. Il n'y a pas de réelle contrainte à ces évolutions, sous la condition que la réponse aux assurés s'en trouve améliorée. Par ailleurs, il n'est pas envisageable de modifier la période de permanence de soins même si l'organisation peut varier au cours de cette période.

Les MRS sélectionnées pourront :

- Globaliser l'ensemble des éléments de rémunération forfaitaires ou à l'acte rémunérant la participation des médecins au dispositif de permanence des soins.
- Moduler le niveau de ces astreintes en fonction de critères divers.
- Modifier le niveau de l'astreinte de l'effecteur.
- Modifier le niveau de l'astreinte du régulateur.

La dotation financière porte sur l'ensemble des sommes servant au paiement des astreintes des régulateurs et des effecteurs ainsi que sur les sommes servant aux paiements des actes effectués lors des périodes de permanence des soins.

Par exemple, un effecteur prenant une garde sur deux secteurs pourrait bénéficier d'un montant d'astreinte plus élevé.

Les MRS réalisent annuellement l'évaluation des expérimentations qu'elles ont conduites et la transmettent aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ainsi qu'au parlement.

L'évaluation a pour objet de vérifier que le fonctionnement global de la permanence des soins est amélioré et rendu plus efficient par l'expérimentation.

Elle est réalisée sur la base des critères de suivi et d'évaluation listés ci-dessous.

En matière de suivi du dispositif :

- Suivi mensuel du coût du dispositif expérimental par rapport à la prévision et suivi mensuel de l'enveloppe régionale globale effectué par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).
- Effectivité de la réponse : remplissage des tableaux de permanence et présence à la régulation.
- Taux de volontaires par rapport aux médecins généralistes inscrits dans le département.

En matière d'évaluation annuelle :

- Nombre d'actes réalisés par période de permanence des soins, par secteur, rapporté à la population.
- Nombre d'actes régulés et d'actes non régulés
- Nombre d'actes effectués en MMG et en visite, ratio.
- Nombre d'actes médico-administratifs.
- Nombre d'actes suivis d'une hospitalisation, d'un envoi aux urgences, d'un envoi d'un SMUR.
- Activité de la régulation par plages de permanence des soins, nombre de régulateurs mobilisés par appel et par heure.
- Nombre et nature des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la permanence des soins.
- Activité des services d'urgence aux horaires de permanence des soins, nombre de patients réorientés des services d'urgence vers les MMG et inversement.
- Comparaison avec l'activité des SAMU aux horaires de permanence des soins et régulation.
- Nombre de transports effectués pendant les périodes de permanence des soins par les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) ou par des entreprises de transports sanitaires.

Tout autre indicateur jugé pertinent par la MRS, ainsi qu'une appréciation qualitative, pourra être ajoutée.

L'arrêté du 31 décembre 2009 rajoute la rémunération maximale par rapport à cette expérimentation [10] :

- Pour l'activité de régulation : au maximum le montant horaire prévu par la convention nationale du 12 janvier 2005 et ses avenants conclus entre l'Union nationale des

caisses d'assurance maladie et les médecins généralistes et les médecins spécialistes, majoré d'un tiers.

- Pour les astreintes de permanence des soins : au maximum trois fois le montant des astreintes prévues par la convention et ses avenants précités.

Un Arrêté paru le 20 Avril 2011 modifie la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire et dit que les rémunérations des médecins participant à la permanence des soins peuvent varier dans les conditions suivantes :

- La rémunération de l'astreinte du médecin inscrit sur le tableau de garde ne peut être inférieure à 180 euros pour une durée de référence de douze heures, ce montant peut varier en fonction de la durée de la plage horaire et selon les sujétions particulières, notamment les visites.
- La rémunération pour la participation à la régulation médicale téléphonique du même code ne peut être inférieure à 70 euros par heure de régulation.

Les limites des rémunérations appliquées dans la région doivent être compatibles avec le montant de l'enveloppe déléguée à chaque région, et sera révisée chaque année pour tenir compte de l'évolution du montant de ces enveloppes. (11)

L'Arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé modifie le montant de versement des indemnités.

L'indemnité forfaitaire versée à un médecin libéral participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé mentionné au 1° de l'article L. 6112-1 du même code est fixée ainsi qu'il suit : (12)

1. Indemnité forfaitaire pour chaque période de garde : montant pour :

- une période de garde assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : 229,00 €.
- une période de garde assurée en début de nuit : 79,00 € .
- une période de garde assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : 150,00 €.

2. Indemnité forfaitaire pour chaque période d'astreinte : montant pour:

- une période d'astreinte assurée une nuit, un dimanche ou un jour férié : 180,00 €
- une période d'astreinte assurée en début de nuit : 60,00 € ;
- une période d'astreinte assurée en nuit profonde ou le samedi après-midi : 120,00 €.

Aucun prélèvement de quelque nature que ce soit ne peut être effectué sur ces indemnités forfaitaires par l'établissement de santé.

Le décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires (13)

L'accès au médecin de la permanence des soins ambulatoires fait l'objet d'une régulation médicale téléphonique préalable, accessible sur l'ensemble du territoire national, par le numéro national de permanence des soins (116 117) ou par le numéro national d'aide

médicale urgente (15). Le directeur général de l'ARS (agence régionale de santé) détermine lequel de ces deux numéros est utilisé au plan régional. Il l'inscrit dans le cahier des charges. Les médecins volontaires participent à l'activité de régulation médicale des appels dans les conditions définies par ce cahier des charges. Lorsqu'un médecin assure la régulation des appels depuis son cabinet ou son domicile, il signe une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente.

L'accès au médecin de permanence est également assuré par les numéros des centres d'appel des associations de permanence des soins si ceux-ci sont interconnectés avec le centre de réception et de régulation des appels et ont signé une convention avec l'établissement siège du service d'aide médicale urgente approuvée par le directeur général de l'ARS.

Les appels traités dans le cadre de la permanence des soins, ainsi que les réponses apportées par le médecin régulateur sont soumis à une exigence de traçabilité selon des modalités fixées par arrêté du ministre de la Santé.

En septembre 2018 le président de la république Mr Emmanuel Macron a annoncé le projet de transformation du système de santé « Ma Santé 2022 » pour répondre au vieillissement de la population, les attentes des professionnels de santé, l'avancée des technologies.

5 actions prioritaires ont été déterminées :

- La mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) qui est un espace où les professionnels de santé peuvent se rassembler autour d'un projet de soins commun. L'avantage des CPTS est d'étendre la prise en charge médicale à des populations ou groupes de personnes, plutôt que de se cantonner aux soins de personnes isolées, dans le but de garantir l'accès à un médecin traitant, d'organiser une réponse aux demandes de soins non programmés, de favoriser la coordination ville-hôpital.

- Le déploiement de 400 médecins généralistes dans les territoires prioritaires, dans l'objectif de pallier aux difficultés d'accès aux soins. Ces postes sont des postes d'exercice partagé villes/hôpital

- La création de postes d'assistants médicaux dans le but de redonner du temps médical aux médecins, différentes tâches pourront être confiées comme des tâches administratives, d'aide à la consultation, prise de constantes ou encore d'aide à la coordination et l'organisation des professionnels de santé

- Labellisation des hôpitaux de proximité

- Réforme du premier et du deuxième cycle des études médicales avec la suppression du numerus clausus. Le recrutement des étudiants se faisant de façon progressive au cours du premier cycle et à partir de cursus diversifiés. Pour les étudiants en médecine, le cursus de formation du 2ème cycle a été réformé afin de mieux tenir compte des compétences et aptitudes des étudiants et de leur projet professionnel

Madame Agnès Buzyn, au ministère des solidarités et de la santé a annoncé le **9 septembre 2019** le pacte de refondation des urgences avec 12 mesures clés dans le but de soulager les tensions et la surcharge d'activité aux urgences : (14)

- Mettre en place dans tous les territoires un service universel pour répondre à toute heure à la demande de soins des français, le service d'accès aux soins (SAS)
- Renforcer l'offre de consultations médicales sans rendez-vous en cabinet, maison et centre de santé
- Donner à la médecin de ville les mêmes outils de prise en charge que les urgences
- Offrir aux professionnels non médecin des compétences élargies pour prendre en charge directement les patients
- Généraliser des parcours dédiés aux personnes âgées pour éviter les urgences
- Intégrer la vidéo à distance dans tous les SAMU
- Mieux utiliser les compétences médicales et soignantes rares en graduant les services d'urgence et en réformant les transports médicalisés
- Renforcer et reconnaître les compétences des professionnels des urgences
- Lutter plus efficacement contre les dérives de l'intérim médical
- Réformer le financement des urgences
- Renforcer la sécurité des professionnels exerçant aux urgences
- Fluidifier l'aval des urgences grâce à l'engagement de tous en faveur de l'accueil des hospitalisations non programmées.

Le SAS est composé d'une régulation médicale téléphonique d'aide médicale urgente et de médecine générale, de praticiens en ville prenant en charge les patients adressés par le SAS via une plateforme digitale. Il doit permettre d'apporter une réponse à tous les patients, qu'il s'agisse des demandes de soins urgents ou des demandes de soins non programmés en cas d'indisponibilité du médecin traitant. (15)

En 2021 plusieurs sites pilotes ont été sélectionnés pour expérimenter cette organisation pour pouvoir avoir une couverture nationale d'ici 2023

Au travers de cet historique national sur les quelques 20 dernières années, depuis 2001, suite aux mouvements de protestations des médecins généralistes concernant leur implication dans la permanence des soins, la profession est passée d'une organisation où certains MG notamment ruraux pouvaient être d'astreinte pratiquement toutes les nuit et tous les Week-end s'il n'y avait pas d'accord entre quelques médecins sur un même petit secteur géographique à une permanence des soins organisée au niveau départemental équivalente pour tous les médecins généralistes en fonction de la démographie des médecins, de la population et des caractéristiques des infrastructures locales de soins. Trois nouveaux points importants révolutionnent la PDSA :

- La notion de volontariat permettant à des médecins de ne plus participer à cette PDSA à la condition qu'il n'y ait pas de carences sur les différents tableaux de garde.

- La régulation médicale de tous les appels en horaires de PDSA avant d'avoir accès aux médecins d'astreinte.

- Une indemnisation forfaitaire des médecins d'astreinte et des médecins régulateurs reconnaissant le travail fourni par les MG

I.2. Historique de la permanence des soins en haute-vienne

En 1977 sont créées deux associations en accord avec le CDOM : le syndicat des médecins de la Haute-Vienne et le syndicat de l'hospitalisation privée comprenant 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** définit les points fondamentaux de l'organisation des centres 15.

Dans le même temps des négociations permettent d'établir 15 sites expérimentaux de centre 15 sur le territoire secondairement réduits à 5. Le bureau de la Fédération des Médecins de France le 19 décembre 1986 décide l'attribution d'un centre 15 en Haute-Vienne.

Le 20 juillet 1987, une convention nationale est 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 lance une expérimentation de 18 mois avec la participation des médecins libéraux. (16)

Le 20 janvier 1988 Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente (CODAMU) est créé en Haute-Vienne.

Le 1er février 1988 le numéro d'appel unique "15" est créé dans le département

Le 17 mars 1988 une convention est signée entre les caisses d'assurance maladie du département et le syndicat des médecins de la Haute-Vienne FMF dans le cadre de l'organisation de la PDS.

Le 27 février 1989 une autre convention est signée entre la direction générale du centre hospitalier universitaire (CHRU), le syndicat des médecins de la Haute-Vienne, le syndicat CSMF, l'association des médecins d'urgence de Limoges, l'association des médecins rurale de la Haute-Vienne et un représentant des établissements privés d'hospitalisation.(16)

Le centre 15 de la Haute-Vienne commence à fonctionner le 1er juin 1990 et la régulation est assurée conjointement par des médecins libéraux et hospitaliers 24H/24. Les appels de la PDS sont régulés via le numéro 15. La régulation libérale se fait dans les mêmes locaux que la régulation hospitalière du SAMU 87.

Le 1er avril 1991 l'association Urgences Médecins 87 fusionne son numéro d'appel spécifique avec le centre 15. Le numéro 15 devient le numéro unique de recours à un avis médical pendant les horaires de PDS.

Avant septembre 2002 la permanence des soins en médecine ambulatoire en Haute-Vienne n'était pas assurée selon une sectorisation géographique. Les médecins généralistes en zone rurale s'étaient organisés une PDS par patientèle pendant que la ville de Limoges disposait d'un service de garde basée sur le volontariat et dont le planning était établi par l'association "Urgences Médecins 87" (16)

De septembre 2002 à février 2005 une sectorisation géographique de la PDS est mise en place après un travail en collaboration entre les médecins, le CDOM et la DDASS.

A partir de février 2005, c'est **l'arrêté préfectoral du 7 février 2005, modifié le 25 novembre 2005, le 29 août 2008, le 19 juin 2009 puis le 18 février 2010** relatif au cahier des charges, qui fixe les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire dans le département de la Haute-Vienne.

La mise en place de cette sectorisation s'est appuyée sur plusieurs éléments (16):

- les données géographiques et les infrastructures routières
- l'organisation des transports sanitaires
- 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 données relatives à l'offre de soins locale existante, notamment l'activité la nuit et le week-end des établissements de santé et de toute organisation assurant la permanence des soins

A partir du 1er janvier 2006 la rémunération des régulateurs de la permanence de soins en libérale est assurée par l'assurance maladie les dimanches, jours fériés et la nuit. La régulation libérale n'est assurée qu'aux heures de la permanence des soins.

Le 1er septembre 2010 une nouvelle organisation de la permanence des soins s'effectue en Haute-Vienne sur un mode expérimental pour une durée de 5 ans après l'autorisation par arrêté ministérielle paru le 18 mars 2010.

Ce dispositif concerne à la fois l'organisation de la régulation médicale des appels et l'organisation générale de l'offre de soins de la PDS en médecine ambulatoire.

Cette expérimentation est portée conjointement par le CDOM et l'ARS. La permanence des soins en ambulatoire est organisée sur la base d'une double sectorisation du département comportant :

- 12 secteurs de consultations fixes
- 6 secteurs de visites à domicile

Pour les secteurs de consultation fixe un médecin généraliste libéral est chargé d'assurer des consultations au cabinet ou sur un point fixe de garde de son secteur tous les soirs de 20h à 24h, les samedis de 12h à 20h les dimanches et jours fériés de 8h à 20h.

Pour les secteurs de visites à domicile, les consultations à domicile sont effectuées tous les jours de 20h à 8h, les samedis de 12h à 20h et les dimanches et jours fériés de 8h à 20h. Elles sont jugées nécessaire après la régulation préalable par le médecin régulateur du centre 15.

L'ensemble de ce dispositif est assuré par un centre unique de recueil des appels, le centre 15, qui permet aux patients de contacter un médecin 24h sur 24.

