

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2011

N°141

THESE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Médecine Générale

par

Christophe HERAULT

née le 12 janvier 1978 à Cholet (Maine et Loire)

Présentée et soutenue publiquement le 3 novembre 2011

**LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE GENERALE:
ETAT DES LIEUX EN 2011
LE MODELE DE LA LOIRE ATLANTIQUE.**

Président: Monsieur le Professeur Rémy SENAND
Directeur de thèse: Monsieur le Professeur Rémy SENAND
Membre du jury: Monsieur le Professeur Jacques BARRIER
Membre du jury: Monsieur le Professeur Gilles POTEL
Membre du jury: Monsieur le Docteur Frédéric MIGNEN

SOMMAIRE

TABLE DES ABREVIATIONS	8
TABLE DES ILLUSTRATIONS	9
1. INTRODUCTION	10
2. DEFINITIONS	12
2.1 LA PERMANENCE DES SOINS ET L'AIDE MEDICALE D'URGENCE	13
2.2 L'URGENCE	15
3. HISTORIQUE DE LA PERMANENCE DES SOINS ET DES URGENCES	17
3.1 LA PERMANENCE DES SOINS ET L'AMU.....	18
3.1.1 DE L'ANTIQUITE A LA SECONDE GUERRE MONDIALE	18
3.1.2 DE 1950 A 2002	19
3.1.3 DEPUIS 2002	23
3.2 LES URGENCES	27
3.2.1 AVANT LES ANNEES 1960	27
3.2.2 LES ANNEES 1960 A 1970	27
3.2.2.1 Le SAMU EN France	28
3.2.2.1.1 Un Concept	28

3.2.2.1.2 Un Peu d'histoire	28
3.2.2.1.3 Les Missions du SAMU	29
3.2.3 LES ANNEES 1970 A 1980	30
3.2.4 LES ANNEES 2000	30

4. REGLEMENTATION AUTOUR DE LA PERMANENCE DES SOINS ET DE L'URGENCE..32

4.1 LE MEDECIN GENERALISTE FACE A LA LOI ..33

4.1.1 PERMANENCE DES SOINS	33
4.1.1.1 La Sectorisation de la Permanence Des Soins	35
4.1.1.2 Tableau départemental de la Permanence	36
4.1.1.2.1 L'inscription au tableau départemental	36
4.1.1.2.2 Élaboration du tableau	37
4.1.2 LOIS et OBLIGATIONS MEDICO-LEGALES	38
4.1.2.1 La PDS devient une mission de service public	39
4.1.2.2 La PDS est étendue aux médecins non-conventionnés	40
4.1.2.3 La PDS étendue au samedi après-midi	41
4.1.2.4 Participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du SAMU	41
4.1.2.5 Les gardes administratives	42

4.2 ETAT DES LIEUX DE LA PERMANENCE DES SOINS

4.2.1 La PDS au 30/04/2004 par la DHOS	42
4.2.2 Rapport de Dr Jean-Yves GRALL	44
4.2.3 Évaluation du nouveau dispositif de PDS par l'IGAS	45

4.3 RAPPORT D'INFORMATIONS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE D'OCTOBRE 2008 SUR LA PERMANENCE DES SOINS.....45

- 4.3.1 Unifier et Simplifier le pilotage de la permanence de soins sous l'égide de l'agence régionale de santé46**
- 4.3.2 Favoriser la mutualisation des ressources et la collaboration entre professions de santé47**
- 4.3.3 Renforcer la régulation médicale , clé de voute du système48**
- 4.3.4 Agir sur la formation : Rassurer et mieux préparer les étudiants à la médecine de premier recours et à l'exercice de la permanence des soins49**
- 4.3.5 Renforcer l'information et l'évaluation50**

4.4 ROLES ET INFLUENCES DES DIFFERENTS INTERVENANTS50

- 4.4.1 Préfets : Pouvoir de réquisitions50**
- 4.4.2 Rôle du Conseil de l'Ordre des Médecins51**
- 4.4.3 Les ARS , signataires et animateurs de Santé52**
 - 4.4.3.1 Donner pleine compétence aux ARS sur la gestion du risque53**
 - 4.4.3.2 Mieux identifier le rôle de la coordination nationale des ARS54**
 - 4.4.3.3 Donner une vraie marge d'autonomie aux ARS54**
 - 4.4.3.4 Doter les ARS des moyens humains et financiers nécessaires à la conduite des politiques territoriales55**
 - 4.4.3.5 Privilégier la conclusion de contrats collectifs plutôt qu'individuels56**
 - 4.4.3.6 Inscrire l'action des ARS dans la durée57**
 - 4.4.3.7 Faire des ARS le conseil des collectivités territoriales en matière de santé57**

5. ACTEURS DE LA PERMANENCE DES SOINS.....	58
5.1 LE MEDECIN GENERALISTE	59
5.2 LES PARTENAIRES DU MEDECIN GENERALISTE	60
5.2.1 LA REGULATION : LE CENTRE 15	60
5.2.2 LES SITES D'ACCEUIL DES URGENCES	64
5.2.3 LES POMPIERS	64
5.2.4 LES AMBULANCES PRIVEES	64
5.2.5 AUTRES: POLICE,GENDARMERIE, PROCUREUR	64
6. PROBLEMATIQUE	65
6.1 SOCIETALE.....	66
6.1.1 EDUCATION DES PATIENTS	66
6.1.1.1 Éducation Thérapeutique	66
6.1.1.2 Règles à respecter pour un bon usage de la PDS.....	67
6.1.2 VOLONTE DES ELUS LOCAUX et PREFETS	69
6.1.2.1 L'inquiétude et l'incompréhension de la population et de ses élus sont patentes.....	69
6.1.2.2 Des représentants de l'état désorientés	70
6.1.2.3 Une distinction artificielle entre ce qui relève ou non de la PDS , sans lien avec la réalité fonctionnelle	71
6.2 PROFESSIONNELLE	71
6.2.1 VIEILLISSEMENT DES MEDECINS	72

6.2.2	FEMINISATION MEDICALE	73
6.2.3	DEMOGRAPHIE ET REPARTITION MEDICALE.....	76
6.2.3.1	Généralités	76
6.2.3.2	Activité régulière	76
6.2.3.3	Des disparités importante de répartition	77
6.2.3.4	De sérieuses menaces sur l'accès aux soins	78
6.2.4	CONCEPTION DU TRAVAIL	79
6.3	COUT.....	80

7. PROJETS,EVALUATION ET MODELES PROPOSES

81

7.1	POLES DE SANTE LIBERAUX	82
7.1.1	Maisons de santé pluridisciplinaires , exemple du projet MSP par l'ARS des Pays de la Loire....	82
7.1.2	Les CAPS , ex de la Loire-Atlantique	84
7.1.3	Projet des médecins mobiles dans le département de la Loire-Atlantique.....	86
7.1.3.1	Constitution	86
7.1.3.2	Répartition Géographique	87
7.1.3.3	Candidature de la MRS des Pays de la Loire pour l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération de la permanence des soins	88
7.1.3.4	Conclusion	88
7.1.3.5	Soutiens de ce projet	89
7.2	EVALUATION DE LE PERMANENCE DES SOINS PAR LES ARS , EXEMPLE DES PAYS DE LE LOIRE : RAPPORT DE SEPTEMBRE 2010	89
7.2.1	INTRODUCTION	89
7.2.2	LOCALISATION ET TAILLE COMPAREE DES SECTEURS DE GARDE	91

7.2.3	CONSOMMATION DE SOINS DANS LES SECTEURS	93
7.2.3.1	Période 20 h 00 à minuit	93
7.2.3.2	Périodes Week-end et Fériés	96
7.2.4	COUT GLOBAL ANNUEL DE LA PERMANENCE DES SOINS LIBERALE	98
8.	DISCUSSION	100
8.1	BILAN	101
8.2	SOLUTIONS PROPOSEES	101
9.	CONCLUSION	105
10.	ANNEXES	107
11.	BIBLIOGRAPHIE	112

TABLE DES ABREVIATIONS

PDS : Permanence Des Soins

AMU : Aide Médicale Urgente

ARS : Agences Régionales de Santé

CODAMU : Comité Départemental De l'Aide Médicale Urgente

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et de la Permanence des Soins

CDOM : Comité Départemental de l'Ordre des Médecins

CNOM : Conseil National de L'ordre des Médecins

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

CAPS : Centres d'Accueil et de Permanence des soins

URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

UNCAM : Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

SMUR : Service Mobile d'Urgences et de Réanimation

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

MRS : Missions Régionales de Santé

MMG : Maisons Médicales de Garde

IGAS : Inspection Générale des affaires Sociales

DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des soins

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et Sociales

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels

ADOPS : Association Départementale pour l'Organisation et la Permanence des Soins

SSSM : Service de Santé et de Secours Médical

TABLE DES ILLUSTRATIONS

1- Le fonctionnement du centre 15.....	p.63
2- La prise en charge idéale	p.68
3- Pyramide des âges des médecins en activité (métropole).....	p.72
4- Évolution de l'âge moyen des médecins entre 1985 et 2020.....	p.73
5- Évolution et projection de la densité médicale.....	p.77
6- Évolution du temps de travail selon l'activité.....	p.80
7- Exemple du projet MSP au 30 septembre 2010 présenté par l'ARS des pays de la Loire.....	p.84
8- Localisation et taille comparée des secteurs de garde: légende de la cartographie des secteurs.....	p.91
9- Localisation et taille comparée des secteurs de garde: légende de l'illustration graphique.....	p.92
10- Cartographie des secteurs de garde. Période: en semaine de 20H à minuit.....	p.92
11- Illustration graphique des secteurs de garde. Période: tous les jours de 20H à minuit.....	p.93
12- Tableau d'activité (total et par soirée). Période: tous les jours de 20H à minuit.....	p.94
13- Illustration des 2 indicateurs d'activité. Période: tous les jours de 20H à minuit.....	p.95
14- Tableau d'activité (total et par jour). Période: week-ends et jours fériés.....	p.96
15- Illustration des 2 indicateurs d'activité. Période: week-ends et jours fériés.....	p.97
16- Coût global de la permanence des soins: régulation et effectation..	p.98
17- Coût de la régulation (par an).....	p.99
18- Coût de l'effectation (par an).....	p.99

1. INTRODUCTION

La permanence des soins (PDS) est une nécessité absolue dans un système de soins qui se veut pérenne . Au vu de la multiplicité des acteurs impliqués, son organisation est des plus complexes à mettre en œuvre (1).

De plus, de nombreux problèmes se posent : L'inadéquation entre la démographie médicale et le numéris clausus de la deuxième année de médecine pendant plus de 10 ans, le vieillissement des médecins généralistes, leur surcharge croissante de travail, leur répartition inégale sur le territoire français et la demande de soins galopante de la population, potentialisée par le vieillissement de cette dernière.

En France, le permanence des soins est une organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux ; elle permet de répondre aux demandes de soins non programmés par des moyens structurés, adaptés et régulés .La loi française la reconnaît comme une « mission de service public » . Elle repose essentiellement sur deux principes : la sectorisation des astreintes et le renforcement de la régulation libérale des appels.

On distingue une organisation de la permanence des soins pour :

. Le secteur ambulatoire : La PDS couvre des plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et des centres de santé, de 20 heures à 8 heures en semaine et les dimanches et jours fériés . Depuis 2002 , l'article 77 du code de déontologie a été modifié, la PDS n'est plus considérée comme une obligation, mais il est désormais du devoir du médecin de participer à la permanence des soins .

. Le secteur hospitalier : La convention nationale médicale du 12 février 2005 instaure de nouvelles modalités de rémunération spécifique pour la permanence des soins en établissements privés avec la possibilité pour les UNCAM de passer des contrats avec des réseaux de professionnels de santé libéraux au sein des cliniques, afin que ceux-ci y assurent gardes et astreintes . Seuls certains établissements et certains médecins sont concernés par cette organisation .

2. DEFINITIONS

2.1 LA PERMANENCE DES SOINS ET L'AIDE MEDICALE D'URGENCE

Permanence des soins (PDS) et Aide médicale d'urgence (AMU) sont fréquemment confondues du fait notamment que la définition même de la permanence des soins a évolué avec le temps et n'a pas toujours été la même selon les intervenants. Alors que l'aide médicale d'urgence est l'ensemble du dispositif organisé pour prendre en charge des demandes de soins pour des pathologies menaçant le pronostic vital, la permanence des soins couvre un champ bien plus large.

Selon le sénateur honoraire Descours, dans son rapport de 2003, la permanence des soins est « l'organisation mise en place par les professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant ». Nous pourrions ajouter qu'elle s'applique en n'importe quel lieu géographique.

Ainsi, la réponse à une demande ne doit pas être obligatoirement immédiate ou sanctionnée par une consultation, mais bien être la plus raisonnée en terme de coût et d'encombrement des salles de consultations des urgences et des cabinets. En effets, toutes les demandes ne sont pas fondées et ne doivent donc pas aboutir à une consultation, ou du moins pas une consultation en urgence.

Selon l'article R.4127-77 du code de la santé publique, repris par l'article 77 du code de déontologie médicale, « il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent. »

Ainsi, depuis la modification de cet article du code de déontologie médicale en 2002, la permanence des soins n'est plus considérée comme une obligation mais comme un devoir. La permanence des soins est une organisation collective confraternelle et mutualisée de la réponse à des demandes non programmées de soins. Elle implique tous les médecins quel que soit leur mode d'exercice: libéral, hospitalier ou salarié, ou encore quelle que soit leur spécialité médicale dès lors qu'ils ont une pratique dans le domaine du soin.

Les médecins hospitaliers, salariés mais aussi libéraux, exerçant en établissement ne sont pas libres des modalités de leur participation. Elles peuvent leur être imposées par voie statutaire ou contractuelle.

Dans l'exercice libérale hors établissement, les médecins satisfont à ce devoir sur la base du volontariat et de la confraternité dans le cadre d'une organisation qui a pour finalité l'intérêt de la population.

La régulation médicale est une de ses modalités de la participation des médecins à la permanence des soins.

La réglementation propre à l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire confie notamment au conseil départemental de l'Ordre des médecins la mission de prendre les décisions en matière d'exemption (article R.6315-4 du code de la santé publique).

La permanence des soins s'inscrit dans « le cadre des lois et règlements qui l'organisent ». La modification du code de déontologie médicale en 2003 traduit la place que prend l'État pour garantir l'accès aux soins qui ne saurait relever des seules initiatives individuelles. Le devoir des médecins vis-à-vis des patients est subordonné à l'organisation sanitaire dans laquelle il s'inscrit.

Les médecins participent à la mise en place de cette organisation; l'État en est le garant et adopte, avec les instances professionnelles compétentes, les modalités paraissant les plus appropriées. Le devoir du médecin variera selon les lois et règlements en vigueur et les conditions locales de mise en œuvre.

La permanence des soins assurée par les médecins a été reconnue mission de service publique par le Parlement à la demande du Conseil National de l'Ordre des médecins. Cette reconnaissance de la fonction essentielle du médecin dans l'organisation de la santé publique engage l'État qui doit assurer sa protection aux médecins qui subirait un dommage lors de cette mission. Pour sa part, le conseil départemental de l'Ordre qui serait saisie d'une plainte contre ses médecins à l'occasion de leur activité de permanence des soins pourra désormais ne pas y donner de suites disciplinaires, conformément à l'article L4124-2 du Code de la santé publique, si elle est insuffisamment fondée.

2.2 L'URGENCE

L'urgence peut se définir de nombreuses façons.

Selon Le Nouveau Larousse Médical, l'urgence est définie par « l'ensemble des soins médicaux ou chirurgicaux qui doivent être pratiqués sans délai »;

Selon Le Petit Larousse, l'urgence est « ce qui ne peut être différé, qui doit être fait, décidé, sans délai »;

Selon le Conseil national de l'Ordre des médecins, elle se définit comme « l'état fonctionnel d'un sujet l'incitant à appeler un médecin qui doit répondre et intervenir dans un délai approprié à la nature de l'appel et aux possibilités thérapeutiques dont il dispose ».

Ainsi, l'urgence peut être définie comme toute circonstance dont la survenue ou la découverte laisse supposer un risque fonctionnel ou vital pour l'individu si une action médicale n'est pas entreprise immédiatement. Toute situation d'urgence, une fois découverte, déclenchera une réponse dont la nature dépendra du contexte, du lieu et des acteurs (médecins, patients et entourage familial). En effet, pour le patient et son entourage, il s'agit de toute situation pathologique nouvelle et insolite qui justifie l'appel du médecin ou le transport vers un établissement de soins.

N'oublions pas que le médecin, dans la prise en charge d'un patient dont l'appel d'urgence fait parti, est tenu à une obligation de moyens et non de résultats. En effet, on considère que sur cents appels reçus par les médecins:

- 10% représentent une menace à court terme pour la vie ou une fonction importante;
- 20% concernent des pathologies qui, sans mettre immédiatement la vie en danger, doivent être prises en charge par un médecin;
- 70% correspondent à des incidents imprévus qui perturbent le cours de la vie et dont certaines induisent des phénomènes de crise, de détresse psychologique qui nécessitent l'aide et l'assistance d'un tiers.

Nous pouvons ainsi définir quatre niveaux d'urgence: (2)

- L'urgence vitale: état pathologique mettant en danger la vie du patient ou l'intégrité d'une de ses fonctions.
- L'urgence différée: état pathologique ne mettant pas en jeu le pronostic vital mais nécessitant l'intervention rapide d'un médecin.
- L'urgence ressentie: Bien que ne s'agissant pas d'urgence vraie, le patient et/ou ses proches pensent honnêtement avoir besoin de soins urgents.
- L'urgence de confort: le patient va adapter sa description des symptômes pour obtenir une consultation dont l'urgence n'est pas justifiée.

3. Historique de la permanence des soins et des urgences :

3.1 LA PERMANENCE DES SOINS ET L'AMU

3.1.1 DE L'ANTIQUITE A LA SECONDE GUERRE MONDIALE (3)

Il est difficile de dissocier les destins de l'AMU, de la PDS et des centres de Réception et de régulation des appels (CRRA) . Ces trois concepts sont imbriqués, et leurs évolutions s'entrecroisent tout au long de l'histoire du système de santé Français

La première conceptualisation de la médecine d'urgence préhospitalière introduisant la permanence des soins peut être accordée à Ambroise Paré au XVI ème siècle . Il revendiquait la présence continue des médecins et des chirurgiens sur les champs de bataille des guerres d'Italie pour une prise en charge rapide des combattants blessés.

La médecine d'urgence profite des découvertes médicales du XVIII ème siècle, notamment des avancées faites sur la respiration et la circulation sanguine .

En 1740, Réaumur bénéficie avec l' « avis du peuple pour donner les recours à ceux que l'on croit noyés » d'une large écoute, son texte étant publié dans les journaux français.

En 1755, le Dr Tissot, titulaire de la chaire de médecine de l'université de Lausanne, introduit la notion de médecine d'urgence dans son « avis au peuple sur sa santé », qui sera traduit en une douzaine de langues.

En 1773, Piat, apothicaire fait placer le long de la Seine des coffrets de réanimation pour les noyés.

Le Baron Larey, chirurgien de Napoléon, propose la création, après la campagne d'Italie, « d'ambulance volantes » ou « décurie ». Ce sont des voitures à cheval légères qui évacuent les blessés auxquels des chirurgiens ont donnés les premiers soins sur le champs de bataille. Le but final est de pouvoir « opérer dans les vingt-quatre heures ». Il développe ainsi une chaîne de secours en organisant les soins sur le champ de bataille, le

transport des blessés, et le traitement hospitalier des cas les plus graves.

La permanence des soins et la médecine d'urgence sont donc initialement chirurgicale et militaire jusqu'en 1859, date à laquelle Henri Dunant crée la croix rouge . Après la bataille éminemment meurtrière de Solférino, ce dernier improvise des secours avec le concours des populations civiles locales . La tradition perdurera aussi bien en temps de guerre qu'en temps de paix.