Ce dispositif expérimental est mis en place pour répondre à plusieurs problématiques :

- Le vieillissement de la population de la Haute-Vienne
- Le rééquilibrage des zones fragiles sous dotées en médecins
- La réduction du nombre de gardes assurées par les médecins libéraux

A partir de 2015 cette expérimentation est reconduite en apportant quelques ajustements.:

- Le rajout d'une plage de régulation libérale complémentaire les samedis de 8h à 12h
- Les secteurs de consultations fixes passent de 12 à 11

Suite au pacte de refondation des urgences et réaffirmé par le Ségur de la santé, la mise en place d'un site pilote de service d'accès aux soins en Haute-Vienne SAS87, est porté par le CHU de Limoges et le SAMU 87, en association avec le CDOM 87 et des représentants haut-viennois des URPS Nouvelle Aquitaine (17). Cette organisation départementale est encore en cours d'installation à ce jour.

Pour conclure, il faut retenir que la Haute Vienne a été un site expérimental de régulation médicale de la PDS par des MG libéraux effective en 1990 grâce à l'impulsion et la ténacité de Médecins de la FMF historique locale au travers du Dr Jean MOUVEROUX aidé dans cette entreprise par le Dr Jean DECOUTY. Cette expérimentation ayant donné satisfaction quant à l'efficacité du service rendu à la population, elle a permis au bout d'une quinzaine d'année d'étendre ce modèle de fonctionnement à l'ensemble du territoire Français.

II. L'organisation de la permanence des soins actuelle en Haute-Vienne

La Haute-Vienne a une superficie de 5 520 km² pour une population de 371 575 habitants en 2019 selon l'INSEE. En termes de population le département est classé 65ème au niveau national (18).

En 2020, dans le département de la Haute Vienne, le nombre de médecins généralistes libéraux selon la DREES est de 440, la densité des médecins généralistes libéraux selon L'INSEE est de 117,9 plaçant ainsi le département en 12ème position pour la plus forte densité en MG libéraux. Cependant la répartition de ces médecins est très inégale, concentrée au niveau des deux pôles urbains de Limoges et de St-Junien.

L'évolution de la démographie des médecins généralistes dans le département va vers une baisse importante des effectifs, entre 2010 et 2022 le département a eu une perte de 12,9% de médecins généralistes en activité régulière, 3,9% sur l'année 2021-2022 selon l'atlas de la démographie médicale du CDOM.

II.1. Démographie de la Haute-Vienne

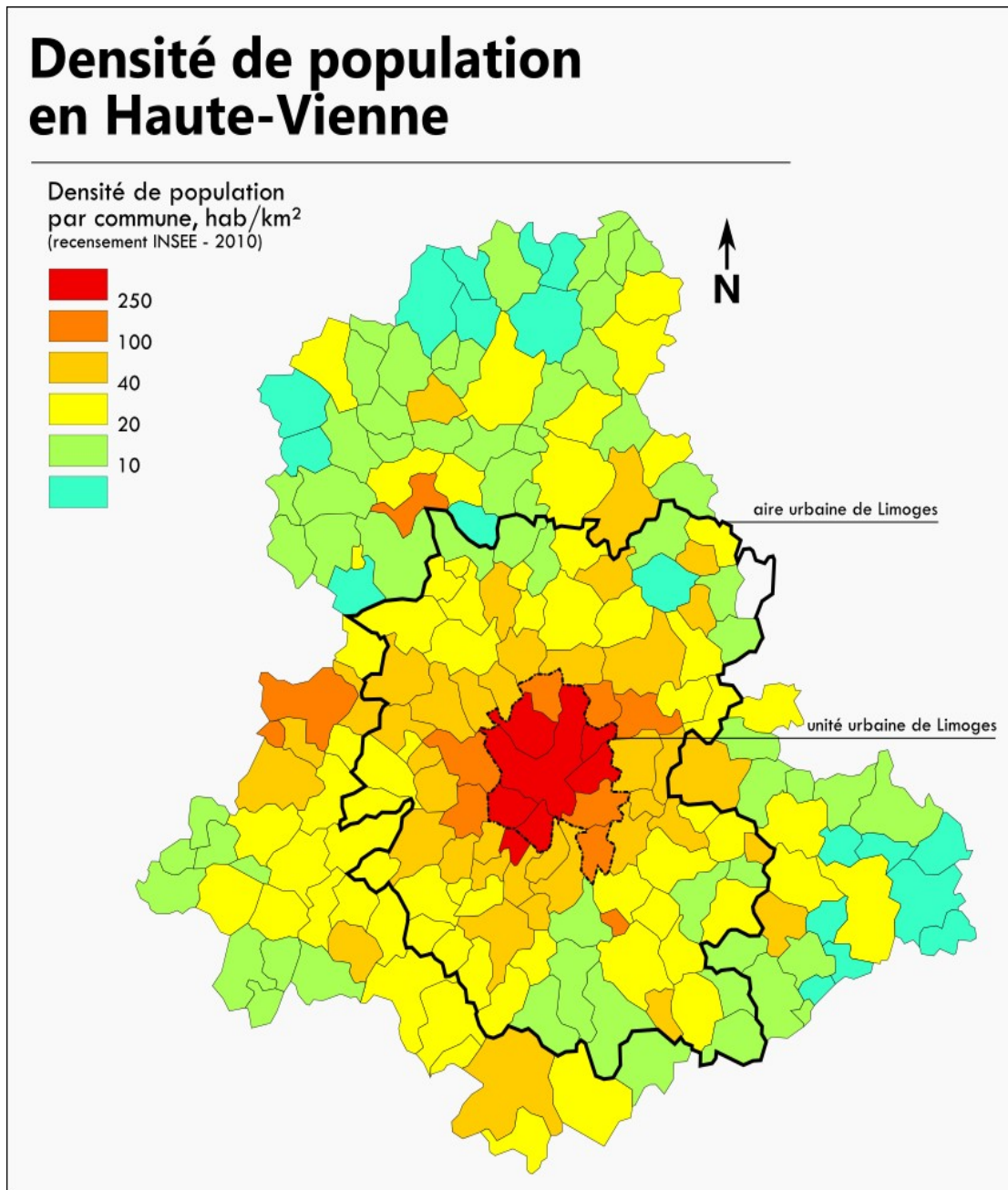
Depuis ces 20 dernières années les données de L'INSEE montrent une globale stabilité du nombre d'habitants en Haute-Vienne. En 2019 la densité moyenne d'habitants au km² est de 67,5.

Malgré la globale stabilité du nombre d'habitants, on assiste à un vieillissement de la population ces dernières années. Ainsi les données de l'INSEE catégorisant les habitants par tranche d'âge montrent une augmentation du pourcentage de la population âgée entre 60 et 74 ans passant de 57 377 (15,3%) en 2008 à 72 465 (19,5%) en 2019 et inversement la population âgée de 30 à 44 ans montre une baisse passant de 70 897 (19%) en 2008 à 61 855 (16,6%) en 2019.

Le taux de natalité est resté stable ces 20 dernières années avec un taux à 9,4% de 2013 à 2019, 9,2% de 1990 à 1999. Il en va de même pour le taux de mortalité qui reste également stable à 11% de 2013 à 2019.

La population de la Haute-Vienne est concentrée autour de deux pôles urbains essentiellement, celui de Limoges 130 876 habitants en 2019 et de St-Junien 11 254 habitants en 2019.

Figure 1: Densité de la population en Haute-Vienne



Source: INSEE 2010 densité population Haute-Vienne

II.2. Les différents acteurs de la permanence des soins

II.2.1. Les structures médicales de la PDS

La Haute-Vienne dispose de plusieurs structures d'urgence faisant partie intégrante de la permanence des soins :

- 4 services d'accueil des urgences situés au CHU de Limoges, la polyclinique de Limoges , au CH de St Junien et au CH de St-Yrieix-la-Perche
- 1 service d'urgences pédiatriques et gynécologiques situé à l'HME Limoges
- 3 SMUR situés au CHU de limoges, St-Junien et St-Yrieix-la-Perche
- 1 SAMU situé au CHU de limoges

La ville de Limoges dispose aussi d'autres structures participant à la permanence des soins :

- **La Maison Médicale de Garde (MMG)** de Limoges : située 43 boulevard Gambetta créée en 2003 par l'association de médecins libéraux "Domus Medica 87". C'est un point fixe de prestation d'activité de médecine générale ouverte uniquement aux horaires de la PDS, c'est à dire de 20h à minuit les jours de semaine, de 12h à minuit le samedi et de 8h à 24h les dimanches et jours fériés. Les médecins de l'association y assurent donc une activité de soins non programmés. Son organisation s'inscrit dans l'organisation de la PDS définie par le cahier des charges départemental.
- **SOS médecin** : association créée le 20 juin 1966 par le Docteur Marcel Lascar, généraliste à Paris suite à un fait tragique (un de ses patients décède d'une crise cardiaque faute d'avoir pu joindre un médecin un samedi après-midi). En 2013, SOS Médecins compte près de 1000 médecins regroupés en 64 associations en Métropole et en Outre-mer, unifiées en une Fédération Nationale autour d'un principe fondateur l'Urgence et la Permanence de Soins 24 heures sur 24 et 365 jours sur 365.

Les médecins appartenant à l'association SOS médecin sont des médecins libéraux organisés sur le modèle d'un cabinet de groupe classique régi par un contrat d'exercice en commun pour l'association SOS Médecins. Les médecins exerçant dans cette structure sont conventionnés en secteur 1. (19)

Pour appartenir à la fédération SOS Médecins France et être autorisé à porter le nom, l'association doit, d'une part être agréée par la fédération et respecter son cahier des charges, d'autre part signer une convention d'usage gratuit de marque.

Le cahier des charges SOS Médecins comprend 7 points :

- Le standard doit être ouvert 24h sur 24, 365 jours sur 365. Conseil médical d'attente en permanence.
- Les médecins doivent être thésés, expérimentés, rodés à l'urgence.
- Les médecins doivent être équipés des moyens diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à leur exercice.
- La disponibilité du médecin doit être totale pendant son astreinte.

- L'intervention du médecin doit être rapide, effectuée dans un véhicule blanc, radioguidé ou équipé d'un moyen de transmission téléphonique ou informatique adapté, débanalisé conformément aux dispositions réglementaires.

- Un bilan de l'intervention du médecin de garde doit être fait et transmis au médecin traitant.

- L'association doit avoir une autonomie financière.

SOS Médecins France et SAMU de France ont signé une convention cadre en septembre 2005 en présence du ministre de la Santé et du Directeur de la DHOS, actant ainsi la place particulière de cette structure dans la permanence de soins. Cette convention cadre sert de matrice aux conventions conclues localement par chaque association. Ce rapprochement avait été souhaité par la DHOS, afin de dynamiser la mise en œuvre de la PDS, retardée par certaines difficultés sur lesquelles elle a été missionnée.

En Haute-Vienne, l'association est basée à Limoges 44 rue Emile Montégut et a été inaugurée en 2002. Elle comptait en 2021 14 médecins et intervient à Limoges et en périphérie à Couzeix, Feytiat, Isle et Panazol.

II.2.2. La régulation médicale

Le département possède une régulation médicale libérale située à Limoges au sein du centre de réception et de régulation des appels (CRRRA) qui fonctionne durant les horaires de la PDS. Cette régulation se base sur le volontariat des médecins, Pour pouvoir faire de la régulation médicale il faut avoir une activité libérale et être installé depuis au moins 3 ans, il faut également suivre une formation spécifique.

Une convention est établie entre les médecins régulateurs et le CHU de Limoges pour pouvoir utiliser les locaux, les moyens techniques et humains du SAMU 87.

Le nombre de médecins affecté à la régulation médicale varie en fonction des jours et des plages horaires.

-Lundi à vendredi de 20H jusqu'à 8H 1 médecin régulateur libérale

-Samedis de 8H à 12H 1 régulateur
de 12H à 20H 2 régulateurs
de 20H à 8H 1 régulateur

-Le dimanche, jours fériés et pont de 8H à 21H 2 régulateurs
de 21H à 8H 1 régulateur

La régulation médicale de centre 15 comprend aussi les régulateurs du SAMU qui sont des médecins hospitaliers urgentistes, anesthésistes réanimateurs volontaires qui régulent les urgences vitales des patients et les événements de la voie publique.

La rémunération de la régulation médicale libérale s'élève à l'heure actuelle selon les modalités suivantes:

-70€/heure plages horaires hors PDSA 19H-20H, les samedis de 8H-12H

-92€/heure Plages horaires PDSA de 20H-24H, 6H-8H, 12H-24H les samedis et de 8h-24H les dimanches et jours fériés
-115€/heure de 24H à 6H

II.2.3. La garde médicale libérale

La garde médicale est assurée par des médecins généralistes volontaires inscrit sur un tableau nominatif élaboré dans chaque secteur et transmis au CDOM.

Dans le département de la Haute-Vienne le territoire est divisé en secteurs de garde fixe pour les consultations médicales sur place au sein d'un cabinet médical, et mobile pour les visites au domicile du patient.

Le nombre de secteurs de garde est en diminution constante depuis les années 2002, Auparavant les secteurs de garde fixe et mobile étaient les mêmes et les consultations et visites étaient assurées par le même médecin.

Depuis 2010 les appels sont réceptionnés par le centre 15 du SAMU 87 qui en fonction de la demande organise la prise en charge adéquate.

L'organisation actuelle divise le territoire en 9 secteurs de garde fixe et 6 secteurs de garde mobile.

La PDSA est assurée de 20H à 24H par un médecin généraliste sur chaque secteur fixe du lundi au vendredi, de 12H à 24H les samedis et de 8H à 20H les dimanches et jours fériés. Pour les effecteurs mobiles la permanence est assurée de 20H à 8H toutes les nuits de la semaine, de 8 H à 20 H les dimanches et jours fériés et à partir de 12H les samedis.

Les généralistes sont inscrits en tant que médecin de permanence sur le tableau départemental de garde, sur un secteur fixe et pour une période donnée, et si leurs interventions font suite aux appels de la régulation organisée par le SAMU peuvent percevoir une rémunération qui est de

- 65 € par tranche de 4 heures pour les consultations fixes

Les consultations et visites effectuées sur la période de garde bénéficient également de majorations spécifiques.

Pour les médecins de permanence dans les secteurs de visites la rémunération est différente compte tenu des contraintes liées à l'exercice et variable suivant le jour et la tranche horaire.