Le mouvement s'essouffle . Vers 1880, une tentative de création d'ambulances médicalisées sur Paris avorte, faute de moyens . Le début du XXème verra presque disparaître l'aide médicale préhospitalière . Les gestes de premiers secours disparaissent même de l'enseignement à la faculté de médecine.

3.1.2 DE 1950 A 2002

Sont à l'origine de la création des SMUR et des SAMU deux grands phénomènes :

- Les épidémies de polyomyélite, dont celle de 1952, particulièrement importante .
- Le développement de l'automobile, et l'apparition des accidentés de la route , dont le nombre ira croissant (pour mémoire, l'apogée est atteint en 1972 avec 17000 morts)

A partir de 1952, les lois, décrets et circulaires tenteront de définir l'aide médicale d'urgence (AMU) puis la permanence des soins, tandis que des initiatives locales fleurissent . La loi viendra souvent dans un deuxième temps officialiser des pratiques que le terrain a déjà expérimentées.

Le premier service mobile de réanimation fut créé à Necker, pour le transport inter hospitalier de patients sous ventilation artificielle .La première unité mobile pour le aux accidentés de la route apparaît en 1957, à Salon de Provence.

Décret du 3 août 1959 : Il décrit l'organisation des secours aux victimes d'accident de la route avec la mise en place de secteurs ambulanciers et hospitaliers.

A Toulouse et Montpellier, au vu du décalage entre les soins prodigués avant (c'est-à-dire inexistant) et après l'arrivée à l'hôpital, on adjoint aux ambulances la présence d'un médecin, au départ un externe.... En effet, on remarque à l'époque que les accidentés de la voie publique décédaient souvent avant même d'être arrivés à l'hôpital.

La nécessité des soins entrepris sur place s'impose alors. Le concept anglais du « go fast » (transporter le blessé rapidement) sera donc remplacé par celui du « stay and play » (débuter les soins sur place).

Circulaire du 13 février 1965 : le secours médical d'urgence est défini comme « une entreprise d'assistance médicale immédiate à toute personne qui en a besoin, qu'elle se trouve dans le rue, dans un lieu public, à son travail ou à son domicile ».

Circulaire du 13 août 1965: sont créés des services d'urgence et des services de réanimation, rendus possibles grâce au développement technologique.

Circulaire du 2 Décembre 1965 : Sont créés les services les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation (SMUR).

Circulaire du 5 février 1967: Elle définit les conditions requises pour l'organisation d'un transports secondaire (équipement, personnel).

Le premier service chargé de coordonner la prise en charge extra et intra hospitalière, a été créé à Toulouse en 1968.C'est un précurseur de la création légale des SAMU.

Loi du 31 Décembre 1970 : Elle déclare que les Hôpitaux publics doivent être en mesure d'accueillir les urgences médicales 24h/24.

Circulaire du 5 Février 1976 : Sont créés les Services d'Aide Médicale d'Urgence (SAMU). C'est une officialisation des systèmes que quelques hôpitaux avaient déjà spontanément mis en place. Cette circulaire introduit aussi la notion de réception centralisée des appels de la régulation libérale.

Circulaire du 6 Février 1979 : Elle ordonne la création des centres de réception et de régulation des appels (CRRA). Ils ont pour but de recevoir les appels du public, d'assurer la coopération entre structures hospitalières et extra-hospitalières, entre service public et médecine privée. Il s'agit en pratique de l'officialisation de la création de ce qui s'appellera un peu plus tard « centre 15 ».

Loi du 6 janvier 1986 : C'est la création des comités Départementaux de l'Aide Médicale d'Urgence (CODAMU), qui, comme leur nom l'indique sont chargés d'organiser l'AMU au niveau départemental. Il y est fait une redéfinition des critères nécessaires au statut de « transport sanitaire ». La loi définit les SAMU comme comportant un CRRA. Les praticiens libéraux qui veulent y travailler peuvent le faire sur demande, et dans le cadre d'une convention « approuvée par le représentant de l'État dans le département ». Cette loi définit aussi le financement du CRRA par l'assurance maladie, l'État et les collectivités territoriales.

Décret du 30 Novembre 1987: Il définit la composition du CODAMU.

Décret du 16 Décembre 1987: Il détermine les missions du SAMU (assurer une écoute médicale permanente, déclencher dans le délai le plus rapide la réponse la plus adaptée, participation aux plans ORSEC...). IL officialise le « 15 » comme numéro d'appel unique. Il précise aussi le fonctionnement de la participation des libéraux au CRRA. Elle doit être définie par une convention qui stipule: les moyens apportés par chaque intervenant, les modalités de répartition des appels, les modalités de gestion des CRRA.

Circulaire du 28 Décembre 1988 : Elle affine la définition de l'organisation des SAMU. Ils sont placés sous l'autorité du directeur du centre hospitalier, comme les autres services ou pôles d'activités et doivent être localisés dans leur CH de rattachement.

Les CRRA font partie intégrante du SAMU : leur comptabilité doit être incluse dans celle de ce dernier. Le financement des CRRA peut être assuré par les établissements hospitaliers publics ou privés, par les associations des médecins libéraux signataires de la convention, et même par des financeurs privés, le cadre de la loi sur le mécénat.

L'État, par contre, ne contribue plus aux dépenses de fonctionnement, mais pourra en revanche attribuer une subvention, calculée sur la base de la population desservie. On note bien ici que ce mode de financement est rendu complexe par la multiplicité des intervenants possibles.

Elle précise aussi les modalités d'application de la convention signée entre les régulateurs libéraux et les services hospitaliers. Elle peut être demandée par des organisations nationales de médecins, soit par les associations de médecins, ou même par des individus propres. Mais elle ne doit pas être différente, au sein d'un même SAMU, si plusieurs intervenants la signent. La convention détermine aussi le type de partage des appels entre régulation hospitalière et libérale, le PARM restant toujours le premier interlocuteur du patient. Il est dit, très logiquement qu'un appel nécessitant le recours du SMUR doit être dirigé vers le régulateur hospitalier. Les horaires de chaque régulation doivent être définies, et on « autorise » les deux régulations à être effectives simultanément.

De plus, en dehors des fautes imputables à l'établissement hospitalier, la responsabilité civile personnelle des régulateurs libéraux peut être engagée, ce qui les oblige à souscrire à une assurance personnelle privée.

Le législateur dit aussi qu'il serait « souhaitable » de mettre en place un système de Formation Médicale Continue (FMC), mais laisse à chaque convention le soin de l'organiser et d'en discuter le financement.

Cinq centres sont alors désignés comme expérimentaux pour la participation des régulateurs libéraux à l'AMU : Le Finistère, la Marne, le Bas-Rhin, la Haute-Vienne et le Val de Marne. Un rapport sur la qualité de fonctionnement de ces sites devait être remis 18 mois plus tard. Mais malgré une évaluation initialement bien faite, le rapport de l'IGAS ne peut pas « obtenir de façon fiable les informations qui en étaient espérées ».

Circulaire du 2 Février 1992 : Elle souhaite l'organisation d'un véritable réseau pour l'AMU, avec la participation, entre autre des médecins libéraux au cabinet ; et ce pour assurer la réponse la plus adaptée à la demande de soins.

3.1.3 DEPUIS 2002

Un des problèmes des années 2000 devient la prise en charge des patients requérant des soins de médecine ambulatoire en dehors des heures ouvrables des cabinets de médecine libérale , à savoir la nuit les week-ends et jours fériés. En effet la démographie médicale est telle que la population de médecins généralistes est vieillissante, en nombre de plus en plus restreint et sans doute mal répartie sur l'ensemble du territoire selon un gradient rural / urbain et nord / sud . Les projections de la Direction de la Recherche , des Études , de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) mettent en évidence une densité qui passerait de 327 médecins pour 100000 habitants en 2006 à 292 en 2030, avec un point bas en 2020 de 276 médecins pour 100000 habitants.

A noter également un âge moyen des médecins croissant jusqu'en 2015, avant de décroître à partir de 2020.

Par opposition, la population française devrait , entre 2006 et 2030, croître de 10 % .

Du coup, il devient difficile d'assurer la continuité des soins en médecine ambulatoire dans certains départements, contribuant ainsi à l'engorgement des services d'urgence.

Engorgement également en rapport avec un comportement consumériste se traduisant par une venue direct aux urgences par les trois-quarts des usagers.

C'est au décours du mouvement de grèves de garde des médecins libéraux en 2001 et 2002 (4), qu'est définie la permanence des soins ambulatoire en 2003, avec pour but de garantir à tous les concitoyens un accès aux soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

En effet, en dehors des heures usuelles d'ouverture des cabinets médicaux, des soins urgents existent sans justifier nécessairement des moyens lourds d'intervention.

C'est pourquoi à côté de la PDS d'établissement, il est indispensable d'assurer une PDS ambulatoire.

Entre Novembre 2001 et Juin 2002, les médecins généralistes sont en grève des gardes de nuit. Ils revendiquent, certes, une revalorisation des honoraires des consultations et des visites mais surtout une amélioration des conditions de travail en garde.

Ils obtiendront gain de cause pour les honoraires et la création par le Ministre de la santé de deux groupes de travail:

- Un premier dirigé par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), qui vise à optimiser l'organisation des urgences dans les établissements publics. La circulaire du 15 Juillet 2002 qui en découle, DHOS/SDO n° 2002-399 ,propose d'améliorer « l'organisation existante afin de limiter les contraintes pour les médecins liées à la permanence des soins, tout en assurant une reconnaissance de la mission de service public » .Elle introduit la notion d'une régulation libérale spécifique des appels médicaux, basée sur le volontariat.
- Un deuxième dirigé par le sénateur honoraire Charles Descours, qui rendra ses conclusions le 22 Janvier 2003 (5), en axant ses propositions pour la PDS sur 3 propositions:
 - . Une modification de l'article 77 du code de déontologie qui base la participation des médecins à la PDS sur le volontariat : « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ».
 - .L'apparition des médecins libéraux dans « la régulation des demandes de soins non programmées »
 - .La sectorisation des zones de garde. Le CODAMU devient Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des transports sanitaires et de la Permanence des Soins (CODAMUPS), pour inclure l'« usager » dans la réflexion sur la PDS. Des campagnes de communication doivent être mises en place pour responsabiliser ce dernier quant à une utilisation judicieuse de la PDS.

Le décret n°2003-880 du 15 Septembre 2003 et la circulaire n° 857/DHOS/01/2003 du 12 Décembre 2003 sont l'aboutissement de l'ensemble de ces réflexions. De grands thèmes y sont abordés:

-La sectorisation:(6)

Chaque Département est divisé en secteurs de soins, définis par arrêté préfectoral.

Dans chaque secteur, la demande et l'offre de soins doivent s'équilibrer.

Un médecin généraliste libéral en cabinet, nommé « effecteur », doit être présent dans chaque secteur. Constatant que de nombreux départements sont déjà passés à la « sectorisation », les rédacteurs de la circulaire fixent le 31 Janvier 2004 comme limite à la réalisation de cette dernière pour tous les départements . Cela doit permettre aux médecins libéraux de ne pas être deux à « couvrir » une zone géographique, en délaissant une autre sans médecin effecteur .Cela permet surtout de diminuer le nombre global de médecins libéraux de garde par département, et donc de diminuer la fréquence des gardes de chacun.

-Le tableau départemental de permanence:(6)

Il est nominatif et oblige le médecin inscrit à répondre à toute sollicitation du médecin régulateur du centre 15. Il est élaboré pour trois ans minimum, et transmis au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) 45 jours avant sa mise en œuvre. Ce dernier le transmet à son tour dans les 10 jours au Préfet, entre autres, qui peut, si nécessaire procéder à des réquisitions. La circulaire précise que si un grand nombre de réquisition est nécessaire, une refonte des secteurs est probablement utile, mais l'article 77 du code de déontologie médicale est modifié: Les médecins participant à la PDS sont des volontaires.

-La régulation médicale des appels provenant de la PDS:

« L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU ». Le centre 15, via la régulation de l'appel par le médecin régulateur sert alors de filtre aux nombreuses demandes de soins non justifiées, ou non « urgentes ». Les conditions de travail des effecteurs s'améliorent alors nettement, ce qui incite ces derniers à revenir participer aux tours de garde. La participation des libéraux à la régulation des appels est jugée « essentielle ». Elle permet une réponse adaptée aux demandes spécifiques relevant de la médecine de ville, sans mise en jeu du pronostic vital, demandes pour lesquelles les libéraux ont une expérience précieuse et irremplaçable.

-Le rôle des hôpitaux locaux dans la PDS en médecine ambulatoire:

Ces derniers peuvent proposer des locaux ou une aide paramédicale, offrant ainsi un « point d'ancrage » aux effecteurs, pour la mise en place des maisons médicales de garde. cela peut régler le problème de l'insécurité dans les cabinets en ville ou le médecin se retrouvait seul.

Du fait de la féminisation de la profession, les effecteurs se raréfiaient dans les secteurs où une certaine insécurité était ressentie, voire réelle.

-L'information des usagers:

Elle doit être faite par les acteurs de la PDS, mais aussi par tous les autres moyens de communication, tels que: voie de presse, affichage public.

-Le CODAMU devient le CODAMUPS, pour y intégrer principalement l'organisation de la PDS

Le décret n°2005-328 du 7 avril 2005, dernier en date modifie les conditions de participation des médecins de permanence. Il y est rappelé:

. la nécessaire complémentarité des acteurs. En effet les associations de permanence des soins sont considérées comme ayant les mêmes droits et obligations que les autres participants (médecins généralistes en cabinet ou en centre de santé). De plus les établissements publics et privés sont invités à participer aux consultations de médecine ambulatoire.

. Le passage obligatoire par la régulation médicale pour que le patient bénéficie d'une consultation ou d'une visite.

. La possible création d'un centre d'appel des associations de permanence des soins, pour accéder au médecin de permanence . Ce centre doit être en interconnexion avec le centre 15, et doit faire l'objet d'une convention avec le SAMU, approuvée par le CODAMUPS.

. Des adaptations locales pourront être apportées dans les cahiers de charges départementaux. Elles pourront prévoir l'adaptation des secteurs et des horaires de permanence selon les périodes de l'année, mais en restant toujours en conformité avec la demande de soins concernée.

. Les Missions Régionales de Santé (MRS) ne joueront qu'un rôle consultatif, leurs propositions devant être validées par le CODAMUPS.

. Le rôle de médiateur du Conseil Départemental de l'Ordre se trouve renforcé puisqu'il est le mieux placé pour gérer les incidents potentiels survenant entre médecins.

L'avenant n°4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie est paru au Journal Officiel du 1er juin 2005.

Elle prévoit une participation de l'assurance maladie au financement de la régulation, avec: un versement de 3C (soit 69 euros) de l'heure aux médecins libéraux qui y participent, une prise en charge de la formation de ces derniers, et « si besoin »,une prise en charge de la Responsabilité Civile Professionnelle spécifique à cette activité.

Elle prévoit également une participation de l'assurance maladie aux majorations spécifiques des consultations et visites en villes et des astreintes, régulées par le « 15 », sur les heures de la PDS. Enfin, le législateur prévoit que l'assurance maladie participe financièrement au FAQSV.

3.2 LES URGENCES

3.2.1 AVANT LES ANNEES 1960 :

Avant les années 1960, le médecin généraliste était au centre du système de soins. La population était essentiellement rurale, il accompagnait toutes les prises en charge de la naissance à la mort et le recours à l'hospitalisation était très rare.

3.2.2 LES ANNEES 1960-1970 :

Puis les années 1960-1970, synonymes de prospérité, voient le développement du commerce automobile avec parallèlement l'émergence des accidents de la route, conduisant ainsi à la création des premières unités mobiles d'intervention sur le terrain (les SMUR) (7). Le but étant d'intervenir sur place pour réduire la mortalité. A cette même période se crée le service d'aide médicale d'urgence (SAMU) et le concept de régulation médicale, afin de coordonner les efforts entre les équipes pré-hospitalières et l'hôpital. Le principe de base de cette dernière est le tri médical: il s'agit d'acheminer les moyens adéquats vers les victimes puis de les amener directement au service le plus compétent. Le premier SAMU

de France verra le jour en juillet 1968 à Toulouse grâce au professeur Louis Lareng. Il reste ensuite à établir un lieu d'accueil pour les accidentés, ce d'autant que parallèlement la population a considérablement rajeuni, étant ainsi victime de petites traumatologies liées au sport. C'est ainsi que prendront naissance les premiers « services d'accueil des urgences ». Durant cette même période la population devient citadine et la société de consommation apparaît. L'hôpital évolue également avec l'apparition des spécificités d'organe, synonyme de dynamisme en matière de recherche, d'innovation et d'enseignement, transformant alors celui-ci en un lieu privilégié et performant dans le traitement de toutes pathologies.

3.2.2.1 Le SAMU de France

3.2.2.1.1 Un concept :

L'organisation française de la médecine d'urgence pré-hospitalière a pour particularité d'engager la présence d'un médecin à tous les niveaux de prise en charge de l'urgence, de l'appel au centre de régulation, à l'intervention sur le terrain de la détresse.

Deux principes complémentaires régissent cette organisation: Tous les appels d'urgence doivent recevoir la réponse la plus adaptée dans les meilleurs délais.

C'est le concept de l'optimisation des ressources. Un médecin, compétent en médecine d'urgence et formé à la régulation médicale est le plus à même d'atteindre cet objectif.

3.2.2.1.2 Un peu d'histoire :

En 1955 furent créés les premières équipes mobiles de réanimation françaises.

Leurs missions étaient initialement d'assurer les secours médicalisés aux accidentés de la route ainsi que les transferts inter-hospitaliers pour les malades atteints de paralysie respiratoire. La réussite de ces premières expériences conduisit vers leur multiplication dans toute la France dès 1965. Cette même année parut un décret interministériel créant officiellement les Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation attachés aux Hôpitaux (S.M.U.R). Les SAMU naissent en 1968 afin de coordonner

l'activité des SMUR et comportent un centre de régulation médicale des appels. Dès 1974 des médecins généralistes libéraux participent à cette activité de régulation libérale en complément des praticiens hospitaliers concepteurs de ces structures. Le 15 , numéro gratuit d'appel national pour les urgences médicales est créé en 1978 à la suite d' une décision interministérielle. Ce numéro vient en complément d'autres numéros existants: le 17 pour la police et le 18 pour les pompiers. L'assise réglementaire qui manquait est donnée aux SAMU par la loi du 6 janvier 1986 (décrets du 16 décembre 1987) sur l'Aide Médicale Urgente et les Transports Sanitaires .

3.2.2.1.3 Les Missions des SAMU :

Les Services d'Aide Médicale Urgente sont des services hospitaliers qui assurent une écoute médicale permanente, qui déterminent et déclenchent dans les délais les plus brefs la réponse la plus adaptée à la nature de l'appel: conseil médical, ambulance privée, médecin généraliste, ambulance de réanimation (Unité Mobile Hospitalière), véhicule d'intervention rapide ou hélicoptère sanitaire pour les cas les plus graves, ou gestion d'une situation de crise avec victimes en grand nombre. Les SAMU doivent s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation publics ou privés en respectant le libre choix du patient. Ils organisent le transport des patients en milieu hospitaliers par les moyens les plus adaptés . Ils organisent l'accueil hospitalier des patients orientés vers la structure de soins adaptée à la pathologie à traiter . Ils participent à l'élaboration et au déroulement des plans de secours en particulier lors des grands rassemblements de foule et d'accidents impliquant un grand nombre de victimes . Ils assurent l'enseignement de la médecine d'urgence et la formation des personnels de santé aux gestes et techniques d'urgence . Le concept français de régulation médicale permet d'optimiser les moyens des SAMU et de déclencher seulement dans les cas les plus graves et pour les détresses vitales une ambulance de réanimation (Unité Mobile Hospitalière) qui intervient avec à son bord un médecin anesthésiste ou un médecin formé à la médecine d'urgence.

Toute l'organisation française de l'Aide Médicale Urgente s'articule autour des SAMU dont la mission est d'assurer la coordination de la médecine pré-hospitalière. Il y a un SAMU par département français (en moyenne

500 000 habitants par département) soit une centaine au total, et environ 350 SMUR répartis sur l'ensemble du territoire. Ce maillage permet une bonne couverture nationale des urgences pré-hospitalières.

3.2.3 LES ANNEES 1970-1980:

Durant les années 1970-1980 la société découvre que la santé devient plus qu'un droit, une obligation . Le coût de la santé explose pendant cette période en même temps que l'exigence des soins. Et l'évolution de l'hôpital se fera dans cette mentalité.

Les patients sont de plus en plus nombreux à transiter par les urgences car certains de rencontrer un médecin rapidement dès l'entrée de l'hôpital, pouvant ainsi bénéficier d'une réponse rapide sans rendez-vous, et d'exams complémentaires sur place si besoin. Les médecins généralistes commencent également à adresser leurs patients directement aux urgences, sans doute dans le but d'obtenir un avis spécialisé plus précoce , mais peut être aussi, au regard d'une population déjà vieillissante et polypathologique, en raison d'une croissance des réelles urgences impossibles à traiter au cabinet .

C'est ainsi que les urgences sont devenues le lieu le plus fréquenté par l'ensemble de la population.

3.2.4 LES ANNEES 2000 :

Puis les années 2000 arrivent, la population a réellement vieilli, les progrès médicaux permettent de vivre en meilleure forme plus longtemps, au prix d'une ambiance de médicalisation permanente.

D'après le scénario central des projections de population réalisé par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), près d'un habitant sur trois aurait plus de 60 ans en 2050 contre un sur cinq en 2005.

Au premier janvier 2050, la France compterait alors sept habitants âgés de plus de 60 ans ou plus, pour dix habitants de 20 à 59 ans. Ce ratio aurait presque doublé en 45 ans. (8)

Les mentalités ont évoluées, on accepte très difficilement la mort à domicile celle-ci devient hospitalière et assistée.

Les médecins généralistes n'étant plus assez nombreux par endroit, probablement mal répartis sur le territoire, ne peuvent plus répondre à une demande sans cesse croissante et plus exigeante d'une population qui garde à l'esprit l'image que l'hôpital s'est forgé pendant des années à savoir un lieu performant et spécialisé dont on doit bénéficier dès que la simple consultation chez le généraliste paraît ne pas répondre aux attentes. L'activité du médecin généraliste a du probablement évolué en même temps que la naissance des SAMU, des SMUR, de la régulation médicale, des SAU, le confrontant de moins en moins à l'urgence en dehors de leurs gardes.

4 . REGLEMENTATION AUTOUR DE LA PDS ET DE L'URGENCE

4.1 LE MEDECIN GENERALISTE FACE A LA LOI

4.1.1 LA PERMANENCE DES SOINS

La loi Française reconnaît la Permanence Des Soins comme « mission de service public » (article L.6314-1 du Code de la santé Publique résultant de la loi HPST du 21 juillet 2009).

Elle repose essentiellement sur deux principes: La sectorisation des astreintes et le renforcement de la régularisation libérale des appels.

La permanence des soins est un devoir pour le médecin généraliste édicté par plusieurs articles du code de Déontologie :(9)

- Article 77 (article R.4127-77 du code de la santé publique) : « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements en vigueur qui l'organisent »
- Article 78 (article R. 4127-78 du code de la santé publique) : « Lorsqu'il participe à un service de garde, d'urgences ou d'astreinte, le médecin doit prendre toutes dispositions pour être joint au plus vite »

L'organisation actuelle de la Permanence Des Soins est l'application de plusieurs décrets ministériels publiés en septembre 2003 et révisés en avril 2005.

Elle provient également des commentaires de l'article 77 du code de déontologie médicale adoptés par la commission nationale de la permanence des soins des 5 mai et 2 juin 2010, approuvés par la session du CNOM des 17 et 18 juin 2010.

Un bref rappel historique permet de mieux comprendre l'évolution du dispositif.(10)

A compter de 2001, un mouvement national des syndicats médicaux enjoignait les médecins à cesser la garde médicale traditionnelle (publication du médecin de garde avec numéro de téléphone sur la presse locale).

Cette garde, gérée par le conseil départemental de l'Ordre des médecins , était obligatoire et se divisait en secteurs dans chaque département .

Dans ce contexte et dans l'ambiance générale de passage aux 35 heures qui n'a pas épargné les médecins, la démographie médicale joue un certain rôle avec :

- Baisse du nombre de médecins généralistes, notamment en zone rurale
- Vieillesse des médecins
- féminisation de la profession .

Les médecins refusaient d'être corvéables à merci et de se déplacer la nuit à domicile, le plus souvent pour la convenance des patients.

Les médecins soutenaient que cette mission relevait du service public et que les appels devaient être filtrés par le centre du SAMU, le 15.

Après de longues négociations, le législateur a alors entrepris la réforme de cette garde médicale en vue de mettre en place un dispositif de permanence de soins basé sur le volontariat.

La mission d'intérêt général était retenue avec paiement d'un forfait d'astreinte.

Le législateur a également préconisé une réduction drastique du nombre de secteur de garde avec un médecin par secteur et imposé l'appel au centre 15, renforcé par des médecins régulateurs libéraux.

Donc dans ce contexte difficile , fait de multiples négociations avec des acteurs locaux, l'état en lien avec l'assurance maladie a mis en place un dispositif réglementaire et financier unique permettant de tenir compte de :

- La démographie médicale
- Du volume d'activité des soins avant et après minuit
- Des formes innovantes d'organisation de la permanence des soins (CAPS)
- De l'évolution des pratiques des médecins libéraux.

Aux termes de l'article R.736 du code de la santé publique la Mission Régionale de Santé élabore ses propositions relatives à l'organisation du dispositif de Permanence des Soins, compte tenu de l'offre de soins existante et d'une évolution des besoins de la population .

Elle a proposé en 2003 une organisation régionale de la PDS s'articulant autour de 5 axes :

- La Régulation
- La Sectorisation
- L'Organisation de l'activité de la PDS
- La Communication
- L'Évaluation

4.1.1.1 La sectorisation de la PDS

Le découpage d'un département en secteurs (sectorisation) est un préalable indispensable dans l'organisation de la PDS.

Il fait l'objet d'un arrêté du préfet concerné qui est pris en compte après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins.

La sectorisation détermine la limite géographique sur l'ensemble du département de chaque secteur de la PDS, qui doit permettre l'accès à un médecin de permanence.

Cette sectorisation doit :

- être simple et lisible pour l'ensemble des acteurs.
- Respecter les règles de sécurité tant pour le patient que pour les médecins, en terme d'accès et de délai de réponse notamment;
- Tenir compte du nombre de médecins en situation d'assurer la PDS.

Selon la même procédure, la sectorisation peut être adaptée sur certaines périodes de l'année ou sur certaines plages horaires pour répondre à une situation particulière et permettre, compte tenu de variations d'activité ou de caractéristiques épidémiologiques, de regrouper 2 ou 3 secteurs ou à l'inverse de les diviser.

La PDS en médecine ambulatoire est assuré par un seul médecin.

4.1.1.2 Tableau départemental de la permanence

4.1.1.2.1 L'inscription au tableau départemental de permanence

- ORGANISATION :

Le tableau départemental de PDS est nominatif et permet d'identifier du coup le médecin de permanence sur chaque secteur.

Il est composé de l'ensemble des tableaux de secteurs.

Les coordonnées, régulièrement remises à jour, des praticiens et associations de médecins de permanence qui participent au dispositif doivent être annexées au tableau départemental.

Des associations de PDS peuvent participer à ce dispositif .Cette association peut être inscrite au tableau départemental de permanence, sans avoir à préciser sur le tableau le nom du médecin dévolu à la PDS.

Dans ce cas, elle adresse préalablement au conseil de l'ordre des médecins la liste nominative de ses médecins y participant, afin que le conseil départemental de l'ordre vérifie l'inscription de ces praticiens au tableau de l'ordre.

L'association qui participe à la PDS en médecine ambulatoire garantit qu'un médecin répond **OBLIGATOIREMENT** pour chaque secteur concerné aux demandes de soins non programmés transmises par la régulation médicale .

Cette procédure décrite ci-dessus est également applicable à la participation des médecins salariés des centres de santé à la PDS.

– MISSIONS DU MEDECIN DE PERMANENCE:

L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale préalable.

Le médecin inscrit au tableau de permanence doit s'engager à répondre aux sollicitations des médecins régulateurs durant toute la durée de sa permanence.

Il doit être joignable et, sauf organisation particulière définie par le cahier

des charges, prendre en charge le patient dans les meilleurs délais, en cabinet, en Maison Médicale de Garde, au domicile du patient le cas échéant ou dans tout autre lieu de son choix.

Il doit tenir informé le centre de régulation médicale du devenir du patient. Il participe à l'information de la population relative au bon usage de l'offre de soins.

4.1.1.2.2 Élaboration du tableau départemental de permanence

Un tableau nominatif des médecins de permanence est établi par secteur pour une durée minimale de 3 mois.

Ce tableau est transmis 45 jours avant leur mise en œuvre au conseil départemental de l'ordre des médecins pour qu'il soit validé et complété le cas échéant (après avis des organisations départementales représentant des médecins libéraux et des centres de santé concernés).

A noter que des exemptions de permanence peuvent être accordées par le conseil départemental de l'ordre des médecins.

Elles tiennent compte de :

- L'âge voir de l'état de santé du médecin.
- Des conditions d'exercice de certains médecins .

Dix jours au moins avant sa mise en route (article R.731 alinéa 3 du code de la santé publique) le conseil départemental de l'ordre des médecins transmet le tableau de permanence:

- Au Préfet
- Au SAMU
- Aux médecins concernés
- Aux caisses d'assurance maladie
- Ainsi que sur demande:

-Aux organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux représentés au niveau départemental

-Aux acteurs intervenant dans la prise en charge de l'urgence et des soins non programmés.

Remarque: A noter que si le tableau demeure incomplet, le préfet (informé par le conseil départemental de l'ordre des médecins) peut procéder à des réquisitions. A cette fin le conseil départemental de l'ordre des médecins transmet les noms et coordonnées des médecins faisant l'objet d'exemption de permanence.

Si le délai imparti au préfet ne lui permet pas de notifier sa réquisition par courrier recommandé 15 jours avant celle-ci au médecin concerné, la réquisition est signifiée par les forces de l'ordre.

4.1.2 LOIS ET OBLIGATIONS MEDICO-LEGALES

Face à l'urgence, le médecin généraliste est avant tout un citoyen soumis comme d'aucun à l'article 223-6, 2ème alinéa du code pénal :(11)

« Sera puni des mêmes peines (cinq ans d'emprisonnement et de 75000 euros d'amende », quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui ou un tiers, il pourrait lui prêter, soit par son action personnelle, soit en provoquant un recours. »

Le terme « quiconque » sous entend que le délit de non assistance à personne en danger ne concerne pas que les médecins, cependant l'analyse de la jurisprudence permet de conclure que les poursuites engagées sur ce fondement ont principalement visées les médecins.

Le « péril » n'est pas défini par la loi mais il est considéré par les juges comme un état dangereux ou une situation critique (en réalité ou en apparence) qui fait craindre de graves conséquences.

Il appartient au médecin de juger, « sous le contrôle de sa conscience et des règles de sa profession », si la personne pour laquelle il est sollicité est réellement en péril et nécessite son intervention en urgence. Nous conviendrons que cette appréciation est particulièrement délicate lorsque le médecin est contacté par téléphone (situation la plus courante pour le médecin de garde) et qui pose le véritable problème de la gestion de sa ligne téléphonique (répondeur ou pas).

Le médecin généraliste est également et surtout un professionnel de santé qui doit connaître et appliquer les articles du code de déontologie :

- Article 9 (article R.4127-9 du code de la santé publique)

« Tout médecin qui se trouve en présence d'un malade ou d'un blessé en péril ou, informé qu'un malade ou un blessé est en péril, doit lui porter assistance ou s'assurer qu'il reçoit les soins nécessaires »

- Article 69 (article R.4127-69 du code de la santé publique)

« L'exercice de la médecine est personnel; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes ».

4.1.2.1 La permanence des soins devient une mission de service public (article L6314-1 du code de la santé publique)(12)

Cette modification répond à une proposition faite par le Conseil National de l'Ordre des médecins le 27 janvier 2006 au ministre de la Santé (cf. notre lettre-circulaire du 24 février 2006) et va permettre aux médecins qui participent à la permanence des soins de bénéficier de la protection juridique de l'Etat quelque soit leur statut.

Cette mesure bénéficie tout autant aux médecins effecteurs, qu' aux médecins régulateurs et que, s'agissant de ces derniers, elle concerne aussi bien les médecins régulateurs exerçant au sein des centres 15 que les médecins régulateurs exerçant au sein de centres de régulation libérale.

S'il faut y voir l'importance que le parlement accorde au rôle joué par les médecins libéraux dans la permanence des soins, cette disposition a également des implications pratiques immédiates.

C'est ainsi que l'ensemble des médecins considérés bénéficiera de la protection de l'état d'une part pour les dommages subis à l'occasion de leur mission (accident, agression....) et d'autre part pour les dommages causés dans le cadre d'une activité médicale de permanence des soins.

Dans ce dernier cas, l'indemnisation des victimes ne relèvera pas du praticien mis en cause et de son assureur mais de l'état qui devra être appelé en garantie .

Enfin, du point de vue ordinal et compte tenu de la rédaction actuellement en vigueur de l'article L4124-2 du code de la santé publique, seul le ministre chargé de la santé, le représentant de l'Etat dans le département et le Procureur de la République pourront traduire le médecin de garde devant la juridiction ordinaire, pour d'éventuels manquements à la déontologie commis dans leur activité de permanence des soins.

Les débats parlementaires ont promu la mission de service public comme une des conditions permettant de garantir le maintien et le développement du volontariat des praticiens.

4.1.2.2 La mission de permanence des soins est étendue aux médecins non-conventionnés

Il s'agit d'une demande ancienne du Conseil National de l'Ordre des médecins .

Elle est aujourd'hui satisfaite par le parlement qui, dans l'article L6314-1 du code de la Santé publique, fait figurer les médecins non-conventionnés (par renvoi à l'article L162-5-10 du code de la sécurité sociale) à la permanence des soins.

Conformément, là encore, aux demandes du Conseil National de l'Ordre des Médecins, un arrêté fixera les modalités d'indemnisation des astreintes de ces praticiens . Les actes qu'ils effectueront seront pris en charge dans les mêmes conditions que s'ils avaient été conventionnés.

La loi va ainsi permettre à tous les praticiens qui aujourd'hui sont inscrits sous la rubrique « remplaçant professionnel » ou encore, aux praticiens retraités qui le souhaitent, de participer à la permanence des soins comme effecteurs ou régulateurs.

Elle met un terme à des difficultés qu'un nombre important de conseils départementaux avaient signalées.

Ces praticiens pourront être inscrits en tant que tels sur le tableau de permanence des soins tenu par le conseil départemental et ainsi percevoir directement les astreintes liées à cette activité.

4.1.2.3 La permanence des soins étendue au samedi après-midi

Ces dispositions avaient été annoncées par le ministre de la santé et deviennent aujourd'hui effectives avec la parution du décret du 22 décembre 2006.

Cette extension n'est pas automatique et pourrait ne concerner qu'une partie des secteurs du département.

Elle doit figurer dans le cahier des charges du département .

Dans un certain nombre de départements, des actions ont été entreprises afin d'anticiper sur cette extension qui est d'ores et déjà mise en place.

La disposition réglementaire ne concerne pas que le samedi après -midi, mais le lundi lorsqu'il précède un jour férié ou le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié .

4.1.2.4 La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du SAMU

Lorsque cette participation n'est pas limitée aux seules plages horaires de la permanence des soins, le cahier des charges de la permanence des soins doit en préciser les modalités.

Là aussi cette disposition permet de répondre à des difficultés qui ont été rencontrées dans un certain nombre de départements.

4.1.2.5 Les gardes administratives

Des innovations législatives et réglementaires ont été prises par le Conseil National de l'Ordre des médecins afin de clarifier la question des gardes administratives et plus particulièrement la sollicitation des médecins de permanence des soins aux examens de garde à vue.

Le 13 avril 2006, le Conseil National a informé de la participation du conseil National de l'Ordre des médecins à l'intervention du médecin en garde à vue initié par le ministère de la justice.

Comme le Conseil national de l'Ordre des Médecins l'a toujours considéré, l'intervention de médecin en garde à vue ne relève pas de la permanence des soins.

L'organisation des gardes administratives devraient donc être distincte de celle de la permanence des soins.

4.2 ETAT DES LIEUX

La mise en place de la PDS s'est faite progressivement, non sans difficulté, fruit d'une succession de lois et décrets.

Elle met en jeu un grand nombre d'intervenants et reste au coeur du débat de société sur l'évolution de la médecine contemporaine .

L'état, avant de mettre en place de nouvelles réformes, a commandité la réalisation de deux évaluations différentes de l'organisation effective de la PDS : une par la DHOS, l'autre par l'IGAS.

4.2.1 LA PDS AU 30/04/04 PAR LA DHOS (13)

Le nombre total de secteurs est passé de 3559 à 3151. La grande majorité des départements a diminué le nombre de secteurs, par un agrandissement de leur taille géographique . Cela permet alors de diminuer la fréquence des gardes de chaque médecin sur place.

Le cahier des charges départemental est en cours dans 38 départements, il est élaboré dans 34, dont 25 validés par le CODAMUPS ; parmi ceux-là, 12 ont déjà fait l'objet d'un arrêté préfectoral.

- 58 % des médecins non exemptés participent à la PDS.
- 205 secteurs (sur 32 départements) ne sont pas couverts par un médecin effecteur.
- 386 secteurs (sur 41 départements) ne sont pas couverts par un effecteur après minuit.
- Pour la régulation libérale :
 - 1952 médecins libéraux participent à la régulation, sur 69 départements ayant déjà organisé une régulation libérale de la PDS.
 - Le statut des médecins libéraux participant à la régulation est : attaché dans 10 départements , libéral dans 48 départements (collaborateur occasionnel du service public, salarié du conseil général)
 - Dans 8 départements il existe une régulation libérale permanente , 24 h sur 24.
 - Les plages horaires de présence pour les autres départements sont principalement en semaine de 19 h à minuit, le week-end du samedi 13 heures au dimanche minuit.
 - La régulation des appels de la permanence des soins est organisée par des médecins libéraux au sein des locaux du centre 15 dans 37 départements.
 - La régulation des appels de la permanence des soins est organisée dans des locaux distincts du centre 15 dans 12 départements .
 - Il n'existe pas de régularisation organisée et individualisée des appels relevant de la PDS dans 15 départements . La régulation des appels de PDS est effectuée par le SAMU dans 59 départements dont 45 sont organisés avec la participation des médecins libéraux.

4.2.2 RAPPORT DU DR JEAN-YVES GRALL (14)

En juillet 2006, le rapport du Docteur Grall sur les Maisons Médicales de Garde est remis au ministre de la santé .

Ce rapport montrait la pertinence de ce mode de réalisation de la Permanence Des Soins qui permet notamment de ré-impliquer les médecins libéraux dans la Permanence des Soins, une meilleure prise en charge de la filière des soins non programmés en déchargeant les services d'urgence hospitaliers, de contribuer à une re-médicalisation des zones rurales . Les préconisations ont été reprises par une circulaire spécifique en 2007.

Cette forme d'organisation doit répondre à certains critères d'implantation, d'effectifs, de période d'ouverture et de relation avec les structures hospitalières.

Une Maison Médicale de Garde se définit comme un lieu fixe déterminé, de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la PDS et assurant une activité de consultations non programmées.

Elle découle directement de l'évolution des modes de consommation des soins par la population, de la démographie des médecins et de la nouvelle structuration de la Permanence Des Soins Ambulatoire .