- 450€ de 20 H à 8 H (150€ de 20 H à 24 H et 300€ de 24 H à 8 H)
- 150€ les samedis de 12 H à 20 H
- 225€ les dimanches et jours fériés de 8 H à 20 H

Figure 2: Sectorisation de la PDSA en haute-vienne concernant les effecteurs fixes (2021)

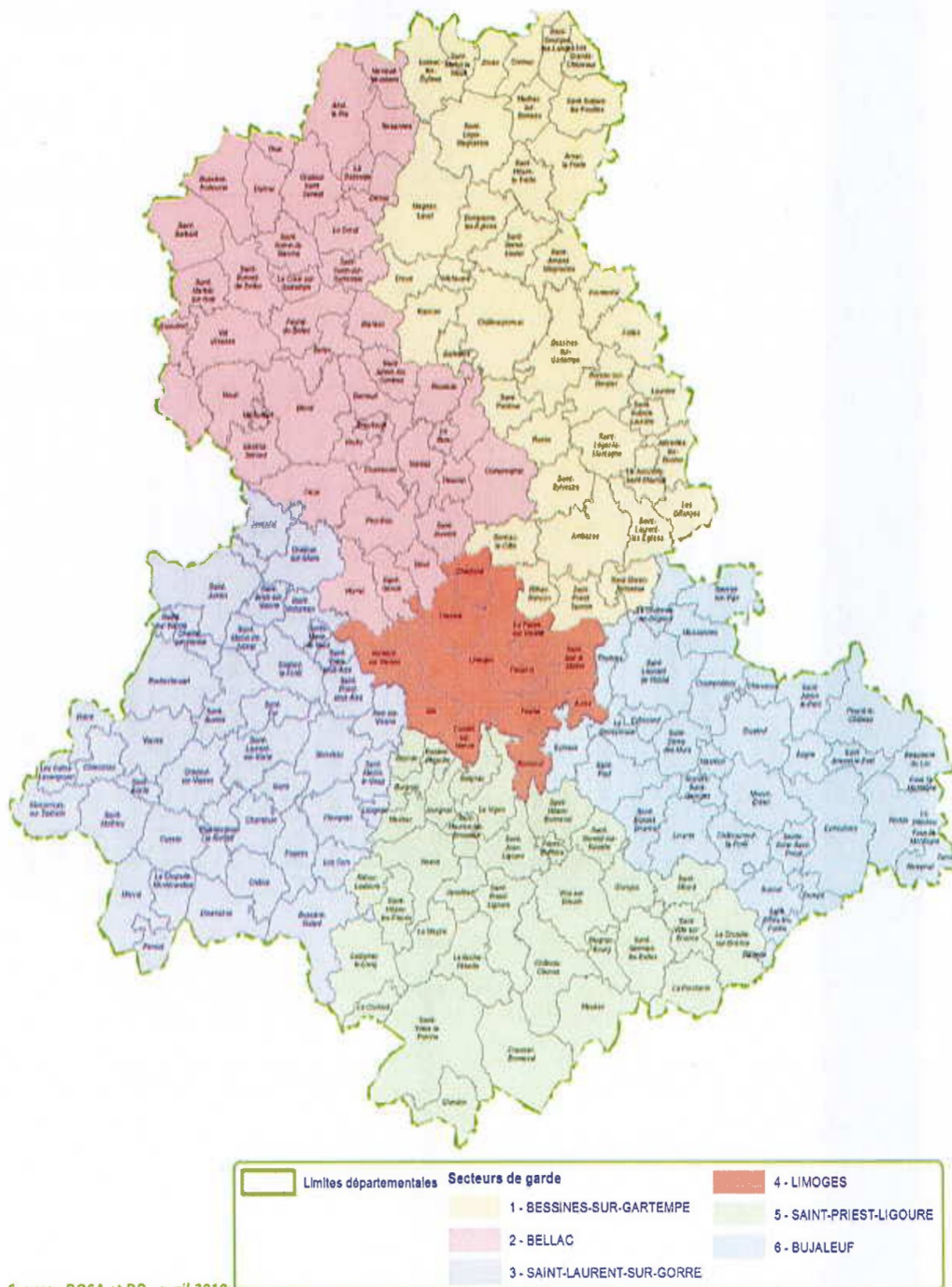


Source : DOSA et DD - mars 2021

Fonds IGN découpage au 01/01/2017

Exploitation et réalisation : ARS Nouvelle Aquitaine/DPSP/Pôle études, statistiques et évaluation - 26/03/2021

Figure 3: Sectorisation de la PDSA en Haute-Vienne concernant les effecteurs mobiles (2021)



Source : DOSA et DD - avril 2018

Fonds IGN découpage au 01/01/2017

Exploitation et réalisation : ARS Nouvelle Aquitaine/DPSP/Pôle études, statistiques et évaluation - 11/04/2018

II.2.4. La garde pharmaceutique

De la même façon que la garde médicale, une permanence pharmaceutique est organisée sur le territoire et divisée en secteurs.

L'article L. 5125-22 du code de la santé publique impose l'organisation d'un service de garde pour répondre aux besoins du public en dehors des horaires d'ouverture pratiqués par les officines d'une zone déterminée.

La convention nationale pharmaceutique, signée le 4 avril 2012 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les trois syndicats représentatifs des pharmaciens titulaires d'officine (FSPF, USPO et UNPF), a reconduit le financement du dispositif de permanence pharmaceutique conventionnel mis en place en 2006 par les partenaires conventionnels et revalorisé les indemnités et honoraires versés aux pharmaciens dans ce cadre. Par la suite, l'avenant n 11 à la convention signée le 20 juillet 2017 par l'UNCAM et l'USPO, puis le 15 septembre 2017 par l'UNOCAM a également procédé à certaines revalorisations (20)

Pour rappel, ce dispositif financier conventionnel prévoit le versement d'une indemnité forfaitaire d'astreinte par période de garde ainsi que d'honoraires de gardes perçus par ordonnance. La convention nationale prévoit que les pharmaciens titulaires d'officine participant à la permanence pharmaceutique perçoivent une indemnité d'astreinte. Celle-ci est de 190 euros 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.

Honoraires de garde de 20 H à 8 H : 8 euros

Dimanche et jours fériés de 8 H à 20 H : 5 euros

Honoraires de garde les jours, en dehors des jours et heures normaux d'ouverture de 8 H à 20 H : 2 euros

II.2.5. La garde ambulancière

La garde ambulancière dans le département a été divisée en 6 secteurs après concertation avec le SAMU87, l'association des transports sanitaires urgents 87 et l'ARS pour satisfaire et assurer le transport des patients dans des délais acceptables vers les structures d'urgence.

L'arrêté préfectoral du 17 novembre 2005 fixe la sectorisation du département pour la garde ambulancière.

Cette garde ambulancière couvre les dimanches et jours fériés de 8 H à 20 H ainsi que les nuits de 20 H à 8 H. Le véhicule est stationné avec son équipage sur un site dédié pour chacun des six secteurs du département.

Pendant la garde, toutes les demandes de transports urgents sont à adresser au SAMU 87–

centre 15 charge à lui de transmettre chaque demande à l'équipage de permanence du pôle dont dépend la commune où réside le patient.

Cette ambulance ne peut être mobilisée qu'à la demande du médecin régulateur et seulement pour effectuer des transports du domicile du patient vers une structure d'urgence.

Des majorations tarifaires pour les gardes de nuit, week-end et jours fériés s'appliquent également.

Majoration de nuit :

Entre 20 H et 8 H : majoration de 75% du tarif de jour.

Ce tarif s'applique intégralement lorsque plus de la moitié du temps du transport est effectuée entre 20 H et 8 H. Il ne s'applique pas dans le cas contraire.

Majoration dimanche et jours fériés :

Les tarifs des transports sanitaires par ambulance sont majorés les dimanches et jours fériés :

Entre 8 H et 20 H: majoration de 50% du tarif de jour.

Entre 20 H et 8 H: majoration de 75% du tarif de jour.

Le tarif du dimanche s'applique à compter du samedi 12 H.

Un supplément de 21,67 euros peut être perçu, sur présentation d'un justificatif, pour un transport d'urgence effectué sur la demande expresse d'un médecin régulateur centre 15.

III. Questionnaire d'évaluation de l'implication et de l'avis des médecins généralistes sur la permanence des soins en Haute-Vienne

L'objectif de l'étude est de connaître la proportion de médecins généralistes participant actuellement à la permanence des soins dans le département 87 ou qui envisageraient d'y participer dans un avenir proche. Nous souhaitons recueillir leur opinion sur la poursuite des visites en nuit profonde et la création d'une structure médicale de garde à l'entrée du CHU de Limoges pour soulager les services d'urgences.

III.1. Matériel et Méthode

Ce travail a pour but de dresser un état des lieux de la permanence des soins ambulatoires afin d'en dégager certaines pistes d'amélioration et une perspective sur une possible évolution de la PDSA en Haute-Vienne. Ce département a en effet comme l'ensemble de l'ancienne région Limousin une particularité unique en région Nouvelle Aquitaine : la visite de nuit profonde des Médecins Généralistes de minuit à 8 h sur les 6 secteurs de visite du département 87. Par ailleurs, l'Agence Régionale de Santé (ARS) souhaiterait l'implantation d'une maison médicale de garde où des médecins généralistes assureraient des permanences à l'entrée des urgences du CHU pour désembouteiller.

Quel est l'avis des MG haut-viennois sur la poursuite ou pas des visites à domicile en nuit profonde de minuit à 8 h ? Participent-ils à la PDSA ?

Concernant l'implantation d'une maison médicale à l'entrée du CHU, souhaiteraient-ils y participer et avec quel mode de rémunération ?

Pour répondre à ces deux items, un questionnaire a été adressé sous format papiers fin 2021 aux quelques 400 MG de la Haute-Vienne avec une relance par voie informatique en janvier 2022.

La méthode utilisée est étude quantitative descriptive observationnelle transversale par le biais d'un questionnaire divisé en trois parties :

- Une première partie concernant l'âge et le lieu d'exercice rural ou urbain
- Une deuxième partie portant sur la permanence des soins : la participation actuelle ou future, le souhait ou non que la population continue de bénéficier de la permanence des soins en nuit profonde de minuit à 8 H
- Une troisième partie portant sur la création d'une structure médicale à côté du CHU de Limoges type maison médicale de garde pour répondre aux demandes de soins non programmées et soulager les services des urgences hospitalières.

Initialement, le questionnaire a été envoyé sous format papier puis par voie dématérialisée à l'ensemble des médecins généraliste inscrits au tableau de l'ordre des médecins et installés en secteur libéral en Haute-Vienne.

Les données ont été anonymisées et rentrées sur un tableur Excel.

Les résultats sont exprimés en nombres entiers et en pourcentage.

Les statistiques utilisent le test du Chi2 avec la correction de Yates.

Les différences retrouvées sont statistiquement significatives si $p < 0,05$

III.2. Les résultats

Le questionnaire a été envoyé à 359 médecins généralistes et nous avons pu collecter 122 réponses soit un taux de réponses de 34 %.

Description de l'échantillon

122 médecins généralistes ont répondu à l'enquête du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne : 56 en version papier en décembre 2021 et 66 en version informatique en janvier 2022.

III.2.1. L'âge

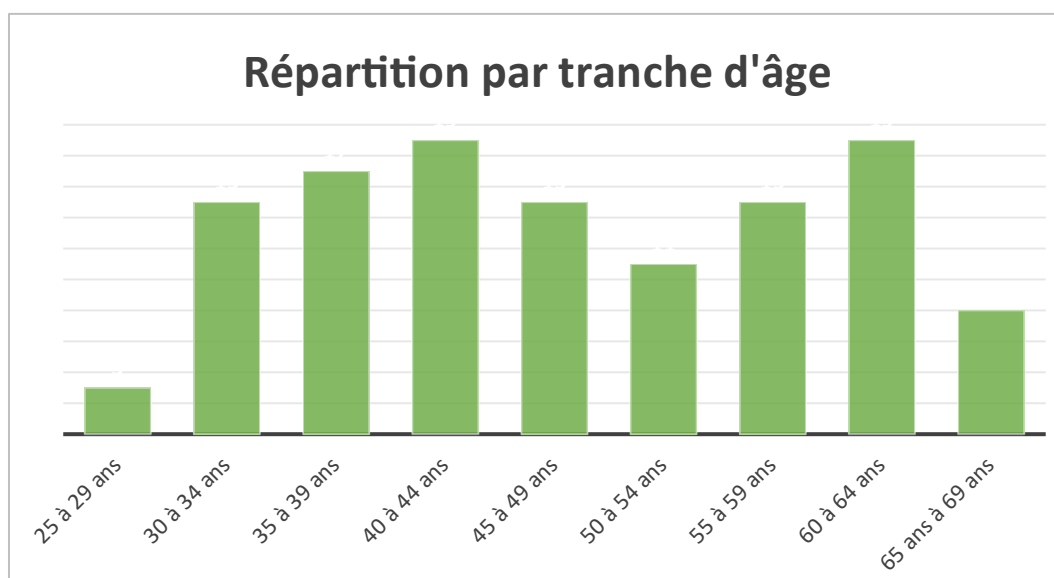


Figure 4: Répartition des médecins généralistes par tranche d'âge

Parmi les 122 médecins répondants âgés de 28 à 68 ans d'un âge moyen de 47,7 (médiane 47 ans) :

- 3 sont âgés de 25 à 29 ans
- 15 sont âgés de 30 à 34 ans
- 17 sont âgés de 35 à 39 ans
- 19 sont âgés de 40 à 44 ans
- 15 sont âgés de 45 à 49 ans
- 11 sont âgés de 50 à 54 ans
- 15 sont âgés de 55 à 59 ans
- 19 sont âgés de 60 à 64 ans
- 8 sont âgés de 65 à 69 ans

Dans notre échantillon la proportion des médecins généralistes de plus de 60 ans est de 22 % ce qui est plus faible que le taux nationale en 2022 qui est de 27,4 %. A l'inverse la proportion des médecins de moins de 40 ans est de 29 % dans notre échantillon, alors que le taux nationale en 2022 est de 27,1 %

L'âge moyen de notre échantillon est de 47,7 ans ce qui est plus bas que la moyenne nationale retrouvée en 2022 qui est de 50 ans.(21)

III.2.2. Le lieu d'exercice

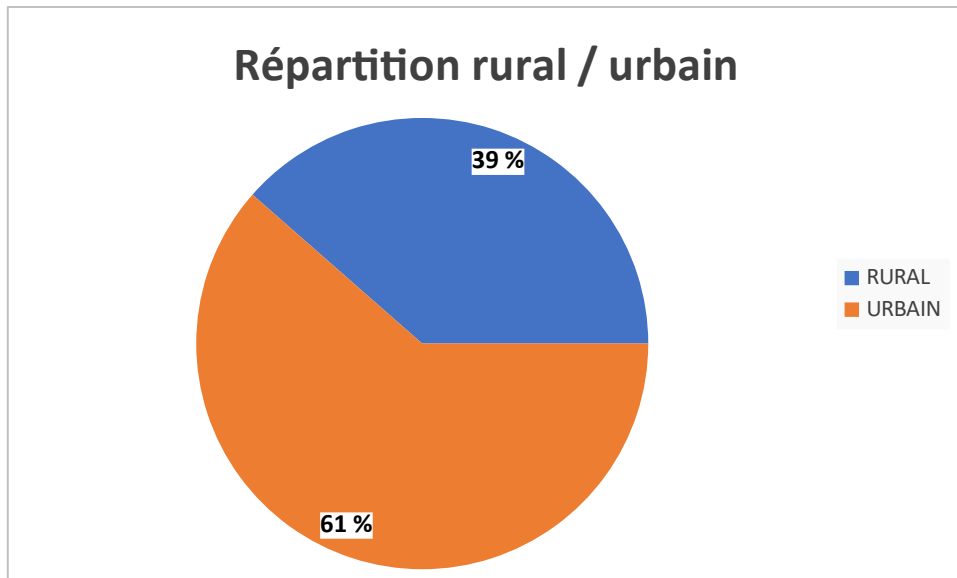


Figure 5: Répartition des médecins de l'échantillon en fonction de leur lieu d'installation

61 % soit 75 médecins sont installés en secteur urbain âgés de 30 à 68 ans (moyenne 48,5ans)

39 % soit 47 médecins sont installés en secteur rural âgés de 28 à 65 ans (moyenne 46,5 ans)

III.2.3. La PDSA en nuit profonde

A la question voulez vous que la population de la Haute-Vienne continue à bénéficier de la permanence des soins ambulatoire en nuit profonde c'est à dire les visites à domicile de minuit jusqu'à 8h du matin.

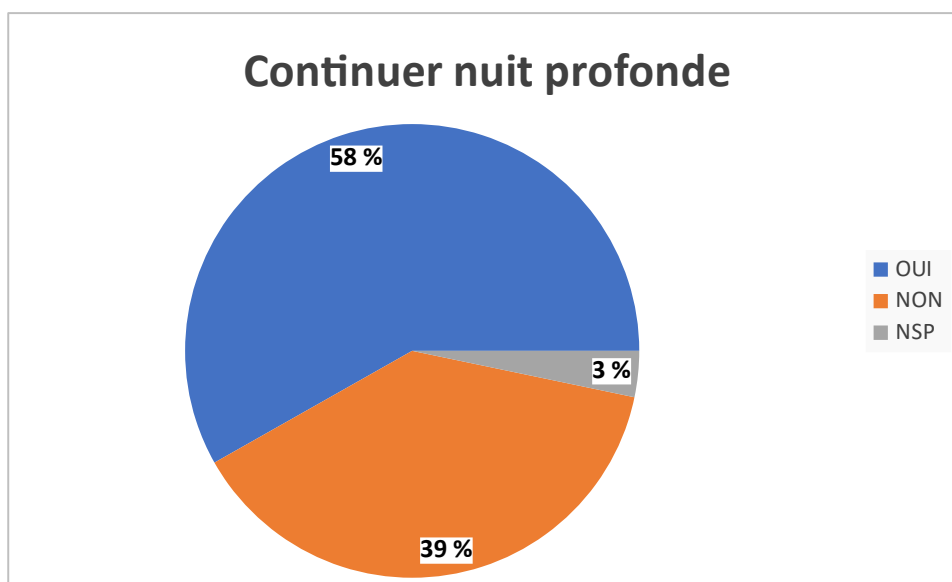


Figure 6: Souhaitez-vous que la population continue à bénéficier des visites de nuit profonde NP

58 % soit 71 médecins âgés en moyenne de 46,4 ans souhaitent que les visites de nuit profonde continuent.

39 % soit 47 médecins âgés en moyenne de 49,8 ans ne le souhaitent pas.

3 % soit 4 médecins âgés en moyenne de 47 ans ne se prononcent pas sur cette question.

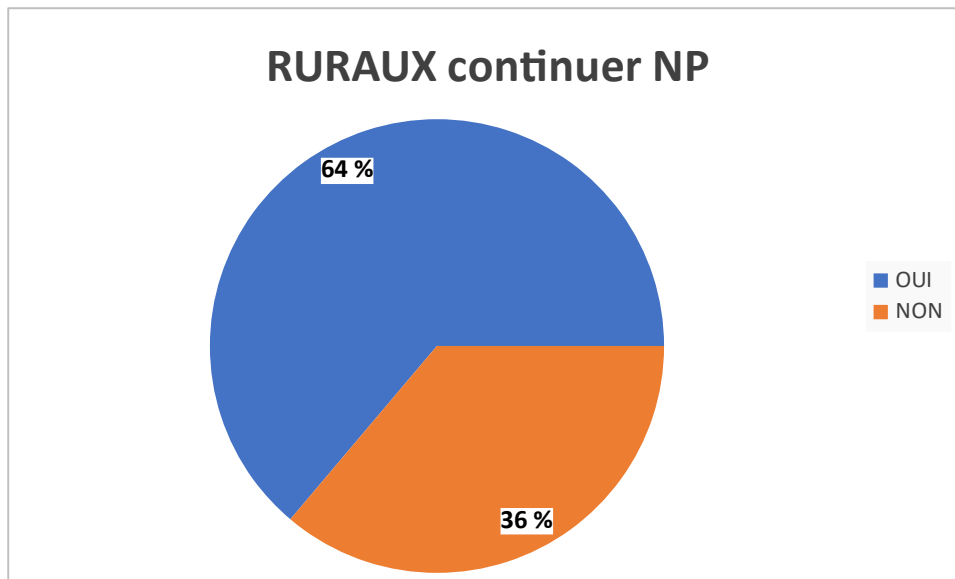


Figure 7: Réponses des médecins RURAUX à la question de continuer ou non les visites de NP

64 % soit 30 médecins ruraux âgés en moyenne de 47,3 ans souhaitent que les visites de nuit continuent. Comparaison avec l'échantillon total : $p=0,84$
 36 % soit 17 médecins âgés en moyenne de 54,1 ans ne le souhaitent pas.

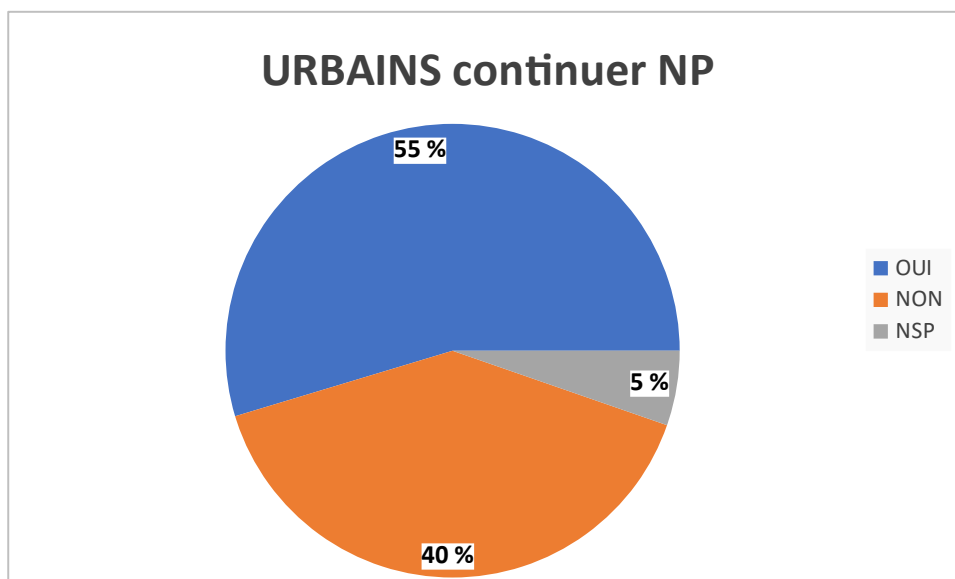


Figure 8: Réponses des médecins URBAINS à la question de continuer ou non les visites de NP

55 % soit 41 médecins urbains âgés en moyenne de 49,4 ans souhaitent continuer les visites de nuit profonde. Comparaison avec l'échantillon total $p=0,89$
 40 % soit 30 médecins âgés en moyenne de 47,3 ans ne le souhaitent pas.
 5 % soit 4 médecins âgés en moyenne de 47 ans ne se prononcent pas sur cette question.
 Comparaison entre ruraux et urbain : $p=0,72$

III.2.4. La participation actuelle à la PDSA

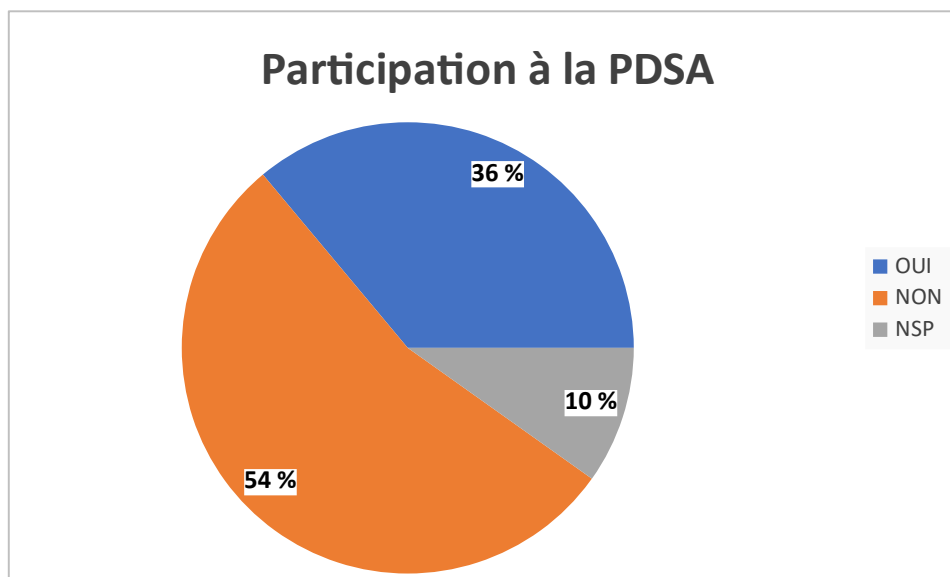


Figure 9: Proportion de médecins participant à la permanence des soins ambulatoires

Concernant la participation actuelle à la PDSA

36 % soit 44 médecins âgés en moyenne de 45,6 ans participent à la permanence des soins.

54 % soit 66 médecins âgés en moyenne de 49,7 ans n'y participent pas.

10 % soit 12 médecins âgés en moyenne de 44,4 ans ne se prononcent pas sur cette question.

Le taux de participation de 36 % des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire est plus bas que le taux retrouvé par une enquête réalisée en 2021 par le conseil nationale de l'ordre des médecins qui retrouvé un taux de participation de 45%.

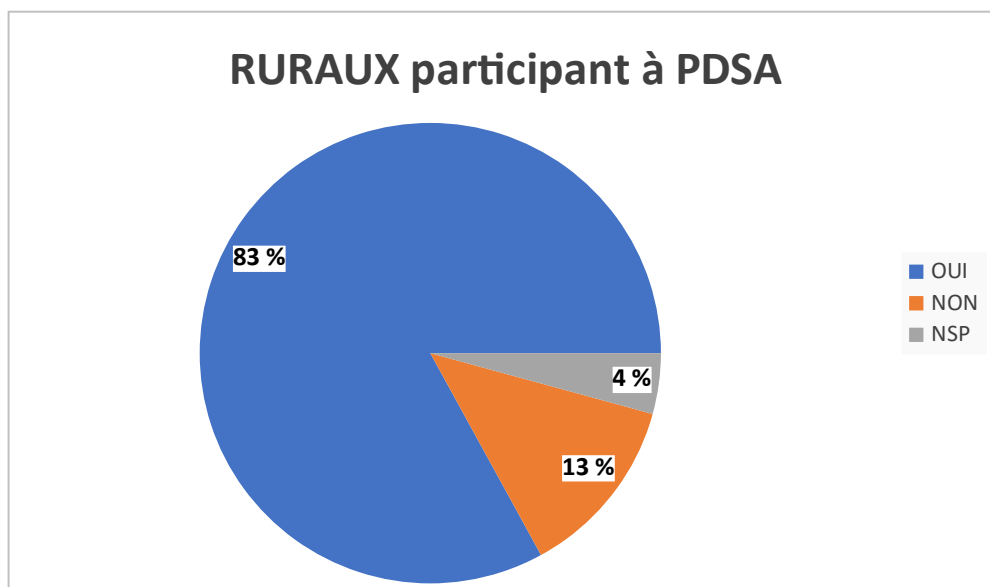


Figure 10: Proportion de médecins RURAUX participant à la permanence des soins ambulatoires

83 % soit 39 médecins RURAUX âgés en moyenne de 44,8 ans participent à la permanence des soins. Comparaison avec l'échantillon total **p = 0,004**

13 % soit 6 médecins RURAUX âgés en moyenne de 58,2 ans n'y participent pas.

4 % soit 2 médecins RURAUX âgés en moyenne de 43,5 ans ne se prononcent pas sur cette question.

On peut aussi noter que 4 médecins ruraux âgés en moyenne de 38 ans envisagent d'arrêter la PDSA.

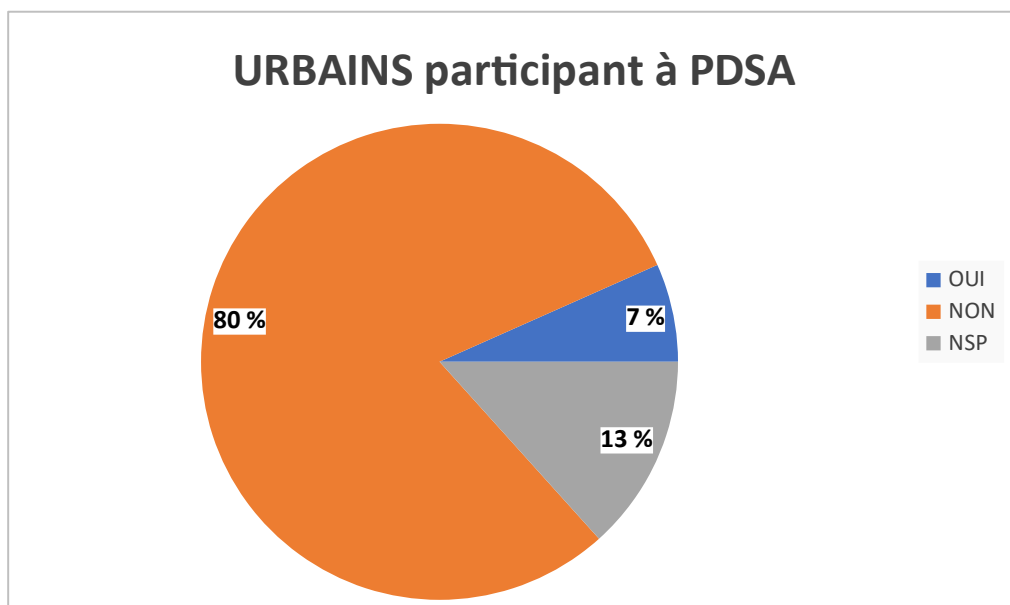


Figure 11: Proportion de médecins URBAINS participant à la permanence des soins ambulatoires

7 % soit 5 médecins URBAINS âgés en moyenne de 51,4 ans participent à la permanence des soins. Comparaison avec l'échantillon total **p = 0,0003**

80 % soit 60 médecins URBAINS âgés en moyenne de 48,4 ans n'y participent pas.

13 % soit 10 médecins URBAINS âgés en moyenne de 44,6 ans ne se prononcent pas sur cette question.

A noter que 5 médecins urbains âgés de 46 ans en moyenne ne participent pas actuellement à la PDS envisage de le faire à l'avenir.

III.2.5. Comparaison de la participation des médecins généralistes à la permanence des soins en fonction de leur souhait de continuer ou non la permanence des soins ambulatoire en nuit profonde.