Il est recommandé que la Maison Médicale de Garde soit de préférence située proche d' une enceinte hospitalière d'une structure d'urgence ou de services publics assurant une permanence de sécurité (pompiers, gendarmerie, police)

En milieu rural, elle peut se situer au sein d'un hôpital local, d'un EHPAD (Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes), ou d'une maison de retraite .

L'évaluation du besoin d'une Maison Médicale de Garde s'effectue à partir des besoins de soins constatés pendant les périodes de PDS, et sur l'importance de l'offre hospitalière (notamment l'activité et la localisation des services d'accueil d'urgences) et libérale organisée sur les secteurs.

L'accès de la Maison Médicale de Garde doit être de préférence régulé préalablement par la régulation des appels de PDS mentionnée à l'article R.6315-3 du code de santé publique.

Le 15 doit être privilégié comme numéro d'appel.

Un accès direct peut toutefois être accepté au vu de la situation locale.

Si la Maison Médicale de Garde dispose d' un numéro propre, une

interconnexion est mise en place avec le centre 15 et un protocole d'utilisation de ce numéro spécifique est élaboré pour garantir une communication claire autour du dispositif général de la Permanence Des Soins.

4.2.3 EVALUATION DU NOUVEAU DISPOSITIF DE PDS PAR L'IGAS

Dans ce rapport publié en Mars 2006, l'organisation de la PDS est décrite comme « inachevée ». Elle s'est bien étendue sur le territoire , mais son implantation reste parfois fragile. Des disparités de couverture médicale subsistent sur le territoire.

De plus, les décideurs pour l'organisation d'une permanence des soins pertinente et efficace sont encore trop nombreux, ce qui est source de complications voire de conflits.

Les auteurs du rapport proposent d'en simplifier le pilotage, aussi bien sur le plan décisionnel que sur le plan financement.

4.3 RAPPORT D'INFORMATIONS DE L'ASSEMBLEE NATIONALE D'OCTOBRE 2008 SUR LA PDS (15)

Le rapport innovant du Docteur Jean-Yves Grall de 2007 fait l'objet d'un certain consensus au sein des professionnels de santé, mais il n'est pas proposé de remettre en cause ses orientations . Il importe d'utiliser l'opportunité offerte par les prochaines agences régionales de santé pour remettre à plat l'organisation de la permanence des soins en France , en mettant fin à la double dichotomie financeur / organisateur (assurance maladie / représentant de l'état dans le département) et médecine ambulatoire / hôpital .

4.3.1 UNIFIER ET SIMPLIFIER LE PILOTAGE DE LA PERMANENCE DES SOINS SOUS L'EGIDE DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE

Au lieu d'un pilotage départemental, il est proposé de confier au directeur de l'agence régionale de santé la responsabilité d'arrêter les modalités d'organisation et de financement du service public de permanence des soins. Les acteurs du système de soins seraient associés au sein d'une instance de concertation regroupant les acteurs régionaux et départementaux. L'Ordre des médecins, recentré sur un rôle déontologique, serait naturellement représenté.

Avec les schémas des offres de soins hospitalière et ambulatoire, l'agence régionale de santé définira un schéma régional unique de l'aide médicale urgente et de permanence des soins. La frontière entre ces notions étant peu lisible pour l'utilisateur et la mutualisation des ressources étant recherchée (relais des services d'urgences en nuit profonde). Le schéma sera décliné à l'échelon départemental pour prendre en compte les spécificités territoriales.

Le directeur de l'agence régionale de santé doit disposer de deux moyens d'actions: Une enveloppe financière régionale et la contractualisation.

Tout d'abord, dans un contexte de volontariat des médecins libéraux et de situations locales diverses, ce directeur doit pouvoir fondre les différentes sources de financement, conventionnelles ou non, de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins. A cet égard, il est indispensable d'appliquer l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 devant permettre l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération de la permanence des soins par une globalisation des financements. Ces expérimentations seraient réalisées dans les régions où la permanence des soins fonctionne mal, et généralisées en cas de succès.

En second lieu, en remplacement de tableaux d'astreinte erratiques, l'agence régionale de santé et les intervenants (médecins, associations de médecins généralistes, maison médicale de gardes, établissements hospitaliers publics et privés, centre hospitalier universitaire responsable

de l'aide médicale urgente, pompiers, transporteurs, spécialistes) doivent par contrat fiabiliser la permanence des soins. Si cette contractualisation restait problématique, il pourrait être envisagé d'imposer aux médecins s'installant dans des zones denses (souvent déjà couvertes par SOS Médecins et les urgences) de réaliser des astreintes en zone déficitaires ou de participer à la régulation médicale. Le basculement sur les services d'urgence en nuit profonde fera systématiquement l'objet d'une convention. Les médecins volontaires bénéficieront de mesures incitatives (baisses de cotisations, points de retraites).

4.3.2 FAVORISER LA MUTUALISATION DES RESSOURCES ET LA COLLABORATION ENTRE PROFESSIONS DE SANTE

Outre les nouvelles modalités de financement et la possibilité de sortir du paiement à l'acte, il faut lever les obstacles (statutaires, assurantiels, de cotisations ...) à la mobilisation des médecins ou anciens médecins pour la permanence des soins ambulatoire, après évaluation des pratiques professionnelles: médecins thésés non installés, médecins salariés des centres de santé et de la médecine du travail, bénéficiaires du mécanisme de cessation anticipée d'activité et jeunes retraités, internes en médecine générale, praticiens hospitaliers, médecins miniers....

Les périodes de la permanence des soins seront dissociées pour une meilleure adaptation aux besoins. En nuit profonde, le recours au secteur hospitalier d'urgence semble plus pertinent compte tenu du nombre réduit d'actes.

Les sorties incompressibles liées aux actes médico-administratifs ou en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes pourraient être effectuées par des internes mobiles sur des secteurs élargis avec des temps de trajet plafonné au-delà desquels d'autres solutions devraient être mises en place: maison médicales de garde, hôpital local ...

Pour les autres périodes, les maisons médicales de garde constituent un outil majeur qui doit se fonder sur un projet préalable des professionnels et s'articuler aux structures sanitaires existantes.

Des médecins de SOS médecins pourraient par contrat compléter ce dispositif dans des zones péri-urbaines.

La sectorisation établira une cohérence avec les gardes pharmaciennes, ambulancières, dentaires si elles existent, et avec le service mobile d'urgence et de réanimation.

Une mise à disposition dans la maison médicale de garde de médicaments de première nécessité est à envisager. Un renforcement de la coopération entre les différentes professions de santé doit être recherché, notamment par la délégation de tâche au profit de pharmaciens ou d'infirmiers.

A défaut de mise en place du dossier médical personnel, il serait souhaitable de rendre accessible aux médecins régulateurs et effecteurs le dossier pharmaceutique pour leur permettre de consulter l'historique des médicaments délivrés au patient.

4.3.3 RENFORCER LA REGULATION MEDICALE, CLE DE VOUTE DU SYSTEME

L'association de régulations libérale et hospitalière dans des locaux contigus permet un meilleur partage des données qu'une interconnexion entre deux centres différents .

Une généralisation progressive est souhaitable, comme un numéro d'appel unique identique sur l'ensemble du territoire voire concerté avec les états voisins . L'expérimentation de plates-formes communes 15/18 doit être encouragée . Les actes générés par des appels à d'autres numéros ou non régulés ne doivent pas donner lieu à des majorations au titre de la permanence des soins ni faire l'objet de la même prise en charge pour le patient.

Tous les centres 15 ne sont pas dimensionnés à hauteur des besoins : il faut poursuivre le plan de remise à niveau engagé. Le permanencier auxiliaire de régulation médicale, collaborateur indispensable des médecins régulateurs, doit faire l'objet d'une véritable reconnaissance à travers la définition d'un profil de formation et d'un statut .

Un meilleur suivi des appels de la population doit être organisé, qui rendra plus facile une évaluation du système : rappel systématique du patient une heure après en cas de conseil médical comme dans les centres anti-poison, modification de la législation sur les communications et

croisements d'informations entre centres 15, urgences et maisons médicales de garde . La prescription téléphonique, qui se développe avec le conseil médical, doit être sécurisée sur la base de bonnes pratiques définies par la Haute Autorité de Santé, et les liaisons avec les pharmacies de garde améliorées .

4.3.4 AGIR SUR LA FORMATION: RASSURER ET MIEUX PREPARER LES ETUDIANTS A LA MEDECINE DE PREMIER RECOURS ET A L'EXERCICE DE LA PERMANENCE DES SOINS

Il est nécessaire de généraliser dans les facultés le stage de médecine générale de deuxième cycle, obligatoire depuis 2006 . De nouveaux terrains de stages hors des villes doivent être favorisés . En troisième cycle ,une formation théorique sur la permanence des soins, actuellement inexistante dans le cursus, serait délivrée aux internes de médecine générale . De même, il faudrait former les internes en médecine générale à la théorie et à la pratique de la régulation . Des structures comme SOS médecins doivent être agréées comme terrain de stage ambulatoire . Enfin, les internes n'effectuent pour l'instant que des gardes hospitalières, une expérience de garde ambulatoire serait indispensable;

Pour permettre une adéquation des postes pourvus aux besoins en médecine générale de premier recours, il serait souhaitable que la médecine générale constitue la moitié des postes proposés et que les résultats de l'examen classant national soient proclamés après validation des stages de second cycle . Pour favoriser la répartition des médecins sur le territoire et éviter la surenchère entre régions, l'État peut proposer des bourses d'études contre promesse d'installation en zone noire . La nouvelle filière universitaire de médecine générale (section « médecine générale »au conseil national des universités, adaptation du statut de professeur d'Université à une activité libérale et titularisation de généralistes) doit être une priorité pour attirer les étudiants . La médecine de premier recours mérite reconnaissance et valorisation .

4.3.5 RENFORCER L'INFORMATION ET L'EVALUATION

Le dispositif fiabilisé, il convient de renforcer la communication envers la population, qui devra faire évoluer ses habitudes avec le développement du conseil médical et de points fixes de garde . Une pédagogie simple et claire, éventuellement au moyen de spots publicitaires voire de mesures coercitives à l'encontre du patient oublieux de procédures, paraît indispensable .

Il convient également de renforcer les outils statistiques de la permanence des soins , aujourd'hui centrés sur les seuls éléments donnant lieu à paiement par l'assurance maladie et dépourvus par exemple d'indicateurs sur les délais d'accès ou d'attente de la population . UN observatoire pourrait centraliser les données et évaluer le dispositif au regard des besoins .

4.4 ROLES ET INFLUENCES DES DIFFERENTS INTERVENANTS

4.4.1 PREFETS: POUVOIR DE REQUISITIONS

Le bon fonctionnement du dispositif reste lié à l'historique de la sectorisation, à ses réalités humaines et sociales, à l'implication du conseil départemental de l'Ordre des médecins, à l'existence de leaders volontaires capables de mobiliser leurs confrères, ou à l'aptitude des médecins à s'organiser, dans le cadre notamment d'une association, et à se fédérer autour d'un projet de territoire.

D'une façon générale, selon le Conseil National de l'Ordre des médecins en 2008, le pourcentage de volontaires est supérieur à 60 % dans 81 % des départements. Ce chiffre n'est cependant qu'une moyenne, qui ne reflète pas les fortes disparités territoriales et temporelles. Le désengagement des médecins est plus marqué dans les zones urbaines,

zones déjà couvertes par des associations spécialisées de type SOS Médecins et par une offre hospitalière assez dense.

Pour remédier à ces carences, reste alors le pouvoir de réquisition du préfet. Selon le rapport précité établi par le député Philippe BOENNEC sur la permanence des soins, « le nombre de départements dans lesquels une ou plusieurs réquisitions a été effectuée dans l'année s'est élevé à 41 en 2007, chiffre à peu près équivalent à celui de 2006. La dernière enquête menée par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins du ministère de la santé recensait 4539 réquisitions sur la période d'août 2006 à mars 2007 et révélait que dans les départements où la réquisition a été utilisée, il y en a eu en moyenne 15 par mois . Les deux tiers des réquisitions ont été prises pour la couverture des secteurs de nuit profonde. »

La réquisition se révèle généralement un outil inadapté à la résolution de situations structurelles.

Très mal vécue par les professionnels, source de contentieux, de batailles syndicales féroces et nécessitant parfois la mobilisation des forces de l'ordre, elle reste d' un maniement très délicat, qui peut parfois compromettre tout dialogue avec les professionnels de santé pour l'avenir et faire disparaître le peu de volontariat qui reste dans les secteurs voisins. Elle a même contribué dans certains départements aux départs anticipés de médecins.

4.4.2 RÔLE DU CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS (12)

Le Conseil National de l'Ordre des Médecins réuni en séance plénière le 27 janvier 2006 présente huit propositions au ministère de la santé pour l'organisation de la permanence des soins.

Elles correspondent pour la plupart à des positions déjà exprimées par le Conseil national; comme vous le verrez elles sont opérationnelles et peuvent toutes être mise en place en 2007.

Elles s'appuient sur deux priorités :

- . Anticiper le vieillissement des médecins généralistes, les départs non compensés par de nouvelles installations dans les zones déjà fragiles.
- . Faire confiance aux acteurs de la permanence des soins pour trouver les solutions adaptées localement et donner une priorité absolue aux solutions concertées sous l'égide des conseils départementaux.

Quelles sont les évolutions indispensables :

- . La permanence des soins, mission de service public.
- . La permanence des soins, activité médicalement régulée.
- . La permanence des soins repose sur la complémentarité des secteurs.
- . La permanence des soins doit reposer sur la consultation et non la visite.
- . Soutenir les maisons médicales de garde créées à l'initiative des médecins et adaptées aux besoins de la population.
- . La permanence des soins doit s'étendre aux samedis après-midi.
- . La logistique de la permanence des soins doit bénéficier d'un financement pérenne, transparent et adapté aux besoins de la population.
- . Intensifier l'information des patients sur le bon usage de la permanence des soins.

4.4.3 LES AGENCES REGIONALES DE SANTE, SIGNATAIRES ET ANIMATEURS DE LA SANTE

La création des ARS résulte de la volonté de mettre en place un pilotage régional de l'offre de santé, dans sa globalité en y incluant les soins ambulatoires et le médico-social.

Les ARS vont devoir s'imposer comme l'autorité sanitaire régionale unique, en lieu et place, des institutions éparses qui existaient auparavant (ARH, DRASS, DDASS, URCAM, Missions Régionales de Santé....).

La création d'un lieu unique pour développer au niveau régional une offre de santé est une réelle opportunité pour la médecine de proximité et constitue une chance pour les professionnels.

Encore faut-il que diverses conditions d'efficacité soient remplies et que soient articulées les décisions qui relèvent du niveau national et celles à prendre localement.

4.4.3.1 Donner pleine compétence aux ARS sur la gestion du risque (15)

Les ARS font la synthèse du programme national du risque et peuvent y rajouter leurs propres thèmes. Les ARS élaborent ainsi, le Programme Régional de Gestion de Risque qui est le fruit de ces deux niveaux de priorités.

Cette démarche est indispensable car effectivement nous avons peu en France cette culture de la gestion des risques, approche faite d'analyses fines de l'état de santé de certaines populations puis d'actions et outils déployés, l'ensemble permettant l'amélioration de l'état de santé et concourant donc à une diminution des facteurs de risque.

Souvent utilisée pour « habiller » ce qui est fait de la maîtrise médicalisée des dépenses, la gestion du risque relève d'une autre ambition dont il est de la responsabilité des ARS de la satisfaire.

Cela impose une politique concertée forte entre les ARS et les services d'Assurance Maladie au niveau régional.

4.4.3.2 Mieux identifier le rôle de la coordination nationale des ARS

En parallèle à la création des ARS, a été institué un Conseil national de pilotage des ARS présidé par les ministres chargés de la santé, de l'assurance maladie des personnes âgées et des personnes handicapées. Ce conseil est composé des directeurs d'administrations centrales concernés et des directeurs des caisses nationales des trois régimes ainsi que de celui de la CNSA.

Il est prévu que ce conseil formule des orientations générales sur les politiques et les mesures mises en oeuvre par les ARS, veille à la cohérence des objectifs et du contenu des politiques et les mesures mises en oeuvre par les ARS, établisse des recommandations dans la répartition des financements attribués aux agences dans un but de réduction des inégalités entre régions.

C'est ainsi que devraient être, par exemple, harmonisés :

- .Les règles qui vont présider à l'édification du SROS ambulatoire.
- .La définition des zones fragiles
- .La méthodologie de recensement des professionnels de santé sur les territoires
- .Les critères d'exigibilité aux financements des MSP et PSP et leurs montants.....

Il convient d'insister sur le fait que si cette coordination nationale doit être présente pour éviter les écarts de politiques ou d'objectifs trop importants entre régions, elle ne doit cependant pas constituer une enclave à la souplesse nécessaire au développement des initiatives des promoteurs de projets locaux.

4.4.3.3 Donner une vraie marge d'autonomie aux ARS

Les ARS planifient les activités de soins et aident à les mettre en place.

En revanche, les ARS auront la possibilité de travailler avec les collectivités locales sur des projets et des financements qui leur

permettront de mettre en place des dispositifs ne figurant pas dans les clauses conventionnelles .

Le rôle des ARS ne doit pas se limiter, comme par le passé, aux structures qui préexistaient aux ARS, à accompagner quelques expérimentations.

Elles doivent assumer un rôle réel de pilotage et de coordination des parties prenantes pour aider les professionnels de dans leurs initiatives . Mais elles ne doivent pas à contrario se substituer à ces derniers . Faciliter ne signifie pas faire à sa place.

Volontairement, nous ne développerons dans ce texte les instruments juridiques dont disposent les ARS pour conduire la politique régionale de santé , instruments qui ont été largement décrits lors de la discussion de la loi HPST.

Néanmoins, pour assurer au SROS ambulatoire, légitimité et efficacité, il est indispensable de veiller à partager les diagnostics de besoins et le bilan de l'offre de santé avec les professionnels concernés, aussi longs et complexes soient ces travaux en raison de l'insuffisance d'outils de mesures fiables.

4.4.3.4 Doter les ARS des moyens humains et financiers nécessaires à la conduite des politiques territoriales

Les ARS ont intégré des personnels venant de diverses administrations et pour certains de l'Assurance Maladie. Si un bon nombre de ces personnes maîtrisent les arcanes du secteur hospitalier et du médico-social du fait de leurs anciennes responsabilités, bien peu connaissent de l'intérieur le secteur ambulatoire. En effet, ce dernier n 'a de tout temps eu pour interlocuteur que l'assurance maladie, le seul outil de régulation de l'exercice des libéraux étant les conventions nationales négociées entre syndicats et organismes d'assurance maladie.

Or, ce sont les ARS qui sont les chevilles ouvrières des futurs regroupements des professionnels de santé.

La mission estime indispensable que les ARS se voient reconnues un rôle de « guichet unique » et pour cela soient dotées des compétences nécessaires, notamment celles déjà évoquées d'ingénierie de projet .

Enfin il faut rappeler que, indépendamment du soutien à la création de 250 maisons médicales annoncé par le Président de la République, l'ARS dispose du FIQCS (Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins) pour aider les promoteurs de maison médicales qui s'engagent à respecter un cahier des charges .

Il pourrait être envisagé à terme de créer un fonds national, alimenté par les gains d'efficacité obtenus sur l'hospitalisation grâce à ces nouveaux modes d'exercice professionnels et qui financerait l'exercice regroupé et coordonné de la médecine ambulatoire à l'instar des enveloppes MIG-AC (Missions d'Intérêt Général – Actions Contractuelles) pour l'hôpital.

Dans cette perspective et à titre d'amorçage, il pourrait être envisagé sans attendre, la fongibilité des fonds dont disposent les ARS pour accompagner les évolutions de l'offre de soins, fongibilité dont la logique voudrait qu'elle soit étendue également au MIG-AC . Nous insistons sur ce point mais ayons conscience que l'efficacité du secteur ambulatoire sert à améliorer celle du secteur hospitalier en réduisant le recours à celui-ci.