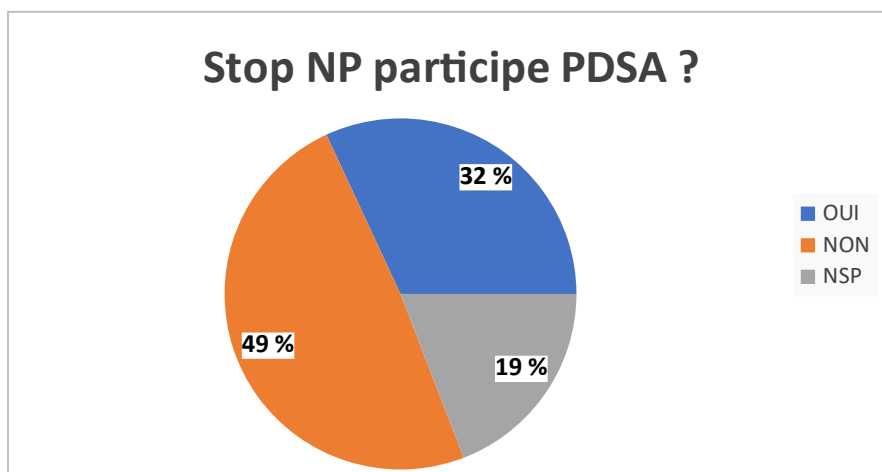


Figure 12: Proportion de médecins NE SOUHAITANT PAS que les visites en nuit profonde continuent participant à la permanence des soins ambulatoire

32 % soit 15 médecins âgés en moyenne de 51,6 ans NE SOUHAITANT PAS continuer les visites en nuit profonde participent à la permanence des soins. Comparaison avec l'échantillon total NE SOUHAITANT PAS CONTINUER NP $p = 0,70$

49 % soit 23 médecins âgés en moyenne de 49,8 ans NE SOUHAITANT PAS continuer les visites en nuit profonde n'y participent pas.

19 % soit 9 médecins âgés en moyenne de 46,8 ans NE SOUHAITANT PAS continuer les visites en nuit profonde ne se prononcent pas sur cette question.

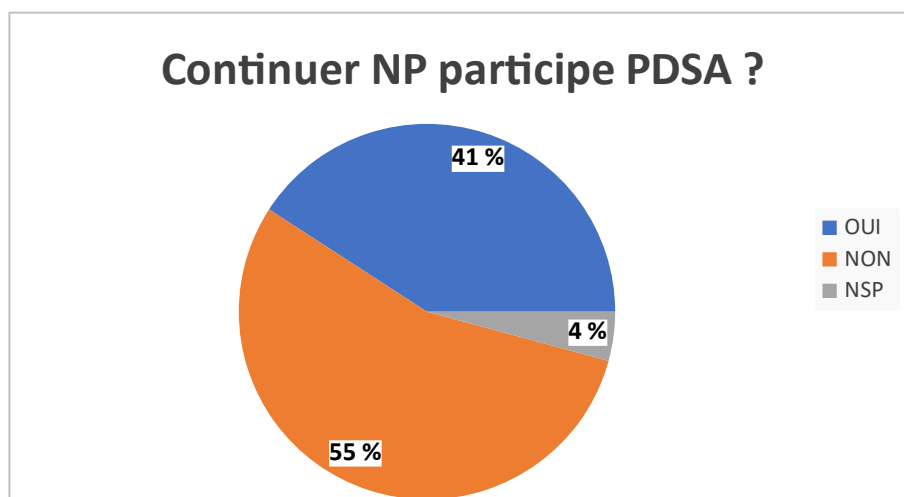


Figure 13: Proportion de médecins SOUHAITANT continuer les visites en nuit profonde participant à la permanence des soins ambulatoires

41 % soit 29 médecins âgés en moyenne de 42,5 ans SOUHAITANT continuer les visites en nuit profonde participent à la permanence des soins. Comparaison avec l'échantillon total $p = 0,22$

55 % soit 39 médecins âgés en moyenne de 50 ans SOUHAITANT continuer les visites en nuit profonde n'y participent pas.

4 % soit 3 médecins âgés en moyenne de 37,3 ans SOUHAITANT continuer les visites en nuit profonde ne se prononcent pas sur cette question.

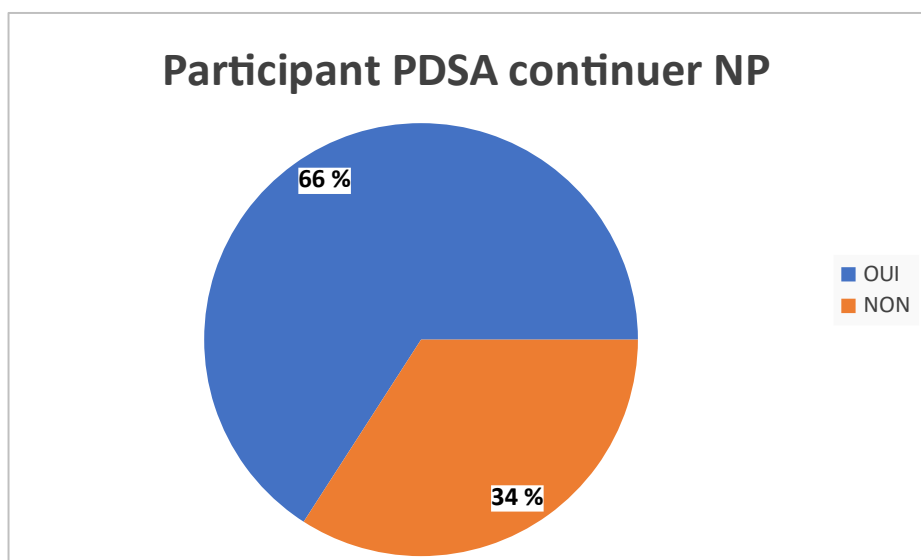


Figure 14: Proportion de médecins PARTICIPANT à la permanence des soins ambulatoires SOUHAITANT continuer les visites en nuit profonde.

66 % soit 29 médecins âgés en moyenne de 42,5 ans participant à la permanence des soins SOUHAITENT que les visites en nuit profonde continuent. ($p = 0,12$)

34 % soit 15 médecins âgés en moyenne de 51,6 ans participant à la permanence des soins NE SOUHAITENT PAS que les visites en nuit profonde continuent.

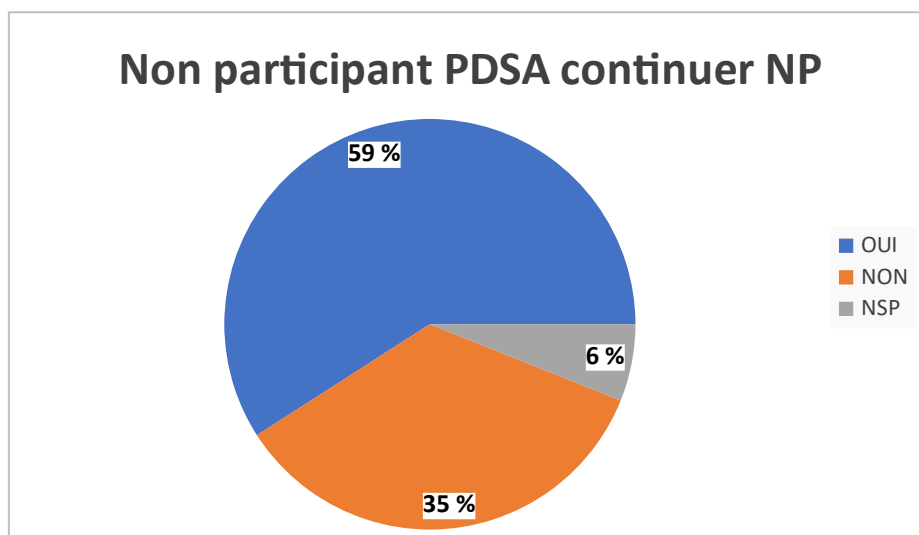


Figure 15: Proportion de médecins NE PARTICIPANT PAS à la permanence des soins ambulatoires SOUHAITANT continuer les visites en nuit profonde.

59 % soit 39 médecins âgés en moyenne de 50 ans ne participant pas à la permanence des soins SOUHAITENT que les visites en nuit profonde continuent.

35 % soit 23 médecins âgés en moyenne de 49,8 ans ne participant pas à la permanence des soins NE SOUHAITENT PAS que les visites en nuit profonde continuent.

6 % soit 4 médecins âgés en moyenne de 47 ans ne participant pas à la permanence des soins ne se prononcent pas sur cette question.

III.2.6. Les raisons de non participation à la permanence des soins évoquées par les médecins généralistes.

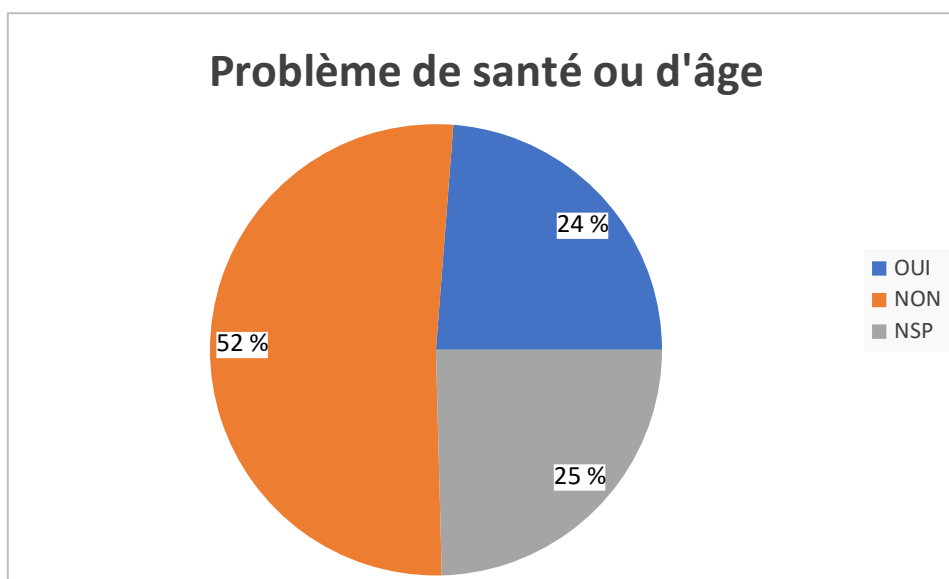


Figure 16: Proportion de médecins déclarant ne pas pouvoir participer à la PDS en raison de leur état de santé ou de leur âge.

24 % soit 29 médecins âgés en moyenne de 56,5 ans (de 32 à 67 ans) déclarent des ennuis de santé ou un problème d'âge ne leur permettant pas de faire de la PDSA (d'ailleurs aucun d'eux n'y participent).

Parmi ces 29 médecins, 6 sont installés en secteur rural et sont âgés en moyenne de 58 ans (48 à 65 ans) et 23 sont installés en secteur urbain et sont âgés en moyenne de 56,1 ans (32 à 66 ans).

52 % soit 63 médecins âgés en moyenne de 44,4 ans ne déclarent pas de problème de santé ou de problème d'âge et d'ailleurs 27 y participent soit 44% d'entre eux.

24 % soit 30 médecins âgés en moyenne de 46 ans ne se prononcent pas sur cette question. Parmi eux 57 % participent à la PDS.

III.2.7. Création d'une structure de permanence de soins

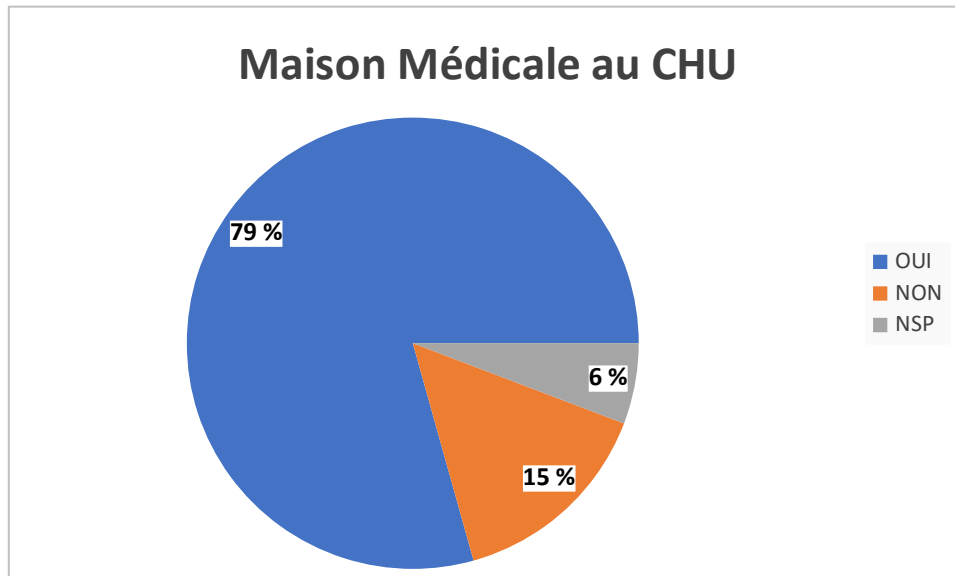


Figure 17: Question « Accepteriez-vous la création d'une maison médicale de garde au CHU pour soulager les urgences hospitalières ? »

79 % soit 97 médecins âgés en moyenne de 48 ans accepteraient la création d'une maison médicale de garde au CHU.

15 % soit 18 médecins âgés en moyenne de 48 ans s'y opposent.

6 % soit 7 médecins âgés en moyenne de 43,1 ans ne se prononcent pas sur cette question.

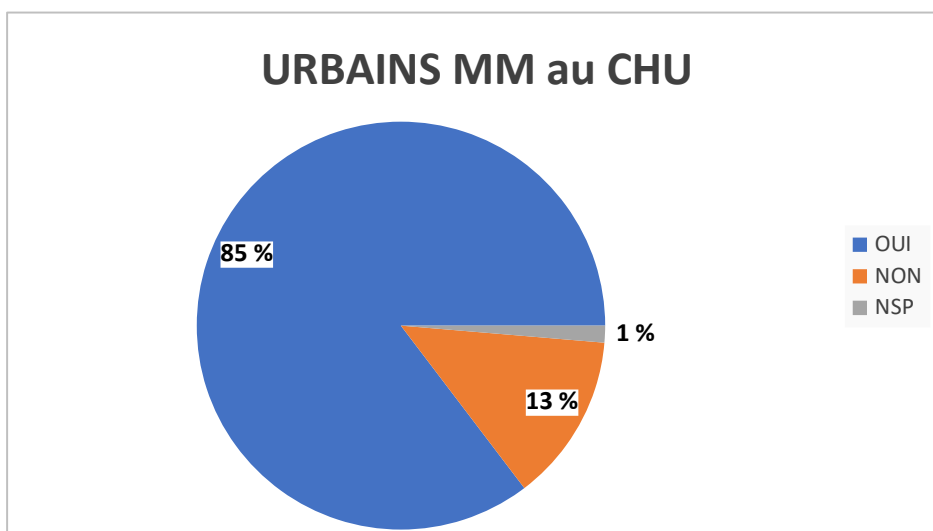


Figure 18: Question aux médecins URBAINS « Accepteriez-vous la création d'une maison médicale de garde au CHU pour soulager les urgences hospitalières ? »

85 % des médecins URBAINS soit 64 médecins âgés en moyenne de 48 ans accepteraient la création d'une maison médicale de garde au CHU. Comparaison avec population totale $p = 0,82$

14 % des médecins URBAINS soit 10 médecins âgés en moyenne de 51,3 ans s'y opposent. 1 % soit 1 médecin URBAIN ne se prononce pas sur cette question.

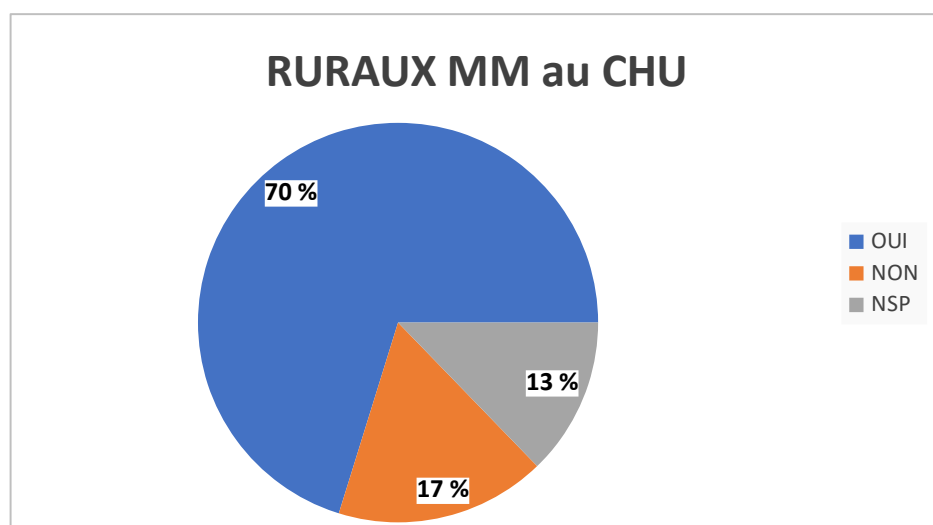


Figure 19: Question aux médecins RURAUX « Accepteriez-vous la création d'une maison médicale de garde au CHU pour soulager les urgences hospitalières ? »

70 % des médecins RURAUX soit 33 médecins âgés en moyenne de 48,3 ans accepteraient la création d'une maison médicale de garde au CHU. Comparaison avec population totale $p = 0,73$

17 % des médecins RURAUX soit 8 médecins âgés en moyenne de 43,8 ans s'y opposent. 13 % des médecins RURAUX soit 6 médecins âgés en moyenne de 40,2 ans ne se prononcent pas sur cette question. COMPARAISON ENTRE URBAIN ET RURAUX $p = 0,58$

III.2.8. Concernant la participation à la permanence des soins dans cette structure médicale

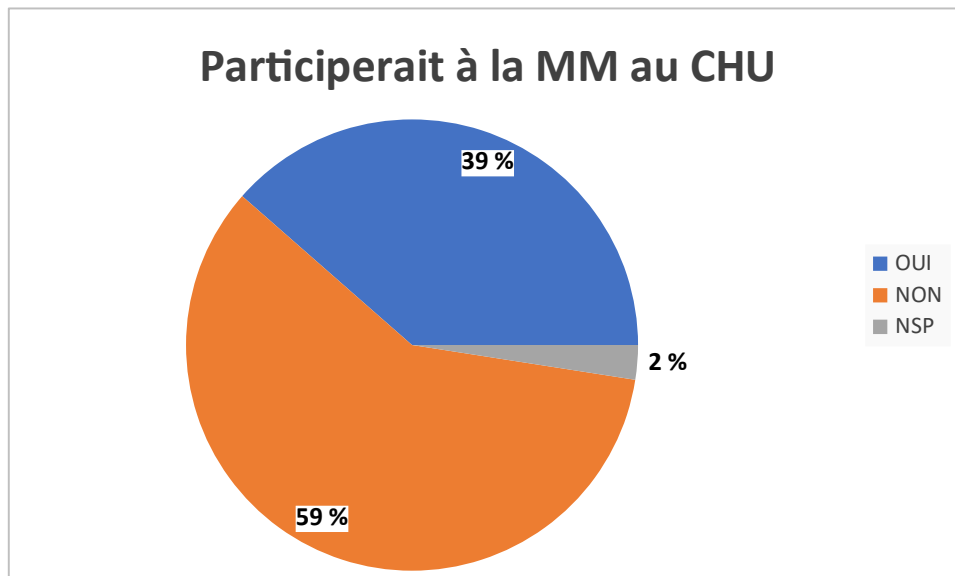


Figure 20: Question « Participeriez-vous à cette permanence dans cette structure de Maison Médicale dans le CHU »

39 % soit 47 médecins âgés en moyenne de 48,1 ans ACCEPTERAIENT de participer aux gardes d'une maison médicale dans le CHU

59 % soit 72 médecins âgés en moyenne de 47,3 ans REFUSERAIENT de participer aux gardes d'une maison médicale dans le CHU

2 % soit 3 médecins âgés en moyenne de 51,7 ans ne se prononcent pas sur cette question.

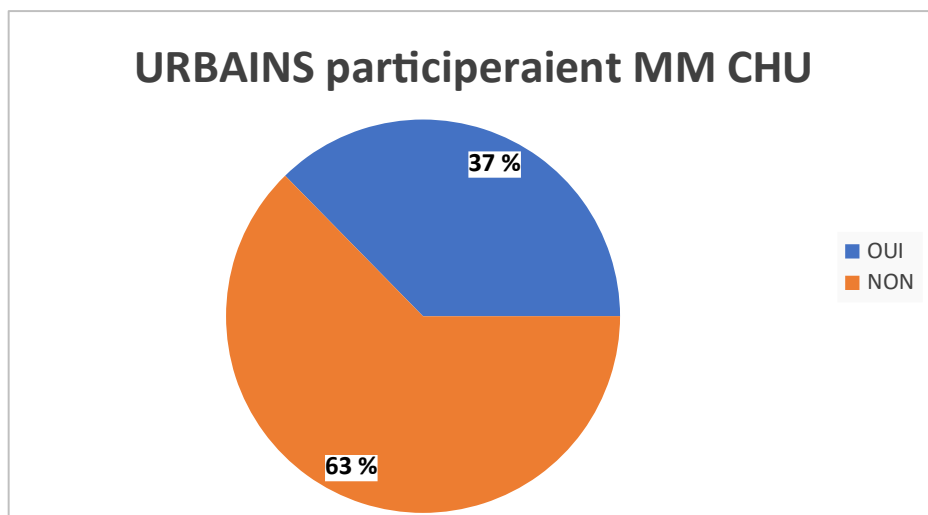


Figure 21: Question aux médecins URBAINS « Participeriez-vous à cette permanence dans cette structure de Maison Médicale dans le CHU »

37 % des médecins URBAINS soit 28 médecins âgés en moyenne de 48,5 ans ACCEPTERAIENT de participer aux gardes d'une maison médicale dans le CHU, $p = 1$
 63 % des médecins URBAINS soit 47 médecins âgés en moyenne de 47,3 ans REFUSERAIENT de participer aux gardes d'une maison médicale dans le CHU

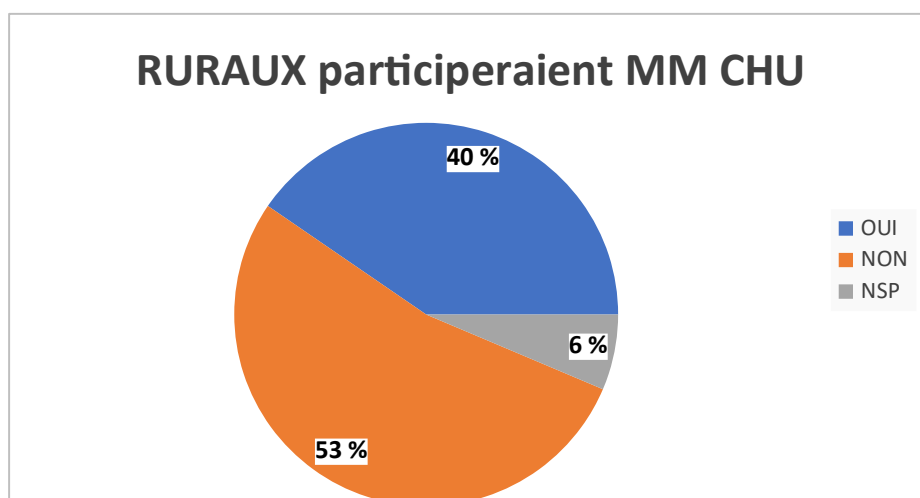


Figure 22: Question aux médecins RURAUX « Participeriez-vous à cette permanence dans cette structure de Maison Médicale dans le CHU »

41 % des médecins RURAUX soit 19 médecins âgés en moyenne de 47,6 ans ACCEPTERAIENT de participer aux gardes d'une maison médicale dans le CHU $p = 1$
 53 % des médecins RURAUX soit 25 médecins âgés en moyenne de 45 ans REFUSERAIENT de participer aux gardes d'une maison médicale dans le CHU
 6 % des médecins RURAUX soit 3 médecins âgés en moyenne de 51,7 ans ne se prononcent pas sur cette question.

III.2.9. Mode de rémunération souhaité par les médecins volontaires pour participer à une maison médicale de garde au CHU de Limoges

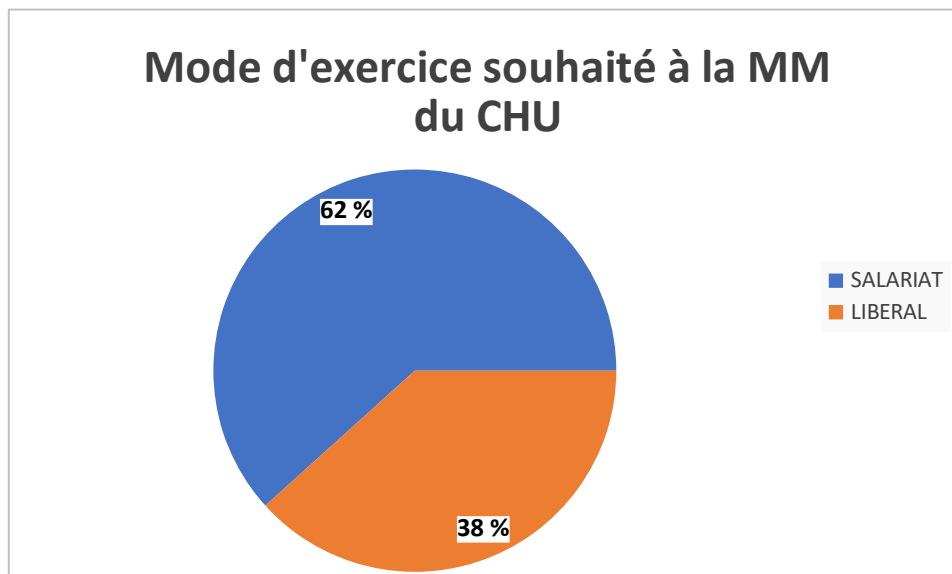


Figure 23: Mode d'exercice souhaité par les médecins volontaires pour participer à une maison médicale de garde au CHU

62 % soit 29 des médecins volontaires souhaiteraient un exercice en SALARIAT dans une structure de maison médicale de garde au CHU (âge moyen 47,8 ans)

38 % soit 18 des médecins volontaires souhaiteraient un exercice LIBERAL dans une structure de maison médicale de garde au CHU (âge moyen 48,3 ans)

IV. Analyse des résultats et discussion

IV.1. Les limites de l'étude

Notre étude comporte plusieurs biais par la méthode utilisée au travers d'un questionnaire auto-administré on peut avoir un biais de déclaration des participants, certaines questions ont pu être interprétées différemment par certains médecins, concernant la zone d'installation urbaine ou rurale la différence peut paraître floue lorsque l'on se situe en périphérie d'une ville ou en zone « semi-rurale ».

Il existe aussi un biais de sélection : les médecins participant à la PDSA sont peut-être plus susceptibles de répondre car plus concernés par le sujet de notre étude que ceux n'y participant pas.

Le questionnaire a été envoyé aux médecins généralistes libéraux inscrits au tableau de l'Ordre des Médecins de la Haute-Vienne. Il n'a pas été envoyé aux médecins exerçants en tant que remplaçants et pouvant avoir une activité régulière dans le département et participant à la PDS ambulatoire : leur avis n'a donc pas été recueilli.

Concernant le profil de l'échantillon, nous retrouvons un biais de précision car il n'a pas été demandé dans le questionnaire le sexe des répondants : il aurait été intéressant de déterminer le sexe ratio de l'échantillon et s'il y avait une différence d'opinion sur la PDSA entre les médecins hommes et femmes et une différence de participation en fonction du sexe du médecin.

Encore une imprécision : l'enquête ne recherche pas le mode d'implication des médecins dans la PDSA. Sont-ils régulateurs ? Sont-ils effecteurs fixes ? Sont-ils effecteurs mobiles ? Ou bien les 2 ou les 3 ?

L'enquête ne recherche pas non plus une implication passée dans la PDSA et les raisons de l'arrêt de participation aux gardes de Médecine Générale.

IV.2. Les points forts de l'étude

Notre étude obtient une participation importante avec 122 questionnaires reçus soit un taux de réponse de 34 %. Ce taux de réponse satisfaisant peut s'expliquer par le nombre restreint de questions posées diminuant le risque d'une éventuelle lassitude de la personne interrogée mais aussi par l'intérêt que portent les médecins généralistes à l'organisation de la PDSA et aux décisions futures.

Ce travail permet de connaître l'opinion des médecins généralistes sur la PDSA actuelle, leur participation, le maintien de visites en nuit profonde et d'avoir leur avis concernant une possible évolution de celle-ci au travers de la création d'une MMG à proximité du CHU pour désengorger les urgences. En effet toute future organisation ne peut se faire qu'avec l'accord des médecins généralistes impliqués. Cette enquête permet donc de préparer l'avenir à court terme pour répondre aux besoins de la population en tenant compte des contraintes des médecins.

Le recueil de l'avis des médecins généralistes, leur participation éventuelle et leurs désirs concernant le mode de rémunération dans une structure de Maison Médicale adossée à un service d'Urgences pourra permettre de mettre éventuellement en place une expérimentation dans le département.

IV.3. Analyse des résultats

IV.3.1. Représentativité de l'échantillon

Dans notre échantillon la proportion des médecins généralistes de plus de 60 ans est de 22 % ce qui est plus faible que le taux national en 2022 qui est de 27,4 %.

A l'inverse la proportion des médecins de moins de 40 ans est de 29 % dans notre échantillon, alors que le taux national en 2022 est de 27,1 %

L'âge moyen de notre échantillon est de 47,7 ans (médiane 47 ans) ce qui est plus bas que la moyenne nationale retrouvée en 2022 qui est de 50 ans.(22)

Cet âge moyen est moins élevé que la moyenne d'âge des médecins généralistes en Haute-Vienne de 49,7 ans relevée par la DREES en janvier 2022, et de 50 ans retrouvée par le CNOM dans son atlas de la démographie médicale. Notre échantillon est donc plus jeune de 2 ans de l'ensemble des médecins généraliste (MG) de la Haute-Vienne. Il est possible que des médecins plus âgés et ne participants pas ou plus à la PDSA n'ait pas donné leur avis ne se sentant plus concernés par cette problématique et laissant leurs confrères encore impliqués proposer des évolutions pour les gardes dans un avenir proche.

La courbe de la figure 4 concernant la répartition par tranche d'âge ne correspond pas à la courbe des âges des MG de la Haute-Vienne. Notre échantillon ne représente pas les MG du 87 mais plutôt sans doute les médecins qui s'intéressent à cette problématique de PDSA.