4.4.3.5 Privilégier la conclusion de contrats collectifs plutôt qu'individuels

La loi HPST donne aux ARS le pouvoir de passer des contrats individuels avec les professions de santé . Il est cependant à craindre que cette gestion individuelle des contrats ait l'effet inverse de celui recherché et suscite le rejet de ces procédures.

Il importe donc de privilégier la conclusion de contrats avec :

- Les unions régionales de professions de santé
- Les collèges spécifiques à chaque professions au sein des URPS
- Les regroupements de professions de santé type MSP ou PSP

4.4.3.6 Inscrire l'action des ARS dans la durée

Une condition essentielle d'efficacité des interventions de l'ARS résidera dans leur capacité à établir des Contrats Pluri Annuel d'Objectifs et de Moyens de longue durée, à l'instar de ce qui se fait avec les établissements de santé, contrats dont les engagements sont périodiquement évalués et dont la reconduction est naturelle si les résultats sont là.

De nombreuses initiatives de professionnels de santé ne vont pas jusqu'à leur terme en raison de l'absence de garantie de la pérennité des financements.

Il faut donc que les ARS disposent elles-mêmes de financements suffisants et pérennes pour consolider, dans le temps, les expériences et les dispositifs originaux mis en place selon les problématiques sociétales.

4.4.3.7 Faire des ARS le conseil des collectivités territoriales en matière de santé

Des relations étroites vont devoir exister avec les collectivités territoriales pour le maintien d'une offre de santé de proximité.

Si la concertation et l'information doivent présider aux relations avec les professionnels de santé, cette même approche doit être également adoptée avec les collectivités territoriales afin de les aider à mieux cibler leurs aides et en ajuster les montants.

En amont de la présentation de projets par les promoteurs, les ARS devront jouer un rôle de conseiller des collectivités territoriales dont on peut penser qu'il a fait défaut par le passé, quand on constate que certaines d'entre elles ont construit des maisons de santé qui n'ont jamais ouvert faute de professionnels pour y travailler.

5. ACTEURS DE LA PERMANENCE DES SOINS

5.1 LES MEDECINS GENERALISTES

Le médecin généraliste est bien sûr un acteur incontournable de la PDS .
Il s'agit pour le médecin traitant d'un devoir, mais aussi d'une obligation médico-légale.

La PDS est une mission de service public assurée par les médecins libéraux sur la base du volontariat, durant les heures de fermeture des cabinets médicaux et dont l'accès est régulé, soit par le centre 15, soit par une plate-forme de régulation libérale.

L'exercice des médecins généralistes est en constant remaniement.

Le premier facteur qui handicape actuellement et encore plus demain la PDS est l'insuffisance progressive, dans certains territoires, de la ressource médicale.

Une des solutions serait donc d'augmenter l'actuel vivier des médecins généralistes libéraux qui ont en charge la PDS par de nouvelles ressources médicales qui n'exercent pas en cabinet libéral :

- Les remplaçants
- Les médecins des centres de santé
- Les jeunes retraités, qui échapperaient ainsi à l'exercice contraignant en cabinet tout en maintenant une activité médicale de service public, répondant à leur souhait d'une charge de travail allégée
- Les internes, qui pourraient dans le cadre du SASPAS participer à la PDS.

A tout le moins, ces futurs médecins pourraient, si la demande en était faite par les libéraux du territoire, intervenir comme régulateurs ou au sein des maisons médicales de garde, leurs compétences les y préparant et ce d'autant plus qu'ils ne seraient pas seuls.

A partir de 1965, émerge progressivement SOS médecin qui est le premier réseau libéral des urgences médicales en France avec aujourd'hui 70 associations d'urgentistes libéraux et près d'un millier de médecins titulaires. Il couvre 60% de la population et est très sollicité en milieu

urbain et péri-urbain. Ces associations fonctionnent 24h/24 en étroite collaboration avec le SAMU.

Elles ont signé en 2005 une convention cadre avec le SAMU de France fixant les conditions de leur collaboration en matière de régulation médicale, d'intervention auprès du patient, de transport et d'hospitalisation en fonction des lits disponibles.

60% des appels reçus génèreraient un déplacement donnant lieu à un remboursement d'actes par l'assurance maladie.

5.2 LES PARTENAIRES DU MEDECIN GENERALISTE

5.2.1 LA REGULATION: LE CENTRE 15

Le centre 15 dispose de plusieurs médecins régulateurs (hospitaliers et libéraux selon les tranches horaires)

Les dispositions de l'article R732 du code de santé publique précise que :

« L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est 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 d'interconnexion sont définies par une convention conclue entre l'établissement hospitalier ou est situé le SAMU et l'association de permanence des soins »

L'article R 734 du code de santé publique précise aussi que:

« A la demande du médecin chargé de la régulation médicale ou du centre d'appel de l'association de permanence des soins, dans les conditions prévues à l'article R732, le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou par une visite »

Cette intervention fait l'objet d'une décision médicale conjointe entre le médecin régulateur et le médecin de permanence.

Le centre de régulation est tenu informé du devenir du patient.

Les tranches horaires couvertes par un médecin régulateur libéral vont, actuellement, de 18 h 30 à 8 h en semaine et H 24 les samedis, dimanches et jours fériés.

Un renforcement de cette régulation intervient sur les grands week-ends du mois de mai.

Quatre niveaux d'appel sont hiérarchisés en vue d'une réponse adaptée:
(16)

- NIVEAU 1 : Détresse ou Urgence Vitale; Réponse = SMUR.
- NIVEAU 2 : Urgence non vitale mais nécessité d'une prise en charge sans délai, en milieu hospitalier ou par un médecin urgentiste à domicile; Réponse = Ambulance privée ou, à défaut un VSAB, un médecin urgentiste
- NIVEAU 3 : demande nécessitant une rencontre avec un médecin dans un délai de l'ordre de 6 h; Réponse = Envoi du patient vers le médecin de permanence par ses propres moyens ou si impossible, par le VSL-Taxi. Idéalement, le médecin exercera sa mission sur un site dédié en un point judicieux du secteur. En cas de nécessité, le médecin se rend au domicile du patient. Dans ce cas, la régulation devra tenir compte de l'indisponibilité temporaire du médecin.
- NIVEAU 4 : Conseil téléphonique, contacter le médecin traitant le lendemain.

Les niveaux 1 et 2 relèvent de l'AMU et les niveaux 3 et 4 de la permanence des soins .

L'organisation de l'aide médicale permanente à la population (AMPP) se fait à partir d'un centre de réception des appels départemental au SAMU centre 15.

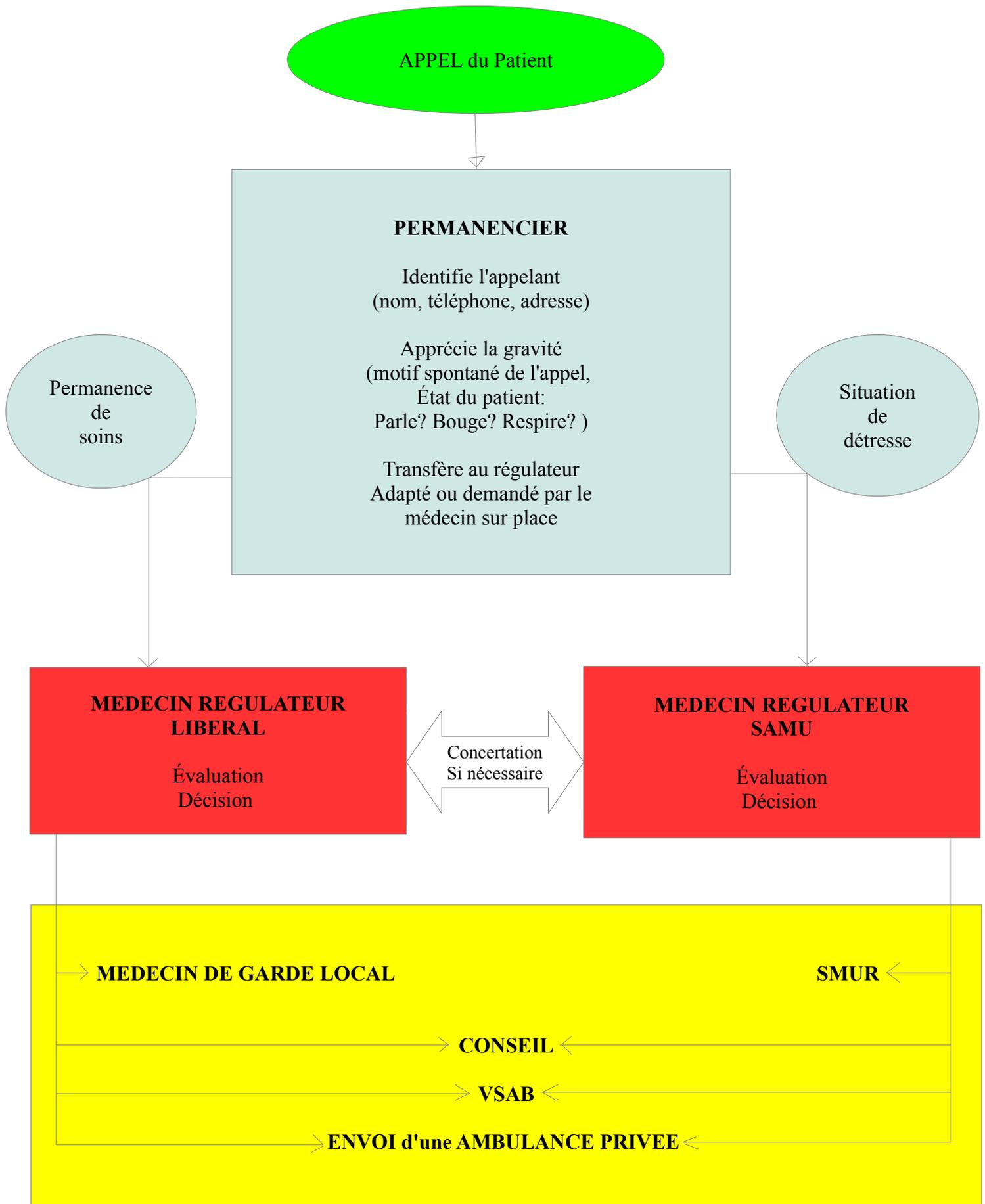
Cinq modalités de réponse peuvent être apportés à un appel :

1. Le conseil téléphonique par la régulation médicale
2. Une orientation vers une consultation de médecine générale dans un point fixe type MMG. Ceci peut nécessiter un moyen de transport particulier.

3. Le déplacement d'un médecin effecteur mobile
4. Le déclenchement du SMUR
5. Une orientation vers un service d'urgences par le moyen de transport adapté

Les SDIS, sollicités soit directement par la population (18) soit par la régulation médicale, participent au dispositif.

LE FONCTIONNEMENT DU CENTRE 15



SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente
VSAB: Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés
SMUR: Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

5.2.2 LES SITES D'ACCUEIL DES URGENCES D'UN CENTRE HOSPITALIER

Le Département de la Loire atlantique comporte 5 services majeurs hospitaliers d'accueil des urgences :

- Service des urgences du CHU de Nantes (l'un des plus importants services d'urgences de France avec 65000 passages par an)
- Service des urgences de saint Nazaire
- Chateaubriant
- Ancenis
- Upatou des NCN

5.2.3 LES POMPIERS (VSAB)

Le SDID 44 et principalement le SSSM c'est-à-dire le Service de Santé et de Secours Médical comporte entre autre 80 médecins et 129 infirmiers et participe en outre aux missions de secours d'urgences .

Celles-ci sont assurées par les médecins Sapeurs Pompiers de proximité ainsi que par les infirmiers opérationnels en garde sur les véhicules médicalisés.

5.2.4 LES AMBULANCES PRIVEES

Elles sont environ 200 sur la Loire-Atlantique . Une garde préfectorale, régulée par le centre 15, est en place.

5.2.5 AUTRES

La Police et/ou Gendarmerie peuvent être des interlocuteurs du médecin de garde, dans le cadre de procédures médico-légales (HDT et HO).

On peut également citer le Procureur de la République, en cas de signalement à débiter (maltraitance) par le biais d'un courrier faxé.

6. PROBLEMATIQUE

6.1 PROBLEMATIQUE SOCIETALE

6.1.1 EDUCATION DES PATIENTS (17)

Selon un rapport de la Haute Autorité de Santé, l'éducation thérapeutique fait partie intégrante de la stratégie de prise en charge des patients et elle doit être proposée à tous ces derniers selon un programme structuré et individualisé.

Dans l'exemple de l'asthme, les recommandations décrivent quatre étapes pour aider les patients à acquérir et maintenir des compétences d'auto-gestion de leur maladie dans une approche pluri-professionnelle:

1. Élaboration de diagnostic éducatif
2. Définition et négociation des compétences les plus utiles
3. Réalisation des activités éducatives
4. Évaluation des réussites et des difficultés de mise en œuvre, distinction entre suivi médical et suivi pédagogique

6.1.1.1 Éducation Thérapeutique

1. Savoir gérer sa maladie

Dans les maladies chroniques, le patient est confronté à un double impératif : D'une part savoir gérer sa maladie, c'est-à-dire surveiller quotidiennement son état, faire face aux signes d'alerte, se traiter, changer ses habitudes, et d'autre part, apprendre à vivre avec sa maladie .

2. Éducation thérapeutique et réseaux de santé

La loi « Hôpital, patients, santé et territoires » vient d'inscrire l'éducation thérapeutique dans le code de la santé publique et a publié un décret le 02/08/2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

3. Programme d'éducation thérapeutique du patient

Selon un rapport de l'ARS du 08/10/2010, « l'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient . Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie » (article L.1161-1 du code de la santé publique).

6.1.1.2 Éducation des patients sur les règles à respecter lors de l'accès aux soins

Pour un bon usage de la permanence des soins, il est nécessaire de respecter le parcours de soins, sauf situations d'urgences.

LA PRISE EN CHARGE IDEALE

Patient / Famille / Entourage éduqué

Urgence
« réelle »

Doute

Urgence
ressentie

ALERTE

15

Médecin de garde
Médecin de famille

Conseil
médical

S.P.

Ambulance
privée

SMUR

Urgence
réelle

Prise en charge
Urgence ressentie

Bilan

15

Bilan

Préparation
Accueil du patient

6.1.2 VOLONTE DES ELUS LOCAUX ET DES PREFETS

Selon le rapport GRALL d'aout 2007, « trouver un médecin » devient un sujet de préoccupation largement répandu dans la populations

6.1.2.1 L'inquiétude et l'incompréhension de la population et de ses élus sont patentes

Faute d'une information adaptée, l'incompréhension de la population surtout en dehors des zones urbaines est patente et la survenue très médiatisée d'accidents malheureux contribue à l'inquiétude générale.

L'impression de ne plus avoir accès aux soins, et en particulier aux médecins, est réelle, mais ce ressenti englobe à la fois la problématique de la démographie médicale, de la permanence des soins, de l'accès au médecin pour des certificats de décès.....

Le tout est aggravé par la mauvaise compréhension du dispositif de la régulation préalable par le centre 15.

Par exemple à la suite du décès d'une patiente dans le Finistère en Août 2005, le journal local (Télégramme de Brest) publiera quasiment quotidiennement des témoignages d'incidents du même ordre et des réactions de lecteurs faisant état de leur émotion et de leur inquiétude. Cette médiatisation est telle que chaque conseil municipal du Finistère adoptera, à la demande de la famille, une « motion pour une permanence des soins véritablement au service de la population ».

De nombreux incidents de ce type émaillent les colonnes des journaux, témoignant souvent de l'ignorance de la population dans le mode d'emploi du dispositif faute d'un dispositif fiable, stable et donc lisible ayant permis une information et une communication adaptées. A ceci se surajoutent les articles de la presse nationale ou régionale sur la difficulté de la démographie médicale (ex : Le Monde du 13/07/07) ou sur la rareté des médecins de garde (ex: Le Parisien du 16/06/2007).

Les élus sont aussi très sollicités soit par leurs administrés (ainsi les collectivités territoriales tentent-elles d'investir dans des locaux pour accueillir des médecins ou mettre en place des maisons médicales de garde), soit dans l'exercice même de leurs fonctions notamment pour les

actes administratifs comme les certificats de décès (il n'est pas rare que soit relaté, comme dans l'Yonne, le parcours du « combattant » de l' élu de garde pour trouver un médecin un dimanche ou un jour férié).

On signalera également les difficultés relatées dans les maisons de retraite et EHPAD.

Pour autant, les plaintes formalisées sont, outre les cas graves déjà cités, peu nombreuses. Il faut néanmoins se garder de sous-estimer ce qui s'apparente à une sous déclaration, d'ailleurs ce sont les effets indirects qui motivent les plaintes: attente au centre 15 ou dans les structures d'urgence, pharmacie de garde non en adéquation avec la garde médicale

Le baromètre des services publics BVA-Institut Paul Delouvrier: « Les services publics vus par leurs usagers » publié en juin 2007 montre bien d'ailleurs que le domaine de la santé publique est une préoccupation des Français et qu'ils attachent de l'importance à la notion d'attente dans les services d'urgences et à l'accès aux soins.

6.1.2.2 Des représentants de l'état désorientés

Les préfets de département, chargés de l'ordre public, de la sécurité et de la protection des populations et à ce titre responsables de la PDS, sont de plus en plus interpellés par les élus mais également par les autres administrations, exemple de la justice ou de la gendarmerie .Les procureurs s'émeuvent parfois officiellement comme à Nantes. Les représentants des SMUR font régulièrement état de sorties par défaut d'effecteur, par exemple dans les maisons de retraite ou pour la rédaction de certificats de décès. Enfin les services de police ou de gendarmerie, dans l'obligation de se rendre et d'attendre dans les services d'urgences pour des certificats administratifs divers, se sentent dans certains cas exagérément mobilisés.

Les réquisitions prévues en l'absence de tableau de garde rempli ou d'absence du praticien mobilisent les services de la DDASS pour un résultat parfois aléatoire d'autant plus qu'il n'a pas été rare de constater le refus de déférer à la réquisition de la part des médecins . La transmission au procureur devant ces refus de réquisitions est variable et si une suite est parfois donnée, il existe éventuellement condamnation des praticiens ou l'état est également parfois débouté devant les tribunaux (ex: Rhône, Finistère ...).

Néanmoins, devant l'importance de la mobilisation pour les services de la DDASS, voire de la gendarmerie, qu'imposent les réquisitions dans un tel contexte, la tendance est d'éviter ce processus, par ailleurs susceptible de mettre à mal l'autorité de l'état.

Tout ceci entraîne l'insatisfaction largement exprimée par nombre de préfets rencontrés mais aussi le découragement des professionnels qui exercent en milieu rural. En effet ceux-ci sont les moins nombreux, les plus âgés et les plus occupés par comparaison avec leurs confrères de ville qui n'ont pas les mêmes contraintes, la réquisition leur paraît injuste, car exclusivement faites auprès des seuls médecins du secteur concernés.

6.1.2.3 Une distinction artificielle entre ce qui relève ou non de la PDS, sans lien avec la réalité fonctionnelle

Il sera en effet objecté par certains , qu'on ne peut confondre PDS et actes médico-administratifs (constats de décès, hospitalisation sous contrainte, garde à vue ...), que les financements ne sont pas les mêmes, que le code de la santé publique est très clair sur ce point, et qu'il faudrait des médecins spécifiquement affectés à chaque fonction... Il s'avère néanmoins par exemple, comme cela est régulièrement rapporté, lors d'un décès à domicile le dimanche, que cette différence sémantique n'apparaît pas comme primordiale aux yeux de la population et de ses élus, qui ont simplement besoin d'un médecin disponible.

6 . 2 PROBLEMATIQUE PROFESSIONNELLE

L'augmentation de la demande de santé, la diminution de la densité médicale, la recherche de conditions et de temps de travail moins contraignants font se développer l'exercice de groupe.

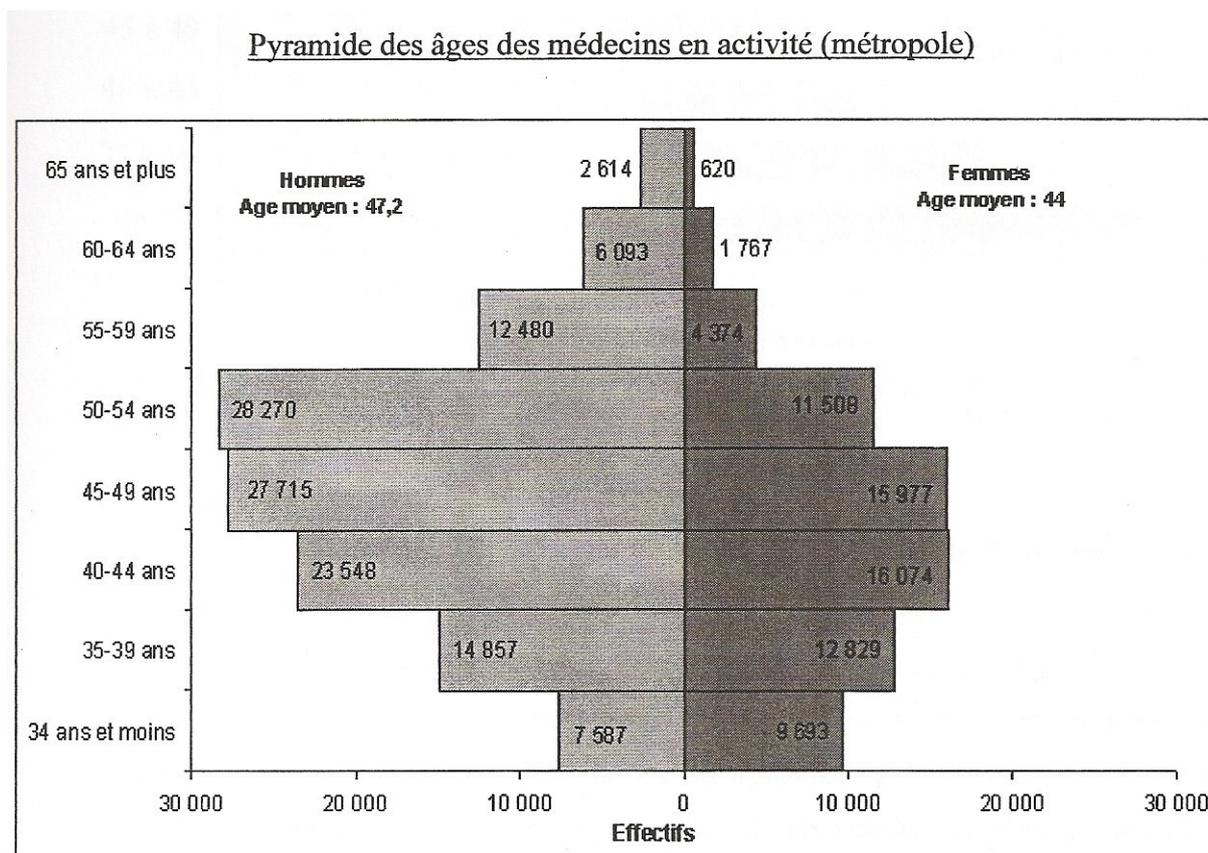
Dans le même temps, on prévoit une féminisation et un vieillissement marqués de la profession.

Les femmes médecins sont donc, en moyenne plus jeunes que leur confrères masculins, ce qui s'explique par la proportion majoritaire de femmes dans la tranche des moins de 35 ans.

6.2.1 VIEILLISSEMENT DES MEDECINS (18 et 19)

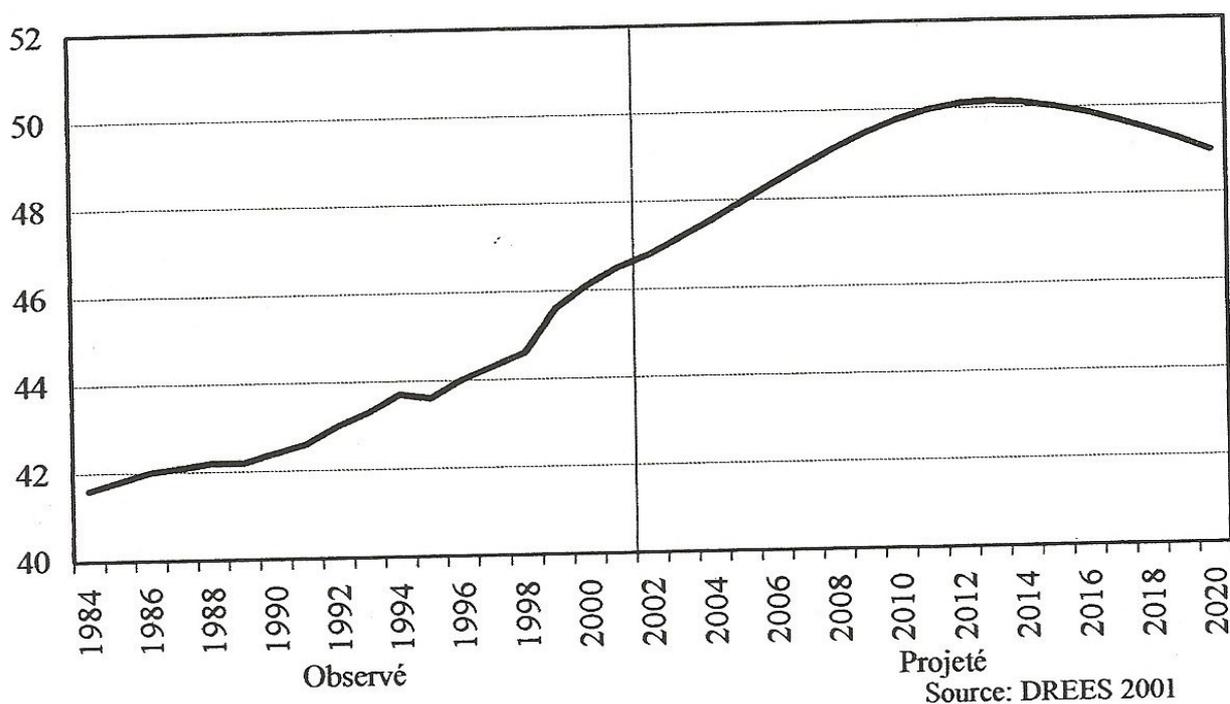
Au 1er janvier 2001, l'âge moyen des médecins en activité était de 46 ans (respectivement de 44 ans pour les femmes et 47 ans pour les hommes), cette moyenne a tendance à s'élever depuis plusieurs années, ce qui traduit un vieillissement marqué de la population médicale, confirmé par le rétrécissement à la base de la pyramide des âges des médecins en activité.

Actuellement, 60 % des praticiens sont âgés de 50 ans et plus.



Source CREDES, situation au 1^{er} janvier 2001

Évolution de l'âge moyen des médecins entre 1985 et 2020



6.2.2 FEMINISATION MEDICALE (21)

En 2009, 40,6 % des médecins généralistes sont des femmes, chiffre qui pourrait atteindre le taux de 56,4% en 2030 si la proportion de femmes médecins entrant dans la vie active reste constante.

La section Santé publique du Conseil Nationale de l'Ordre des Médecins a publiée en 03/2006 les résultats d'une enquête sur les femmes médecins et les étudiantes en médecine. (22)

L'enquête, menée en deux temps, d'une part de terrain auprès de 868 étudiants PCEM2 et 3eme cycle auprès de 6000 praticiens ayant dix à quinze ans de métier et d'autre part complétée par une analyse sociologique réalisée par une équipe de l'université de Lyon sur les femmes médecins de 34-40 ans et 40-45 ans.

On note plusieurs tendances:

Les femmes ont investis la profession, la médecine n'a commencé à se féminiser que depuis une quarantaine d'année: de 10 % en 1962, la féminisation est a plus de 40 % en 2010, et, dans certaines facultés, le taux d'étudiantes est de 64 %.

Les professions dites libérales sont celles qui connaissent une féminisation la plus importante car ce sont celles, qui, en principe, se prêtent le mieux à cet aménagement du temps de travail.

La féminisation de la médecine a favorisé une prise de conscience de la part des confrères masculins: ceux-ci ne travailleront plus dans les mêmes conditions que les générations antérieures et rejettent en bloc l'idée d'une disponibilité permanente, d'astreintes et ne souhaitent pas que leur conjointe les assiste en tant que secrétaire. L'équivalence entre disponibilité temporelle et qualité du travail ne va plus de soi chez les jeunes générations de médecins.

L'écart de temps de travail entre homme et femme est à l'avantage des hommes qui travaillent encore 12 heures de plus par semaine que les femmes.

Les femmes envisagent l'exercice en groupe à 90% alors que 22% des hommes veulent travailler seuls.

Le CNOM tenant compte des incidences de la féminisation et des conséquences sur l'activité médicale souhaiterait:

- Une poursuite de l'augmentation du numéris clausus. Celui-ci vient d'être augmenté, mais c'est la situation après 2015 qui préoccupe (la formation d'un médecin prend 12 ans en moyenne).
- Un développement du temps partiel ainsi que la création de « maisons de santé ». Une mise en place de nouvelles approches telle que l'exercice en multi-sites ainsi que le statut contractuel de collaborateur libéral ont déjà permis des avances importantes.
- Une évolution des choix des spécialités, évolution que la féminisation ne fait qu'accentuer, et à laquelle vient se combiner la problématique de la libre installation dans l'espace européen.

Une enquête réalisée par l'union régionale des médecins libéraux de Rhône-Alpes en oct 2003 est pertinente:

Ce travail, nommé « étude de la féminisation de la profession médicale et de son impact. Approche qualitative et quantitative », est basé sur un questionnaire envoyé à 1500 médecins (salariés, libéraux).

Dès l'introduction, on nous y annonce que « l'activité moyenne des médecins femmes n'est pas équivalente à celle des médecins de sexe masculin ».

Cette enquête s'appuie sur différents résultats:

1. Les hommes généralistes travaillent 53,8 heures par semaine contre 41,6 chez leurs consœurs.
2. En libéral, les hommes généralistes travaillent 9,3 demi-journées contre 7,6 chez les femmes.
3. Le nombre moyen de consultations hebdomadaires, toujours chez les généralistes libéraux, est de 101 chez les hommes, contre 83 chez les femmes.
4. Encore dans ce même échantillon, les hommes s'arrêtent 5,8 semaines par an contre 7 semaines chez les consœurs.
5. En ce qui concerne les visites à domicile, 87 % des médecins généralistes libéraux de sexe masculin en font contre 68 % des généralistes libéraux de sexe féminin.
6. 82,5% des hommes généralistes prennent des gardes contre 66 % des femmes généralistes .Les hommes font en moyenne 6,3 gardes de week-end et 29 de semaine par an, contre 3,4 garde de week-end et 15 de semaine chez les généralistes femmes.
7. 7 % des médecins généralistes hommes ont interrompu au moins une fois leur activité professionnelle pendant plus de 90 jours, ce chiffre grimpe à 38% quand on s'intéresse à leur consœurs.
8. En matière de formation médicale continue, les hommes généralistes

libéraux participent en moyenne à 17,5 demi-journées d'EPU (enseignement post – universitaire) sur 2 ans et 2,9 congrès sur 5 ans quand les généralistes femmes ne vont qu'à 12,9 journées d'EPU et 1,9 congrès.

6.2.3 DEMOGRAPHIE ET REPARTITION MEDICALE (23)

Au cours du premier trimestre 2010 a été publié par le Conseil National de l'Ordre des médecins la première édition des Atlas régionaux de démographie médicale.

Ceci aura pour particularité de pouvoir aider les élus ordinaires départementaux et régionaux amenés à aborder la problématique de la démographie médicale avec leur Agences Régionales de Santé (ARS)

6.2.3.1 Généralités

Au premier janvier 2010, le tableau de l'Ordre recense 231378 médecins inscrits dont 216450 actifs et 44928 retraités.

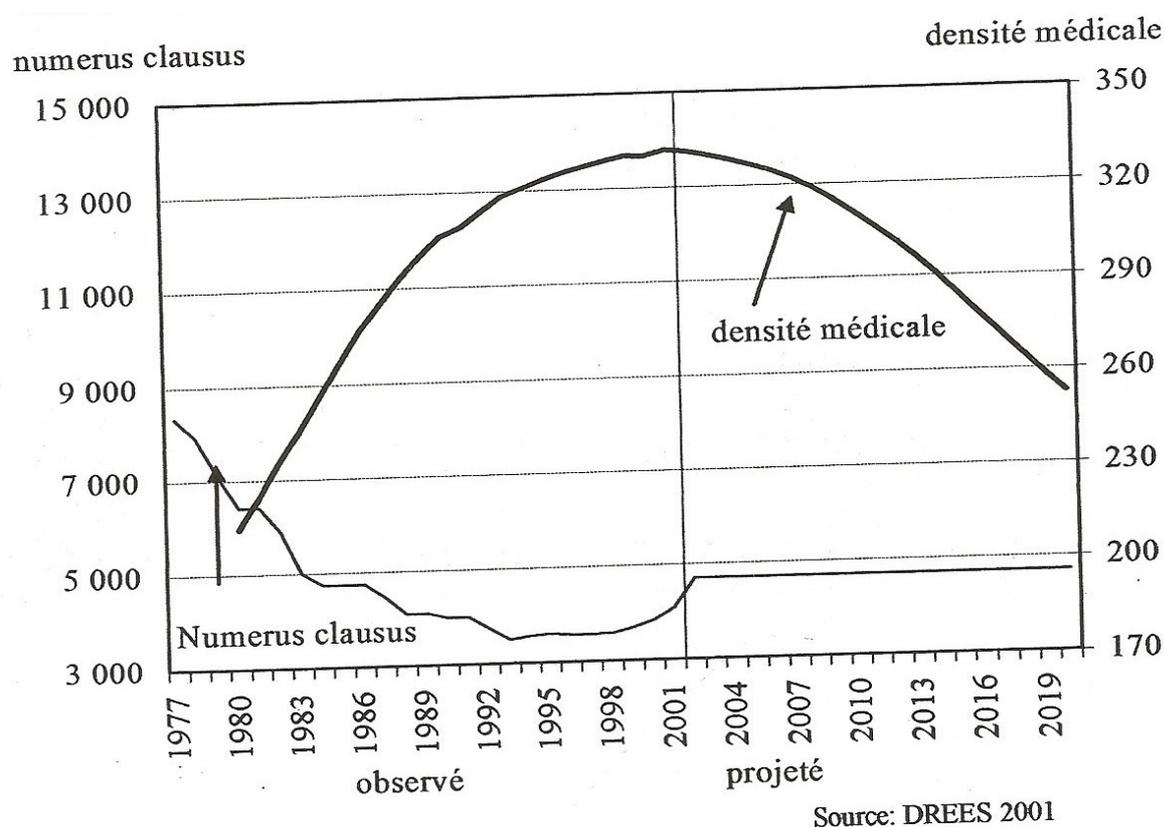
Les effectifs des médecins inscrits au Tableau de l'Ordre continuent de croître très légèrement (+1,2% en un an), mais plus particulièrement chez les médecins retraités (+ 6,6%).

En trente ans, le nombre de médecins est passé de 112066 à 216450 soit une augmentation de 93%.

6.2.3.2 Activité régulière (24 et 25)

En activité totale, la densité médicale est passée de 206 médecins pour 100000 habitants en 1979 à 324,1 médecins pour 100000 habitants en 2010.

Évolution et projection de la densité médicale



6.2.3.3 Des disparités importantes de répartition (23)

Les atlas régionaux révèlent qu'entre le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2009, dix-neuf régions sur vingt deux enregistrent une baisse des effectifs inscrits au Tableau de l'Ordre.

Les mouvements de répartition territoriale des effectifs en activité globale jouent un rôle central dans la progression des déserts médicaux.

A cette situation s'ajoute le vieillissement de la population médicale, avec une augmentation du nombre de médecins retraités, à laquelle la moitié des régions françaises sont confrontées.

Les Atlas régionaux alertent également sur le risque de pénurie de médecins libéraux généralistes et spécialistes en activité régulière. En effet, alors que la médecine générale est composée à 58,7% de médecins libéraux en activité régulière, 27,6% des nouveaux entrants choisissent une activité salariale exclusive .

6.2.3.4 De sérieuses menaces sur l'accès aux soins

Plusieurs indicateurs, tels que le vieillissement de la population médicale, indiquent qu'il est urgent de remédier aux problèmes d'accès aux soins causés par l'évolution de la démographie médicale.

Le nombre de médecins en activité régulière baisse de manière importante: 2 % par an environ.

Le vieillissement du corps médical se confirme nettement avec une moyenne de 51 ans parmi les médecins en activité.

Les disparités régionales s'accroissent et l'installation en mode libéral diminue.

De plus, les nouveaux inscrits continuent à s'installer dans les grandes villes et à proximité des CHU, en dépit de l'octroi d'aides à l'installation. Les chiffres confirment donc que les mesures d'incitation ou de coercition destinées à favoriser le retour des médecins dans les zones sous-dotées ne se révèlent pas efficaces.

Les propositions du CNOM pour remédier aux problèmes d'accès aux soins:

1. Le regroupement des médecins

Des moyens doivent être donnés pour favoriser le regroupement professionnel en libérant les médecins des charges administratives et en leur permettant d'exercer à temps partiel.

2. La rémunération des médecins

Le CNOM propose qu'une réflexion soit menée sur les possibilités de rémunération panachée entre rémunération à l'acte et au forfait.

3. La création d'un statut de médecin remplaçant

Pour garantir un nombre stable de médecins dans les territoires, le CNOM demande la création d'un statut de médecin remplaçant, et propose de plafonner la durée de remplacement hors statut à la sortie de l'internat.

6.2.4 CONCEPTION DU TRAVAIL (26)

Une enquête réalisée pour le Conseil National de l'Ordre des Médecins en janvier 2006 c'est intéressée a cette problématique.

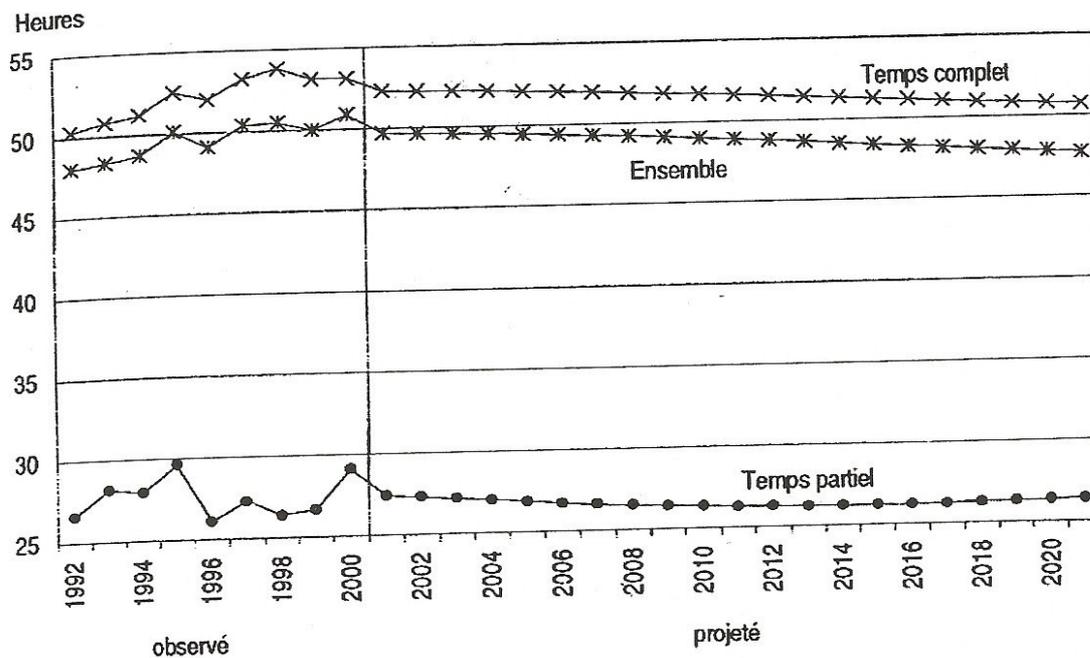
Celle-ci, intitulée « Les pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. Le cas des médecins âgés de 30 et 35 ans. », souligne que la profession aspire actuellement à une prise de distance avec l'éthos professionnel classique. Le modèle de l'implication et du dévouement total du médecin aux patients, assorti d'une disponibilité temporelle pour les patients est constatée, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. Ce changement s'inscrit dans un contexte de mutation sociales plus larges.