Le taux de participation de 36 % des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire est plus bas que le taux retrouvé par une enquête réalisée en 2021 par le CNOM ayant retrouvé un taux de participation autour de 45%.

61% des médecins de l'échantillon exercent en zone urbaine (figure 5). Une majorité des médecins ayant répondu déclarent exercer dans une zone urbaine ce qui rejoint les données de la densité médicale en Haute-Vienne avec une plus forte concentration de médecins généralistes autour des pôles urbains.

On peut ainsi penser que notre échantillon est représentatif des médecins intéressés par l'organisation de la PDSA mais sans doute non représentatif de l'ensemble des Médecins Généralistes libéraux haut-viennois d'exercice traditionnel hors Médecine à Exercice Particulier.

IV.3.2. Opinion sur la permanence des soins ambulatoire en nuit profonde

Sur la question de maintenir la permanence des soins ambulatoire en nuit profonde, c'est-à-dire les visites à domicile de minuit à 8h du matin, les médecins de l'échantillon ont une opinion plutôt favorable au maintien de celle-ci avec 58 % de réponses positives (figure 6) de 71 médecins âgés en moyenne de 46,4 ans. Les 47 médecins d'un avis contraire sont âgés en moyenne de 49, 8 ans donc plus âgés de 3 ans et plus que les médecins plutôt favorables à la poursuite des visites en nuit profonde. Le facteur âge intervient sans doute dans ce positionnement.

Une courte majorité de médecins pensent donc qu'il est important de maintenir ce service à la population.

Nous rappelons ici que seuls les médecins de l'ex-région Limousin effectuent des visites de nuit profonde dans la région Nouvelle Aquitaine.

Ailleurs en France, des difficultés apparaissent aussi pour effectuer des visites de nuit.

Selon un article de la « Nouvelle République » publié le 7 septembre 2022, l'effectif des médecins volontaires pour effectuer des visites de nuit diminue : (23)

« Alors que depuis avril, SOS Médecins n'assure plus les visites de nuit dans la métropole de Tours, la préfecture lançait un appel en mai pour trouver des généralistes volontaires pour assurer la permanence de soins en nuit profonde. Malgré un forfait réhaussé à 700 €, il n'y a pas eu de volontaires. « Pour les personnes ne présentant pas de détresse vitale mais ne pouvant attendre le lendemain, on n'a pas d'autre choix que de les faire venir aux urgences, conduits par des proches ou une ambulance », raconte le Pr Laribi. Une situation qui compliquait au printemps le fonctionnement des gardes à vue, avec le risque de voir plusieurs équipages de police « coincés » aux urgences en même temps. « De 8 h à minuit, c'est désormais l'Institut médico-légal qui assure ces consultations et plus SOS Médecins. À partir de minuit, gendarmerie et police appellent le Samu pour répartir au mieux les garde à vue entre le NCT +, le Pôle Santé Vinci et Trousseau. »

En regardant les réponses concernant le maintien des visites de nuit profonde par lieu d'exercice urbain ou rural, les médecins ruraux ont répondu positivement à 64% (âge moyen 47,3 ans), les médecins urbains ont répondu de même seulement à 55% (âge moyen 49,4 ans) (figures 7 et 8).

Le plus grand pourcentage de réponses positives de la part des médecins ruraux est peut-être lié à leur plus grande participation à la PDSA. Cette différence n'est cependant pas significative d'un point de vue statistique $p=0,72$.

On peut aussi noter que les médecins ayant répondu ne pas vouloir poursuivre la PDS en nuit profonde ont un âge moyen légèrement supérieur, cela est plus marqué chez les médecins ruraux. Cependant chez les médecins urbains cette tendance est légèrement inversée avec un âge moyen de 49 ans pour les réponses favorables et de 47 ans pour ceux ayant répondu ne pas vouloir poursuivre la PDS en nuit profonde.

Une thèse de médecine présentée par Antonin Colin le 8 février 2021 sur l'État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016 conclue sur la problématique de la visite à domicile que : (24)

« La visite à domicile en médecine générale, tient une place importante dans les soins primaires. Elle fait partie intégrante du métier de médecin généraliste par son utilité dans la

qualité de soin. Cependant, depuis 20 ans on observe une baisse d'intérêt pour sa pratique s'accompagnant d'une diminution de la proportion de visites parmi les actes des médecins. Si en 1980 les visites représentaient 38% des actes, en 2010 elles ne participaient plus qu'à 12% de ces derniers. L'objectif de cette thèse est de faire le point sur le nombre de visites, les acteurs qui les pratiquent et ceux qui en bénéficient en France en 2016. Il s'agit d'une étude quantitative dont les données ont été fournies par l'Assurance Maladie et Offre de Soins en réponse à un questionnaire. Les résultats confirment une baisse de visite à domicile par les médecins généralistes. Cependant ils montrent aussi que la majorité des médecins pratiquent encore des visites à domicile, à des différentes fréquences. Enfin la grande majorité des patients qui bénéficient de visites sont les personnes âgées, et dans cette population plus particulièrement les femmes en ALD (Affection de Longue durée). Aujourd'hui l'évolution de la démographie ainsi que les politiques de santé avec notamment la mise en avant de l'ambulatoire devraient favoriser une stabilisation des visites à domicile. Cependant leur rémunération inadaptée et la charge de travail des médecins ne permettent pas d'enrayer leur déclin. Il faut réfléchir à des moyens de conserver les mesures qui restent indispensables dans le maintien des visites à domicile : prix adapté, délégation de tâches ou encore l'enseignement aux étudiants ».

L'attrait de la visite à domicile diminue même en journée d'après ce travail ce qui confirme la tendance ressentie par la population.

Ce désir des médecins généralistes Haut-Viennois à maintenir les visites en nuit profonde va à l'encontre de la tendance nationale, en effet depuis 2021 dans 35 départements ces visites ne sont plus assurées, 6 départements de plus par rapport à 2020. Les raisons évoquées pour expliquer l'abandon des gardes mobiles sur ce créneau horaire sont le manque de médecins volontaires pour les assurer mais aussi le faible nombre d'actes effectués durant cette tranche horaire de la PDSA.

IV.3.3. La participation à la PDSA

Selon le Conseil National de l'Ordre des Médecins, le taux de participation des médecins généralistes aux gardes est « reparti à la baisse » en 2021 après un léger rebond en 2020. (25) « Après un léger rebond au début de la crise sanitaire du Covid-19, le taux de participation des généralistes aux gardes en soirée, la nuit et le week-end est « reparti à la baisse » en 2021, selon un rapport publié jeudi par le CNOM : Ils ont beau être chaque année moins nombreux et chaque jour un peu plus surchargés, 24.472 médecins libéraux ont accepté l'an dernier d'assumer des gardes dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires (PDSA), relève la 19^e enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins sur le sujet. Si la régulation a repris des couleurs sous l'effet du Covid, il devient de plus en plus compliqué de remplir les tableaux de garde d'effectif. A tel point que 44% des conseils départementaux (CDOM) plaident pour un rétablissement de l'obligation de garde, qui avait été supprimée en 2003.

Sur les 63.231 médecins susceptibles de participer à la PDSA (libéraux – titulaires ou remplaçants – et salariés en centre de santé), 24.472 soit 38,5 % ont pris au moins une garde (régulation ou effectif) en 2021. Après une légère hausse en 2020 (+0.5), le taux de volontariat national des médecins généralistes libéraux est reparti à la baisse en 2021 (-0.8). Cet indicateur décline inexorablement depuis 2005, où le taux de volontariat était de 85%. “La

PDSA est un baromètre qui mesure la lente détérioration de la démographie médicale dans les territoires, analyse le Dr Jacques Battistoni, président de MG France. Il est évident que des médecins plus âgés et moins nombreux vont avoir plus de difficultés à remplir les tableaux de garde.”

Interrogé par Egora, le Dr Luc Duquesnel, président des Généralistes-CSMF, préfère voir la situation sous un autre angle : “Je suis agréablement surpris quand on voit le nombre de généralistes libéraux participant à la PDSA en France, malgré la diminution du nombre de médecins qui alourdit leur travail dans la journée. Chapeau bas !” D’autant que, souligne-t-il, ce taux de volontariat national cache de fortes disparités territoriales : dans son département, la Mayenne, il est de 91% alors que c’est “l’un de ceux où la démographie médicale est la plus faible”, relève celui qui est également le coordonnateur de l’Association départementale de permanence des soins 53. »

Le taux de participation des médecins à la PDSA retrouvée par notre étude est de 36 %, (figure 9) ce qui est plus bas que celui retrouvé par une enquête du CNOM en 2020 et 2021 qui était de 45% pour le département de la Haute-Vienne. [23]

Finalement les médecins ne participant pas à la PDSA ont sans doute aussi répondu à cette enquête pour peut-être exprimer leur opposition aux questions posées.

L’âge moyen des médecins participant à la PDS est en moyenne plus faible à 45,6 ans que ceux déclarant ne pas participer à celle-ci 49,7 ans. Le facteur âge prend encore ici toute son importance.

En regardant le taux de participation à la PDSA des médecins ruraux et urbains dans notre étude (figures 10 et 11) nous remarquons une nette différence entre ceux-ci. Le taux de participation des médecins ruraux est de 83% (âgés en moyenne de 44,8 ans) alors que celui des médecins urbains n’est que de 7% (âgés en moyenne de 51,4 ans).

A noter que 4 médecins ruraux âgés en moyenne de 38 ans envisagent d’arrêter la PDS alors que 5 médecins urbains âgés de 46 ans en moyenne ne participant pas actuellement à la PDS envisagent de le faire à l’avenir. Donc finalement tout change en permanence et l’engagement des uns et des autres varie.

En effet, 32 % soit 15 médecins âgés en moyenne de 51,6 ans NE SOUHAITANT PAS continuer les visites en nuit profonde participent à la permanence des soins (figure 12). Le nombre de volontaires pour ces visites plus pénibles risque de diminuer encore dans un avenir proche.

Pourtant 55 % soit 39 médecins âgés en moyenne de 50 ans SOUHAITANT continuer les visites en nuit profonde n’y participent pas (figure 13). Beaucoup de médecins appréciant ce service rendu à la population n’y participent pourtant pas. Si nous nous intéressons aux médecins participants à la PDSA, 66 % souhaitent que ce service à la population perdure (figure 14). Ces différentes déclarations d’intention montrent la fragilité du système actuel de la PDSA.

Parmi les motifs de non-participation à la permanence des soins (figure 16), 24% des médecins déclarent avoir des problèmes de santé ou ne pas participer à cause de leur âge. La grande majorité de ce motif de non-participation est donné par des médecins installées

en zone urbaine, 23 sur les 29 répondants à l'affirmative, ce qui peut en partie expliquer la faible participation des médecins urbains à la PDSA retrouvé dans notre échantillon.

Les autres motifs de non-participation à la PDSA sont déclarés sous forme de commentaires libres. Les raisons évoquées sont résumées ici :

- Difficultés à gérer les consultations le lendemain d'une garde
- Problèmes de sécurité lors des gardes
- Pas assez de médecins qui y participent
- A suffisamment fait de gardes depuis son début d'activité
- Exercice isolée, journées difficiles, pas de repos possible
- Secteurs trop étendus
- Volume horaire de travail trop important
- Conditions inacceptables sur le secteur de garde
- Anxiété, stress
- Raisons familiales, enfants
- Non sollicité pour y participer
- Journées de travail épuisantes
- Pas de repos de garde possible le lendemain
- Métier insupportable

Les principaux motifs évoqués rejoignent une charge de travail trop importante et la difficulté à assurer les consultations le lendemain de garde. En effet le repos de garde n'existe pas dans le monde libéral et chaque médecin organise ses temps de repos à sa convenance ou en fonction de ses contraintes.

Une étude réalisée par Laure BRY et Mathilde MAURIN portant sur les freins et motivations des médecins généralistes à la participation à la PDSA en Sarthe en 2018-2019 (26) avait aussi montré que l'un des problèmes majeurs était « une surcharge de travail au cabinet »..

IV.3.4. Création et participation d'une maison médicale de garde à coté du CHU

Quand on demande aux médecins de l'échantillon s'ils accepteraient la création d'une structure médicale de garde à côté du CHU de Limoges pour améliorer la PDS et désengorger les urgences (figures 17, 18 et 19), 79 % d'entre eux, qu'ils soient ruraux ou urbains et sans distinction d'âge, ont répondu favorablement. Mais seulement 39 % soit 47 médecins (âgés en moyenne de 48 ans) accepteraient d'y participer qu'ils soient installés en secteur urbain ou rural (figures 20, 21 et 22). A noter que 37% des médecins urbains accepteraient d'y participer, ce qui est bien supérieur au taux actuel de médecins urbains, comme vu précédemment, à 7 %.

La proximité avec les urgences et l'établissement d'un point de garde fixe pourrait inciter plus de médecins urbains à participer à la PDS ambulatoire.

Concernant le mode de rémunération dans une telle structure (figure 23), 62% soit 29 médecins se déclarant volontaires souhaiteraient un exercice salarié plutôt que libéral.

Une enquête réalisée par l'Observatoire Régionale de la Santé de Nouvelle-Aquitaine sur la création d'une maison médicale de garde à Brive-la-Gaillarde en 2019 (27) avait également

retrouvé une forte proportion de réponses favorables à 69 %, et 54% des répondants envisageaient d'y participer. A l'inverse de notre étude la rémunération souhaitée par une majorité des médecins dans cette enquête était basée sur la PDSA actuelle soit un forfait d'astreinte et une rémunération à l'acte.

Le travail de Thèse de Claire FLACASSIER traitant l'impact de la MMG de Libourne sur la pratique des médecins généralistes au travers d'un questionnaire (28) avait montré une satisfaction importante des médecins sur plusieurs éléments :

« *Une plus grande facilité de remplacements, une meilleure « coordination avec le service des urgences »*, « *une diminution du nombre de gardes* », « *une meilleure sécurité lors des gardes* ».

Un autre travail de thèse réalisé en 2020 par Mélanie VUILLIN portant sur l'évaluation de la satisfaction des patients concernant la MMG de Libourne (29) a pu mettre en évidence « *que plus de 92% des patients consultant à la MMG sont satisfaits ou très satisfaits du service rendu et que plus de 86% sont satisfaits ou très satisfaits du temps passé au sein de la MMG* ».

D'autres études réalisées dans des MMG différentes ont montré des résultats similaires. Par exemple, la MMG du pays d'Arles et les travaux de thèse de Thomas PAPALEONIDAS (30) qui démontrait « *une satisfaction plus élevée chez les patients consultant pour un motif de médecine générale lorsqu'ils sont pris en charge par la MMG plutôt que par le circuit classique des urgences* »

La création d'une structure similaire à proximité des urgences du CHU de Limoges pourrait favoriser la participation à la PDSA de certains médecins installés en zone urbaine en offrant des conditions de travail plus satisfaisantes et sécurisante.

Est-ce que cette maison médicale implantée à l'entrée des urgences hospitalières désengorgerait les urgences en ces périodes de difficultés de la population à l'accès aux soins ? L'avenir le dira peut-être ?