En effet, le modèle du père de famille, pourvoyeur principal des ressources du ménage, et de la mère de famille, dévouée aux tâches ménagères, à l'éducation des enfants et au bon déroulement de l'activité professionnelle de son mari, tend à se raréfier.

Comme le rappelle cette étude, 83% des médecins français vivent en couple et leurs conjoints sont le plus souvent des actifs occupés(il s'agit d'ailleurs souvent d'un conjoint médecin: 22% des hommes médecins ont une compagne médecin, 31% des femmes médecins ont un compagnon médecin).

C'est donc dans ce contexte de couple que se gèrent l'activité d'un médecin et l'articulation entre son temps de travail et son temps familial.

Évolution du temps de travail selon l'activité



Source : INSEE, enquête Emploi, DREES

6.3 COUT DE LA PDS

La permanence des soins est de plus en plus coûteuse, ainsi le total des dépenses de l'assurance maladie pour l'activité médicale de la PDS est de 370 millions d'euros.

7. PROJETS, EVALUATION ET MODELES PROPOSES

7.1 POLES DE SANTE LIBERAUX (27)

L'organisation de l'offre de soins en France est un des véritables enjeux de notre société.

Les professionnels libéraux ont aujourd'hui les cartes en main pour s'organiser et penser des projets de santé de proximité adaptés aux besoins de soins.

Les pôles santé, ce sont différents modèles d'organisations d'une offre de soins libérale de proximité, sur un site unique ou multi-sites.

Ces organisations d'entreprises s'adaptent aux contraintes locales (immobilières, politiques, géographiques,...) et mobilisent un nombre significatifs de professionnels.

Les professionnels doivent être les moteurs et il doit y avoir un consensus professionnel local autour d'un véritable projet de santé commun.

7.1.1 MAISONS DE SANTE PLURIDISCIPLINAIRES, EXEMPLE DU PROJET MSP PAR I'ARS DES PAYS DE LA LOIRE (28)

En France, le 18 juin 2009, à la demande de Mme Bachelot-narquin, alors Ministre de la Santé et des sports, un rapport intitulé « Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement » a été présenté par Jean-Marc Juihard, Sénateur du Puy de Dôme, Bérangère Crochemore, alors présidente de l'Intersyndicale nationale autonome représentative des internes de médecine générale, Annick Touba, présidente du Syndicat national des infirmiers et infirmières libéraux et guy Vallancien, professeur à l'université Paris Descartes.

Le constat y est clairement exposé: Le dispositif de premier recours est à bout de souffle en France et il est urgent de proposer des mesures visant à faciliter l'émergence d'un nouveau système.

Les membres de cette mission recommandent la création d'une marque collective « maisons de santé » pouvant bénéficier d'un statut juridique spécifique, au sein de laquelle le patient pourrait bénéficier d'un dossier unique et partagé par les acteurs de la structure. Le patient serait en mesure d'inscrire la maison de santé comme médecin traitant.

Afin de faciliter les démarches des professionnels, ils proposent que soient créés un guichet unique et une caisse unique dans les Agences Régionales de santé, ainsi qu'une mission d'appui au niveau national.

Les maisons de santé devraient s'impliquer dans le formation et la recherche, être le lieu d'expérimentation de nouveaux modes de rémunération et correspondre aux besoins de la population.

La médecine générale va probablement connaître de nombreuses mutations, dont la nécessité du regroupement des professionnels de santé.

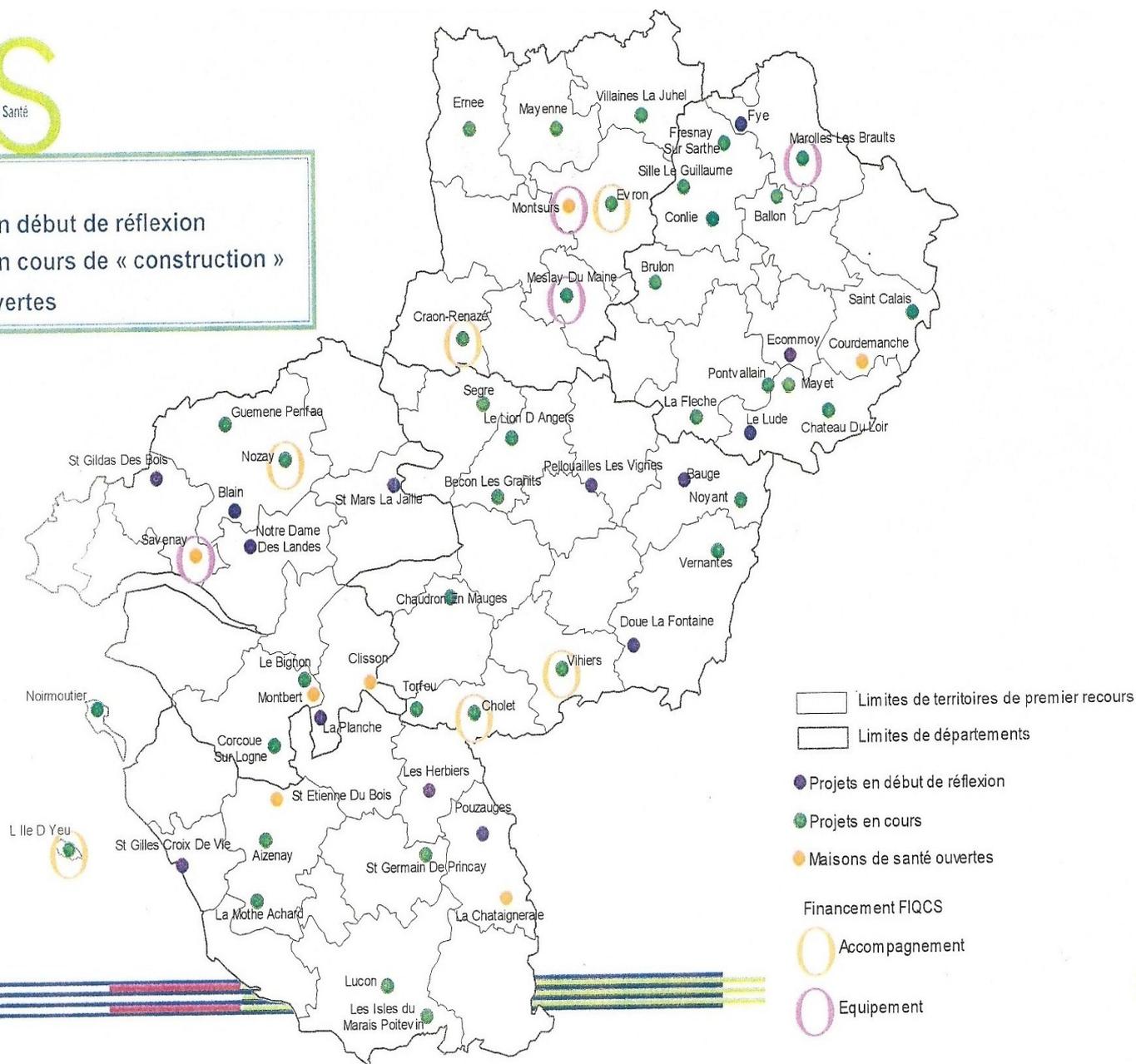
Exemple du Projet MSP au 30 Septembre 2010 présenté par l'ARS des Pays de la Loire.



51 Projets :

- 14 en début de réflexion
- 37 en cours de « construction »

7 MSP Ouvertes



7.1.2 LES CAPS, EXEMPLE DE LA LOIRE-ATLANTIQUE

En Loire-Atlantique, on est passé en quelques années de 75 secteurs de garde à une trentaine de secteur dont 12 maisons de garde appelées CAPS (Centre d'accueil et de Permanence des Soins).

- .Pornic
- .Clisson
- .Chateaubriant
- .Nantes
- .Ancenis
- .Corcoué-sur-logne
- .Saint-Phibert de Grandlieu
- .La Roche Bernard
- .Pontchâteau
- .Bouaye
- .Saint-herblain
- .Guérande
- .Nozay

Ces secteurs avec maisons de garde desservent chacun entre 50000 et 60000 habitants . Les maisons de garde fonctionnent en accès régulé par le centre 15 et fonctionnent de 20 h à minuit, et le dimanche de 8 h à minuit.

Entre minuit et 8 h, la nécessité d'intervention d'un médecin généraliste est estimée dans les zones rurales à 0,9 acte pour 100000 habitants, et 2,5 actes pour 100000 habitants dans les secteurs de grandes villes (étude de la mission régionale de santé 2008). Après minuit, le médecin régulateur recherche le moyen de transport le plus approprié.

A Saint-Nazaire, la permanence des soins est effectuée par SOS médecins (6 secteurs).

A Nantes, la permanence des soins est effectuée par SOS médecins (12 secteurs), et 2 maisons médicales de garde d'accès régulé.

L'ADOPS44 (Association Départementale d'Organisation de la Permanence des Soins) représente, (hors SOS médecin) les médecins généralistes de grade appelés « effecteur », et les médecins libéraux de garde au centre 15 (médecins « régulateurs »). Elle gère les tableaux de garde du département (hors SOS médecin) et fait des propositions pour organiser la Permanence des Soins.

L'ADOPSS44 a proposé un projet de médecins « mobiles » sur les territoires ruraux, qui pourraient intervenir sur sollicitation du médecin régulateur 15, afin de prendre en charge certaines visites (hôpitaux locaux, EHPAD, actes administratifs...).

7.1.3 PROJET DES MEDECINS MOBILES DANS LE DEPARTEMENT DE LOIRE-ATLANTIQUE (29)

Le département de Loire-Atlantique compte environ 1 200 000 habitants dont 600 000 en zone urbaine (500 000 pour Nantes et 100 000 pour Saint-Nazaire) et 600 000 pour les zones rurales et péri-urbaines.

L'état des lieux dans ce département nous montre une inégalité d'accès aux médecins la nuit. Avec des zones médicalement couvertes: Nantes, Saint-Nazaire et certains secteurs ruraux, et ailleurs une prise en charge par les CAPS jusqu'à minuit avec ensuite une mutualisation des moyens gérés par le 15.

Cet état de fait induit 3 types de problèmes:

- L'impossibilité dans les zones non couvertes de visites médicales administratives (certificats de décès, HO, Gardes à vue, HDT...).
- La permanence des soins des maisons de retraite et des hôpitaux locaux non assurée (en contradiction avec la loi pour les hôpitaux locaux: Obligation de permanence des soins H 24)
- Enfin l'impossibilité d'une expertise médicale pour un certain nombre d'appels des patients.

7.1.3.1 Constitution

L'ADOPS 44 (Association Départementale d'Organisation et de Permanence des Soins) propose une organisation structurée, lisible et fiable sur tout le département de Loire-Atlantique, à savoir:

1) Une couverture du département par 12 CAPS

- . De 20h à minuit sur semaine
- . De 12 h à minuit le samedi
- . De 8 h à minuit le dimanche et fériés

2) La création d'un « pool départemental de médecins mobiles », couvrant toutes les nuits en visite de 20 h à 8 h répartis sur 6 grandes zones géographiques.

3) Ce Pool départemental sera accessible à tous les médecins généralistes installés et leurs remplaçants désirant participer volontairement à cette nouvelle organisation (Une contractualisation d'un an sera demandée à chaque médecin par l'ADOPS 44).

4) Chaque médecin disposera d'un GPS, d'un gyrophare et de plaques signalétiques. Il prendra sa garde à partir du siège d'un CAPS et sera joignable sur un portable spécifique au médecin mobile.

5) 6 médecins seront totalement régulés par le centre 15 par des visites protocolisées (voir annexe 1).

6) Ils disposeront de matériel médical mis à disposition par l'ADOPS 44 (voir annexe 2) et d'une trousse médicale standardisée personnelle (voir annexe 3).

7) Une formation leur sera dispensée par l'ADOPS 44 avant l'entrée en vigueur du dispositif.

7.1.3.2 Répartition géographique

Pour la répartition géographique de ces « médecins mobiles », l'ADOPS 44 propose:

- 1 médecin mobile pour la Presqu'île Guérandaise et le Pays du haut-Brivet
- 1 médecin mobile pour la région de Chateaubriant

- 1 médecin mobile pour la région d'Ancenis
- 1 médecin mobile pour la région de Nozay
- 1 médecin mobile pour la zone sud-est vignoble
- 1 médecin mobile pour la région du Pays de Retz
- Cette répartition sera modulable et modifiable en fonction de l'expérience acquise sur le terrain et / ou de la modification de la réglementation ou de la législation en vigueur.

7.1.3.3 Candidature de la MRS des Pays de la Loire pour l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération de la permanence des soins

L'objectif de ce dispositif est d'utiliser la souplesse de financement qu'autorise le cadre expérimental prévu par le décret n°2009-1173 du 1er octobre 2009 pour consolider la permanence des soins dans la région et la faire converger vers une organisation cohérente avec la définition des territoire de premiers recours.

Le montant global de l'enveloppe régionale dédiée à la permanence des soins est arrêté par le Ministère de la Santé.

Les astreintes, notamment, seront revalorisées selon la zone géographique d'intervention du médecin, afin que la contrainte soit mieux indemnisée.

Les revalorisations tarifaires seront arbitrées par chaque ADOPS, dans la limite des plafonds prévus par l'arrêté ministériel, puis validées par la MRS.

Pour l'exemple de la Loire-Atlantique, la rémunération de cette garde sera de 700 euros d'astreinte + les actes réalisés.

7.1.3.4 Conclusion

Cette organisation départementale de 12 CAPS et des 6 « médecins mobiles » assurera une PDS non aléatoire, fiable et lisible sur notre département .

Elle fait appel au volontariat des médecins, et le projet, avec les ARS et l'URCAM, a été voté pour un an initialement.

7.1.3.5 Soutiens de ce projet

- Le préfet de la région, président du CODAMUPS
- La DASS de Loire-Atlantique
- Le Conseil de l'Ordre des Médecins de Loire-Atlantique
- Le Procureur de la République
- Le Professeur Potel, chef de service des urgences du CHU de Nantes
- Les CPAM de Nantes et de saint-Nazaire
- Le SDIS 44
- SOS Médecins
- ADOPS 44

7.2 EVALUATION DE LA PERMANENCE DES SOINS EN LOIRE-ATLANTIQUE PAR LES ARS: RAPPORT DE SEPTEMBRE 2010

7.2.1 INTRODUCTION

Afin de disposer d'outils d'aide à la décision pour l'agence Régionale de Santé, il a été mis en œuvre une évaluation quantitative de la permanence des soins sur les 5 départements de la région, sur des bases identiques.

L'évaluation porte sur 12 mois, du 1er janvier au 31 décembre 2009.

A cette date, les principes majeurs, réglementaires et législatifs, de l'organisation de la permanence des soins sont les suivants:

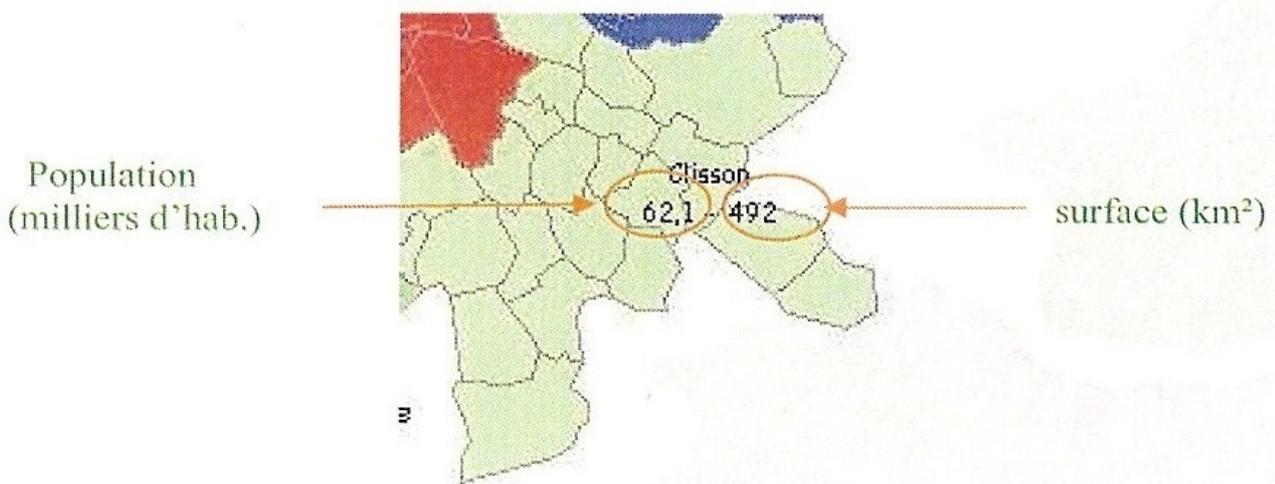
- La participation des médecins libéraux sur la base du « volontariat » et du « devoir » déontologique (décrets n° 2003-880 et 2003-881 du 15/09/2003).

- La définition des horaires de la permanence des soins, à savoir tous les jours de 20 h à 8 h, les dimanches et les jours fériés (décret n° 2003-880, modifié par le décret n° 2005-328 du 7 avril 2005), le samedi à partir de midi. Toutefois, le cahier des charges départemental peut prévoir des modalités distinctes pour la période 20 h 00 / 8 h 00 en fonction des besoins de la population et du délai d'intervention dans les différents territoires du département.
- L'organisation préalable des appels par le centre 15 ou autre service interconnecté avec le 15 (décret n°2005-328).
- L'organisation territoriale départementale confiée au préfet avec l'aide des CODAMUPS, aboutissant notamment un arrêté de sectorisation.
- la rémunération des médecins libéraux participant à la permanence des soins sur la base:
 - . Pour les effecteurs: d'une astreinte modulée par tranche horaire et de tarifs d'actes majorés.
 - . Pour les régulateurs: d'une rémunération fixe de 3 c / heure.

7.2.2 LOCALISATION ET TAILLE COMPAREE DES SECTEURS DE GARDE

Une cartographie des secteurs

Sur cette carte, deux nombres sont indiqués à l'intérieur de chaque secteur. Ce sont les **indicateurs de taille des secteurs**.



1^{er} indicateur :

Population du secteur (en milliers d'habitants – dernier recensement INSEE connu)

2^{er} indicateur :

Surface géographique à couvrir par médecin d'astreinte (en km²), y compris les communes du secteur situées hors département (non visibles sur la carte).