IV.4. Perspectives d'évolution

La baisse de la démographie médicale et le vieillissement de la profession depuis ces dernières années accentuent les tensions sur le système de la PDSA basé sur le principe du volontariat.

Ce principe du volontariat mise en place en 2002 est cependant remis en cause. Récemment le président de la fédération hospitalière de France (FHF) Mr Frédéric Valletoux a déclaré « *Compte tenu de la situation, une obligation de participation de tous les praticiens devrait être décidée en urgence* »(31). Dans son rapport sur l'état de la PDS en 2022 le CNOM a également évoqué cette possibilité.

Cette proposition est vivement critiquée par les différents syndicats des médecins libéraux, On peut penser que le rétablissement de l'obligation d'effectuer des gardes permettrait de mieux garantir un planning complet et un nombre de garde plus faible pour ceux qui y participent actuellement. Mais cela ne résoudra pas le problème de fond et les freins actuels

à la participation évoqués par les médecins comme l'âge, la surcharge de travail et la sécurité comme vu précédemment.

Notre étude montre que les médecins installés en zone rurale participent déjà à 83 %. Mais ces zones sont celles connaissant la densité médicale la plus faible.

La baisse de la participation à la PDSA au niveau national est inquiétante et pourrait aboutir dans l'avenir à des tableaux de garde incomplet sur certains secteurs et par conséquent entraîner des réquisitions.

Lors de mes remplacements en médecine général un confrère a été réquisitionné d'office pour assurer une garde et son vécu de la situation était pour le moins négatif.

Les projections actuelles estiment un redressement des effectifs de médecins à l'horizon 2024-2030 grâce à, entre autres, la suppression du numerus clausus (32).

En attendant quelles pistes d'améliorations existe-t'il ?

-Les SAS : L'enjeu du Service d'Accès aux Soins est d'offrir, grâce à une plateforme digitale et une plateforme téléphonique de régulation, une alternative simple et lisible pour accéder rapidement et à distance à un professionnel de santé. Cela passe par le numéro « 15 ». L'objectif est de réduire les passages aux urgences concernant des pathologies pouvant être traité en médecine de ville.

-Favoriser la participation des médecins urbains à la PDSA : notre étude montre une faible participation des médecins installés en zone urbaine, cependant 37 % d'entre eux serait prêts à participer dans une MMG installée à côté du CHU.

-Favoriser l'installation des médecins en zone rurale : de nombreux plans d'aide ont déjà été mis en place. On peut citer :

- La prise en charge des frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins.

- La mise à disposition de locaux

- Le versement d'une prime d'installation.

- Le versement d'une prime d'exercice forfaitaire pour les médecins libéraux

Conclusion

La permanence des soins est une mission de service public ayant pour objectif de répondre aux demandes de soins non programmées pendant les horaires de fermetures des cabinets médicaux. Ce dispositif a évolué depuis sa conception pour pouvoir prendre en compte les différentes contraintes liées à l'exercice médical mais aussi les besoins de la population.

Notre travail avec son taux de réponses élevé (34%) montre bien l'importance accordée par les médecins généralistes à la PDSA. Malgré les difficultés rencontrées, l'opinion de ces médecins sur le maintien ou pas des visites en nuit profonde de minuit à 8 h reste en majorité favorable, au moment où la tendance nationale est à l'inverse avec une disparition progressive des gardes libérales en nuit profonde et la création de « zone blanche ». Ce désir des médecins généralistes Haut-Viennois est peut-être en lien avec la grande disparité de la densité médicale, avec une plus forte concentration médicale autour des pôles urbains de Limoges et de St-Junien alors que le nord du département est plus « désertifié ». L'éloignement des structures d'urgences déjà sous tension rend l'accès aux soins plus difficile pour les patients. Un résultat paraît inquiétant : 32 % soit 15 médecins âgés en moyenne de 51,6 ans ne souhaitant pas continuer les visites en nuit profonde participent déjà à la permanence des soins. Les effectifs de volontaires vont donc diminuer dans un avenir proche. Pourtant près de 2/3 des médecins ne participant pas à la permanence des soins souhaitent que les visites en nuit profonde continuent. Qui va donc effectuer ces visites de nuit ?

Le taux de 36 % de participation à la PDSA dans le département de la Haute-Vienne retrouvé par notre étude est plus faible que celui retrouvé par l'enquête nationale du CNOM en 2021 mais rejoint celui retrouvé au niveau national. 83 % soit 39 médecins ruraux âgés en moyenne de 44,8 ans participent à la permanence des soins. (comparaison avec l'échantillon total **p = 0,004**) et 7 % soit 5 médecins URBAINS âgés en moyenne de 51,4 ans participent à cette PDSA (comparaison avec l'échantillon total **p = 0,0003**). Notre travail montre donc une nette différence de participation entre les médecins : ceux installés en zone rurale sont plus impliqués dans la PDSA que les médecins installés en zone urbaine. Les freins à la participation à la PDSA semblent être en grande partie liés à des problèmes de santé, à l'âge et à la surcharge de travail au cabinet.

Cette grande disparité peut paraître surprenante et il n'existe pas à notre connaissance d'étude ayant retrouvé des résultats similaires, Il serait intéressant de voir si cette différence est retrouvée dans d'autres départements ou au niveau national et d'en connaître les raisons.

Un début de réponse pour améliorer la participation des médecins urbains à la permanence des soins est peut-être la création d'une maison médicale de garde fixe à proximité des urgences du CHU. 79% des médecins ayant répondu au questionnaire y sont favorables mais seulement 39 % y participeraient. 62 % des volontaires y préféreraient un exercice salarié. La déclaration d'intention des MG urbains de participer aux gardes dans cette structure est nettement supérieure à leur participation actuelle. La création de MMG dans d'autres départements a eu des impacts favorables sur la prise en charge des patients et sur

plusieurs aspects quant à la satisfaction au travail des médecins mais c'est dans le cas d'une création de structure sans autre équivalent aux alentours. En effet une maison médicale est ouverte depuis 2003 au centre-ville de Limoges à la satisfaction des patients mais le nombre de médecins généralistes installés en secteur libéral y participants ne fait que diminuer.

Qui va être effecteur mobile ou fixe à l'avenir ?

Références bibliographiques

1. Article L.6314-1 du Code de la Santé Publique résultant de la loi HPST du 21 juillet 2009
2. 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.
3. Les généralistes de campagne et la permanence de soins : chronique d'une exaspération montante (fin xix^e siècle-2001) Karine Louvel et Thierry Fillaut
4. Rapport de Mr Charles Descours sénateur honoraire du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins 22 janvier 2003
5. Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire
6. Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence
7. Arrêté du 21 décembre 2007 portant approbation de l'avenant n° 27 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes
8. Décret n° 2009-1173 du 1^{er} octobre 2009 déterminant les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la permanence de soins en médecine ambulatoire
9. Décret n° 2009-1173 du 1^{er} octobre 2009 déterminant les modalités de mise en œuvre des expérimentations concernant la permanence de soins en médecine ambulatoire
10. Arrêté du 31 décembre 2009 fixant les montants maximaux des rémunérations et des dépenses dans le cadre des expérimentations de permanence de soins
11. Arrêté du 20 avril 2011 relatif à la rémunération des médecins participant à la permanence des soins en médecine ambulatoire.
12. Arrêté du 18 juin 2013 relatif aux montants et aux conditions de versement de l'indemnité forfaitaire aux médecins libéraux participant à la mission de permanence des soins en établissement de santé
13. Décret n° 2016-1012 du 22 juillet 2016 relatif à la mise en place d'un numéro d'appel national d'accès à la permanence des soins ambulatoires
14. Pacte de refondation des urgences 9 septembre 2019, M.Agnès Buzyn ministre des solidarités et de la santé disponible sur santé.gouv
15. Le Service d'Accès aux Soins (SAS) disponible sur le site de l'ARS nouvelle-aquitaine
16. Cahier des charges du dispositif expérimental de permanence des soins ambulatoire du Limousin par L'ARS 26/09/2012
17. Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Haute-Vienne, bulletin d'information n°27, avril 2021
18. Données de l'INSEE sur le département de la Haute-Vienne disponibles sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-87>

19. Organisation, activité et impact de SOS médecin disponible sur :
<https://www.sosmedecins-nantes.fr/organisation.php>
20. 21. Rémunération des gardes des pharmaciens d'officine, site de l'assurance maladie 29/04/2022, Ameli.fr
21. Atlas de la démographie médicale par le CNOM, 2022 disponible sur :
https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/11jksb5/cnom_atlas_demographie_medicale_2022_tome_1.pdf
22. Enquête du conseil nationale de l'ordre des médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins ambulatoires en médecine générale, 31 décembre 2021 Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1uhurv/cnom_rapport_pdsa_2021.pdf
23. La Nouvelle République, Toujours pas de généralistes pour « la nuit profonde », 07/09/2022 disponible sur : <https://www.lanouvellerepublique.fr/indre-et-loire/toujours-pas-de-generalistes-pour-la-nuit-profonde>
24. Antonice Colin. État des lieux de la visite à domicile par les médecins généralistes, en France, en 2016. Médecine humaine et pathologie. 2019.
25. Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins, bilan de la permanence des soins en 2021, publié le 07/04/2022.
Disponible sur : <https://www.conseil-national.medecin.fr/publications/communiques-presse/bilan-permanence-soins-2021>
26. Laure Bry et Mathilde Maurin, thèse sur les freins et motivations des médecins généralistes à la participation à la PDSA en Sarthe, 2018-2019
27. L'observatoire régionale de la santé de nouvelle-aquitaine, enquête sur la création d'une MMG à Brive-la-Gaillarde en 2019 Disponible sur :
https://www.ors-na.org/wp-content/uploads/2019/12/71.MMG_Brive.pdf
28. Claire Flacassier, thèse traitant l'impact de la MMG de Libourne sur la pratique des médecins généralistes
29. Mélanie Vuillin, thèse portant sur l'évaluation de la satisfaction des patients concernant la MMG de Libourne, 2020
30. Thomas Papaleonidas, thèse sur la maison médicale de garde et service des urgences du pays d'Arles : quels bénéfices en matière de satisfaction des usagers, 2019
31. Actualités de l'urgence APM : Permanence des soins, Société française de médecine d'urgence, 19/05/2022
32. Les dossiers de la DREES n°76, Quelle démographie récente et à venir por les professions médicales et pharmaceutique ? Publié en mars 2021, Disponible sur :
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/DD76.pdf>
33. Ma Santé 2022, synthèse disponible sur :
https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/ma_sante_2022_synthese.pdf
34. Gentile, Stéphanie, et al. « Les maisons médicales de garde en France », *Santé Publique*, vol. 17, no. 2, 2005, pp. 233-240.
35. Chevillot, David, et al. « Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde », *Santé Publique*, vol. 33, no. 4, 2021, pp. 517-526.

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire en ligne.....	90
--	----

Annexe 1 : Questionnaire en ligne

Validation status: Select...

[< PRÉCÉDENT](#) Display XML names [MODIFIER](#) [VIEW](#)

[SUIVANT >](#) [DUPLICATE](#)  

Type	Question	Réponse
Informations générales		
123	Quel âge avez-vous ?	
<input checked="" type="radio"/>	Où exercez-vous ?	
1. Permanence des Soins (PDS)		
<input checked="" type="radio"/>	Voulez-vous que la population de la Haute-Vienne et de Limoges continue à bénéficier de la PDS en nuits profondes (0 h – 8 h) ?	
<input checked="" type="radio"/>	Participez-vous à cette PDS ?	
<input checked="" type="radio"/>	Envisageriez-vous de participer à la PDS ?	
	Si vous ne participez pas à cette PDS, pourquoi ? :	
abc	Précisez :	
2. Pour soulager les services d'urgences des pathologies relevant de la médecine générale :		
<input checked="" type="radio"/>	Accepteriez-vous la création d'une structure à côté du CHU ?	

Participeriez-vous à la permanence des soins dans cette structure ?

Souhaiteriez-vous être salarié(e) lors de ces permanences ?

début

fin

today

username

sim serial

subscriber ID

device ID

phone number

audit

__version__

_id

instanceID

Submitted by

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.

Etat des lieux de la permanence des soins ambulatoires en Haute-Vienne et perspectives d'avenir.

Introduction : La permanence des soins ambulatoire est en constante mutation et s'organise en fonction des besoins de la population, de la disponibilité et de l'implication des médecins généralistes. Une particularité en Haute-Vienne est à noter: la visite à domicile en nuit profonde de minuit à 8 h du matin.

Objectifs : Cette étude vise à connaître la part de médecins généralistes participant à la PDSA, leur opinion sur la poursuite ou pas des visites en nuit profonde et la création d'une maison médicale de garde à proximité du CHU de Limoges

Méthode : Etude quantitative descriptive observationnelle transversale exploitant les résultats d'un questionnaire adressé à tous les médecins généralistes libéraux installés dans le département de la Haute-Vienne en décembre 2021.

Résultats : Malgré quelques biais, l'échantillon paraît représentatif de la répartition rural/urbain des MG du département. 34% des médecins interrogés ont répondu à cette enquête : 36 % participent à la permanence des soins (comme la moyenne nationale), 83 % des médecins ruraux et 7 % des médecins urbains ; les freins cités par les non participants à la PDSA sont liés à des problèmes de santé, d'âge et de surcharge de travail au cabinet. 58% des médecins souhaitent que les visites en nuit profonde continuent mais seuls 41 % participent à la PDSA ; 79 % accepteraient la création d'une maison médicale de garde près du CHU mais 39% accepteraient d'y participer. 62 % de ces volontaires souhaiteraient un exercice salarié dans cette maison médicale. Nous constatons une baisse progressive du volontariat pour participer aux différentes gardes : Qui va être effecteur fixe ou mobile à l'avenir ? La notion de volontariat peut-elle perdurer ?

Mots-clés : Permanence des soins ambulatoires, Opinion, Haute-Vienne, Médecine générale

Inventory of ambulatory care continuity in the Haute-Vienne and future perspectives

Abstract : The permanence of outpatient care is constantly changing and is organized according to the needs of the population, the availability and the involvement of general practitioners. A particularity in the Haute-Vienne should be noted: home visits in the deep night from midnight to 8 am.

Objectives : This study aims to know the share of general practitioners participating in the PDSA, their opinion on whether or not to continue deep night visits and the creation of a medical center on duty near the Limoges University Hospital.

Method : Quantitative descriptive observational cross-sectional study using the results of a questionnaire sent to all liberal general practitioners installed in the department of Haute-Vienne in December 2021.

Results : Despite some biases, the sample seems representative of the rural/urban distribution of GPs in the department. 34% of the doctors questioned responded to this survey: 36% participate in the permanence of care (as the national average), 83% of rural doctors and 7% of urban doctors; the obstacles cited by non-participants in the PDSA are related to health problems, age and work overload. 58% of physicians want deep night visits to continue but only 41% participate in PDSA; 79% would accept the creation of a medical center near the CHU but 39% would agree to participate. 62% of these volunteers would like a salaried exercise in this medical center. We are seeing a gradual decline in volunteering to participate in the various guards: Who will be a fixed or mobile effector in the future? Can the notion of volunteerism endure?

Keywords : Ambulatory care continuity, Opinion, Haute-Vienne, General medicine