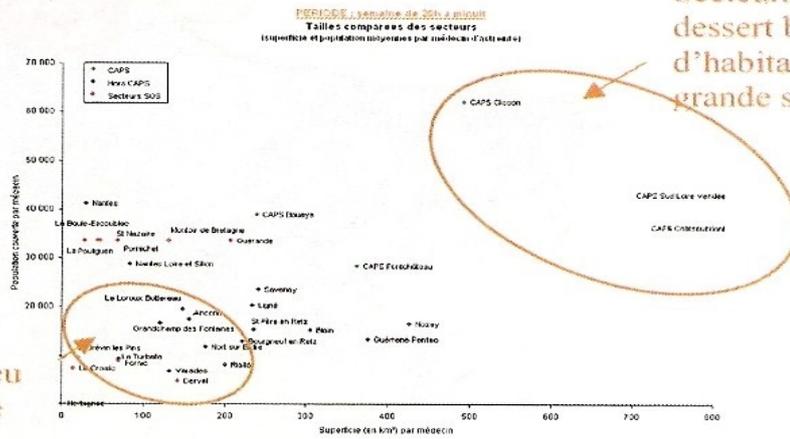
Une illustration graphique

REMARQUE IMPORTANTE

DANS CHAQUE GRAPHIQUE :

Plus le point d'un secteur est **haut**, plus la **population** à desservir par médecin est importante

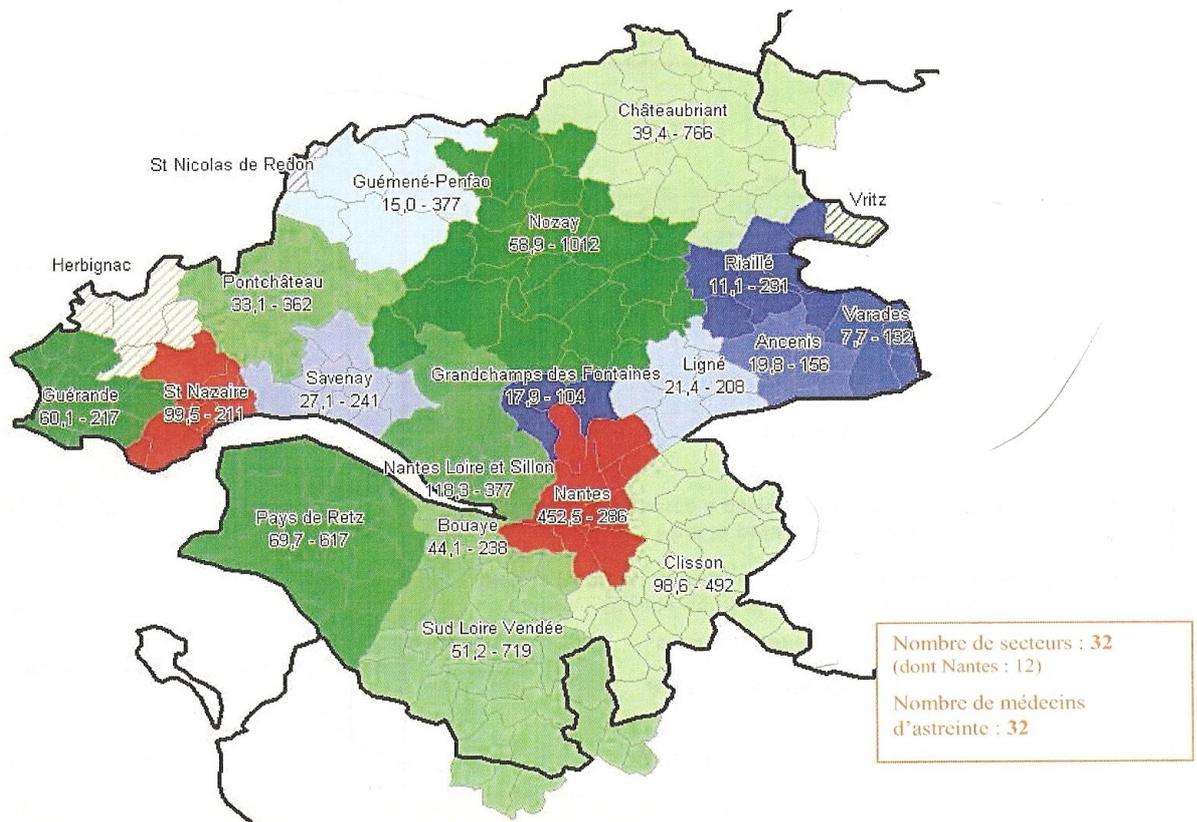
Plus le point est à **droite**, plus la **distance** à couvrir par médecin est élevée



Secteurs où le médecin dessert beaucoup d'habitants sur une grande surface

Secteurs où le médecin dessert peu d'habitants sur une surface réduite

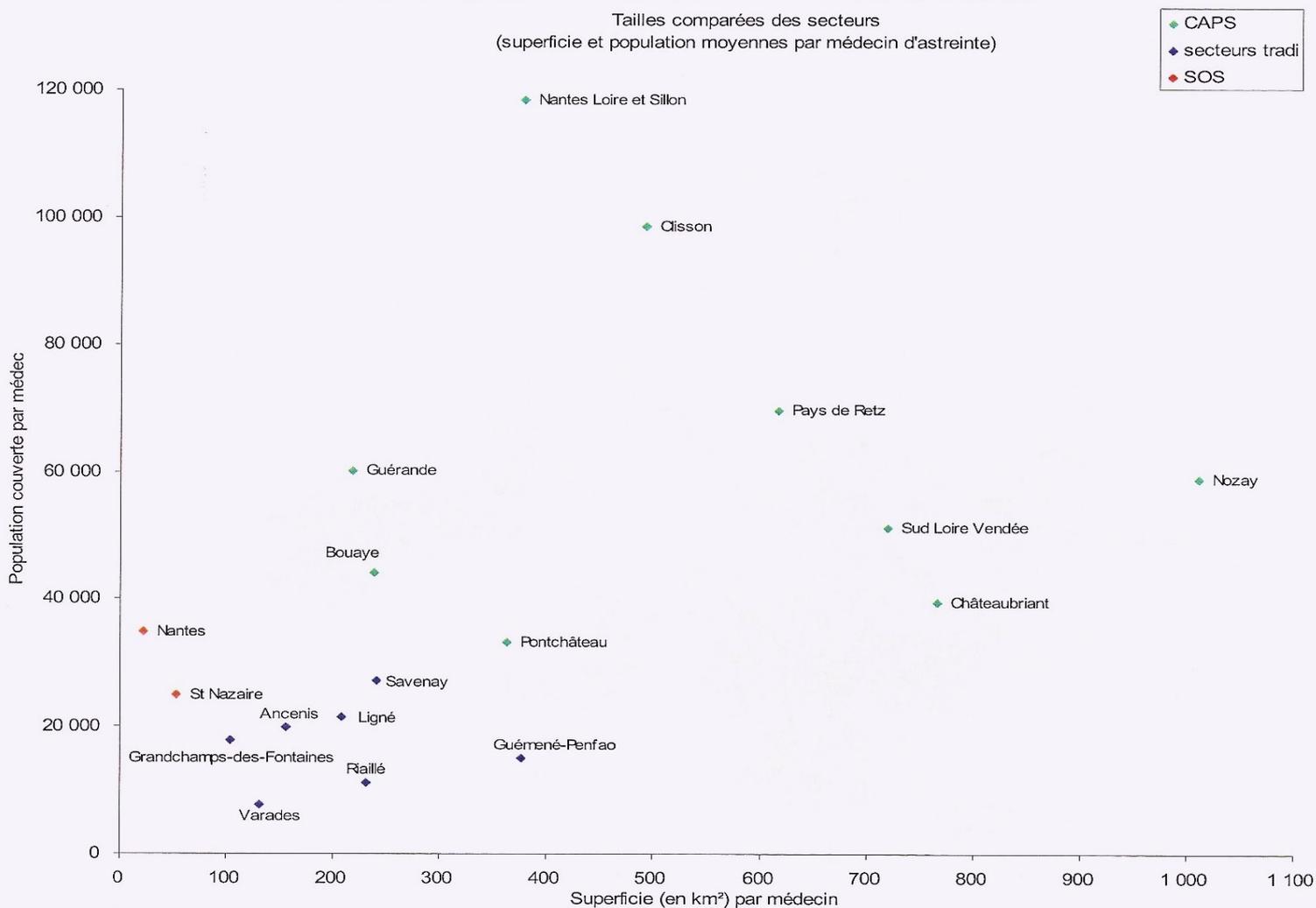
Période: en semaine de 20h à minuit



Le secteur d'Herbignac est rattaché au CAPS de La Roche Bernard (56).
 St Nicolas de Redon est rattaché au secteur de Redon (35) alors que Vritz se situe dans le CAPS du Haut-Anjou.

PERIODE: tous les jours de 20h à minuit

Tailles comparées des secteurs
(superficie et population moyennes par médecin d'astreinte)



7.2.3 CONSOMMATION DE SOINS DANS LES SECTEURS

7.2.3.1 Période de 20h00 à minuit

Le nombre d'actes réalisés par habitant est en moyenne 7 fois supérieur sur Nantes et Saint-Nazaire (secteurs couverts par SOS) que sur les autres communes du département.

PERIODE : tous les jours de 20h à minuit

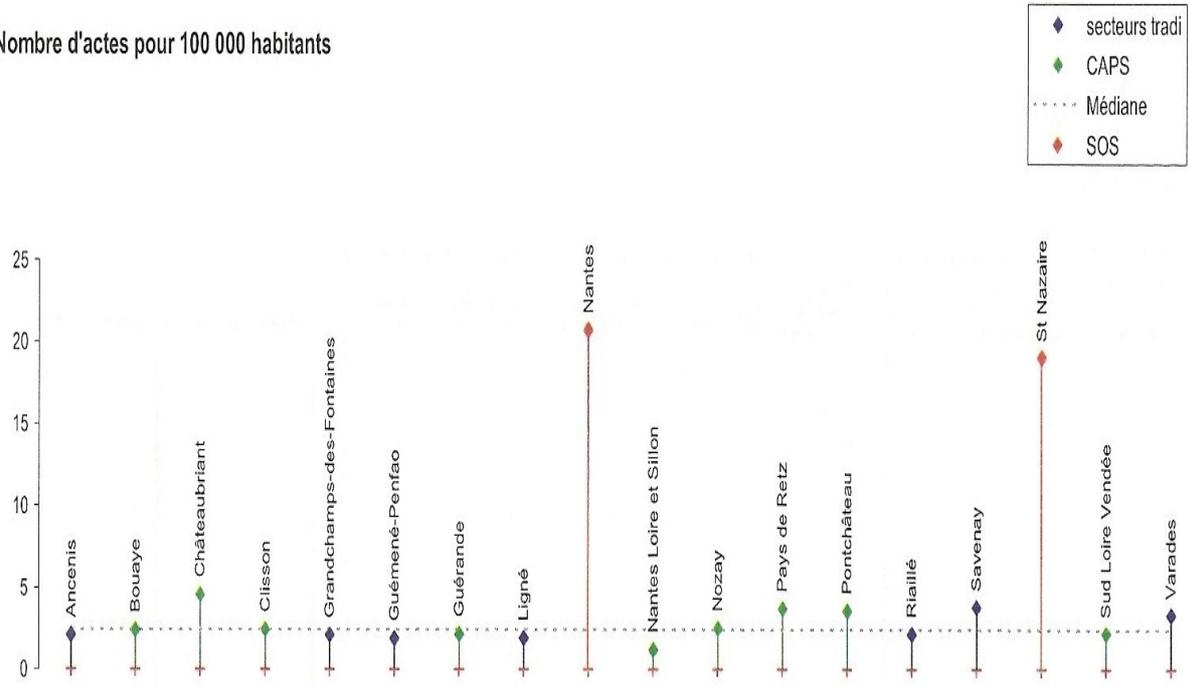
Tableau d'activité (total et par soirée)

	Nb de médecins d'astreinte	Volume d'actes du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2009			Indicateurs d'activité		
		Consultations et actes techniques	Visites	Total	Moyenne d'actes par jour	Nb d'actes par jour pour 100 000 h	Part des visites
Ancenis	1	139	14	153	0,4	2,1	9,2%
Bouaye	1	356	33	389	1,1	2,4	8,5%
Châteaubriant	1	608	47	655	1,8	4,6	7,2%
Clisson	1	829	49	878	2,4	2,4	5,6%
Grandchamps-des-Fontaines	1	112	26	138	0,4	2,1	18,8%
Guémené-Penfao	1	75	30	105	0,3	1,9	28,6%
Guérande	1	408	66	474	1,3	2,2	13,9%
Ligné	1	129	24	153	0,4	2,0	15,7%
Nantes	13	5 979	28 218	34 197	93,7	20,7	82,5%
Nantes Loire et Sillon	1	467	51	518	1,4	1,2	9,8%
Nozay	1	474	68	542	1,5	2,5	12,5%
Pays de Retz	1	785	160	945	2,6	3,7	16,9%
Pontchâteau	1	376	56	432	1,2	3,6	13,0%
Riaillé	1	74	14	88	0,2	2,2	15,9%
Savenay	1	294	84	378	1,0	3,8	22,2%
St Nazaire	4	391	6 536	6 927	19,0	19,1	94,4%
Sud Loire Vendée	1	368	45	413	1,1	2,2	10,9%
Varades	1	73	21	94	0,3	3,3	22,3%
		11 937	35 542	47 479	130,1	Médiane :	Médiane :
						2,4	14,8%

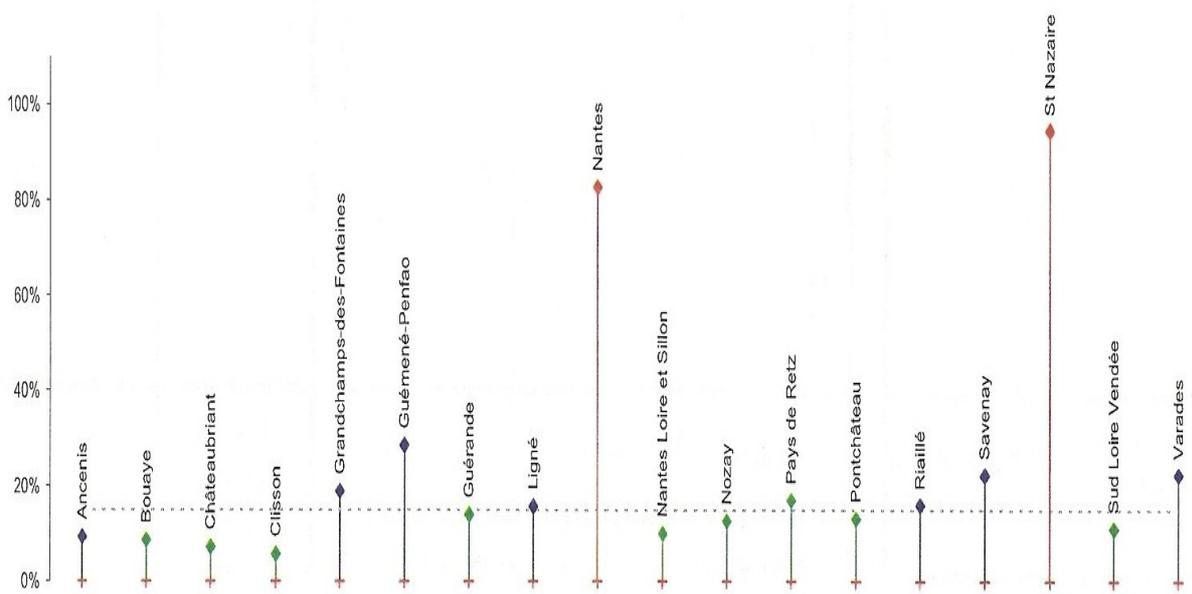
PERIODE : tous les jours de 20h à minuit

Illustration des 2 indicateurs d'activité

Nombre d'actes pour 100 000 habitants



% de visites



Hormis Châteaubriant et les secteurs SOS, tous les secteurs ont un nombre d'actes inférieur à 4 pour 100 000 habitants les soirs de semaine, certains réalisant même moins de 3 actes par soirée.

La part de visites est nettement plus élevée dans les secteurs couverts par SOS médecins que dans les autres secteurs, avec des taux autour de 80 à 95%. Tous les CAPS (sauf Pays de Retz) ont un taux de visites en dessous de la médiane, avec des valeurs comprises entre 5 et 14%.

7.2.3.2 Période week-end et Fériés

Le nombre d'acte réalisé par habitant est en moyenne 2,5 fois supérieur sur Nantes et Saint-Nazaire que sur les autres communes du département.

La moyenne est de 50 actes pour 100 000 habitants, avec une variation entre 18 et 135.

PERIODE : week-ends et jours fériés

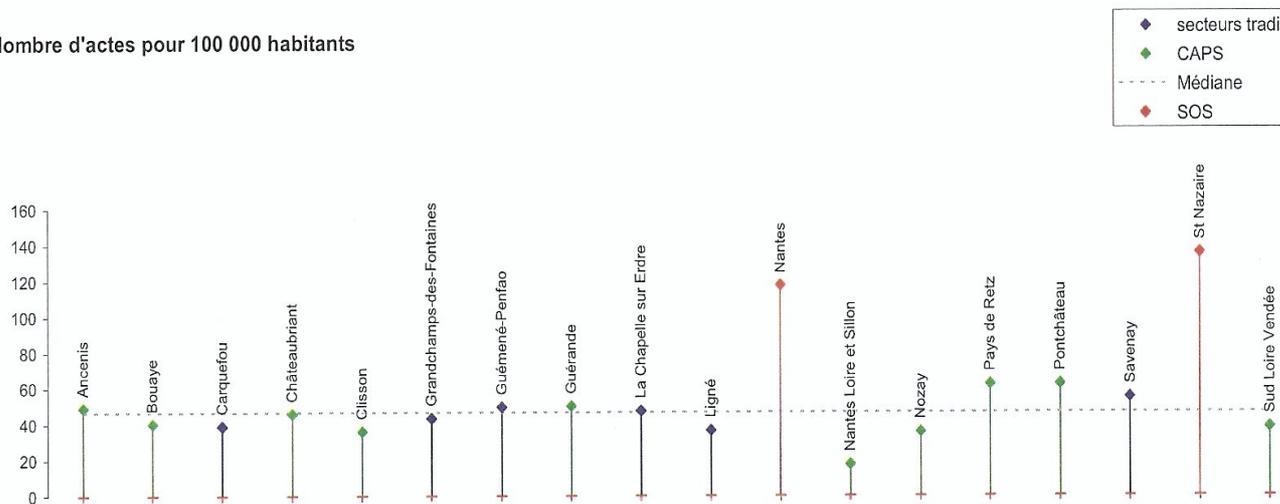
Tableau d'activité (total et par jour)

	Nb de médecins d'astreinte	Volume d'actes du 1er janvier 2009 au 31 décembre 2009			Indicateurs d'activité		
		Consultations et actes techniques	Visites	Total	Moyenne d'actes par jour	Nb d'actes par jour pour 100 000 h	Part des visites
Ancenis	2	1 728	120	1 848	30,6	49,2	6,5%
Bouaye	1	1 011	63	1 074	17,8	40,3	5,9%
Carquefou	1	367	56	423	7,0	39,0	13,2%
Châteaubriant	2	915	176	1 091	18,1	45,8	16,1%
Clisson	2	2 077	74	2 151	35,6	36,1	3,4%
Grandchamps-des-Fontaines	1	417	53	470	7,8	43,5	11,3%
Guémené-Penfao	1	370	81	451	7,5	49,6	18,0%
Guérande	2	1 693	126	1 819	30,1	50,1	6,9%
La Chapelle sur Erdre	1	399	83	482	8,0	47,5	17,2%
Ligné	1	436	36	472	7,8	36,5	7,6%
Nantes	13	8 940	20 621	29 561	489,4	117,2	69,8%
Nantes Loire et Sillon	2	1 193	59	1 252	20,7	17,5	4,7%
Nozay	2	1 190	81	1 271	21,0	35,7	6,4%
Pays de Retz	2	2 377	230	2 607	43,2	62,0	8,8%
Pontchâteau	1	1 183	62	1 245	20,6	62,3	5,0%
Savenay	1	802	98	900	14,9	55,0	10,9%
St Nazaire	4	719	7 407	8 126	134,5	135,2	91,2%
Sud Loire Vendée	2	1 082	96	1 178	19,5	38,1	8,1%
		26 899	29 522	56 421	934,1	Médiane :	Médiane :
						46,6	8,5%

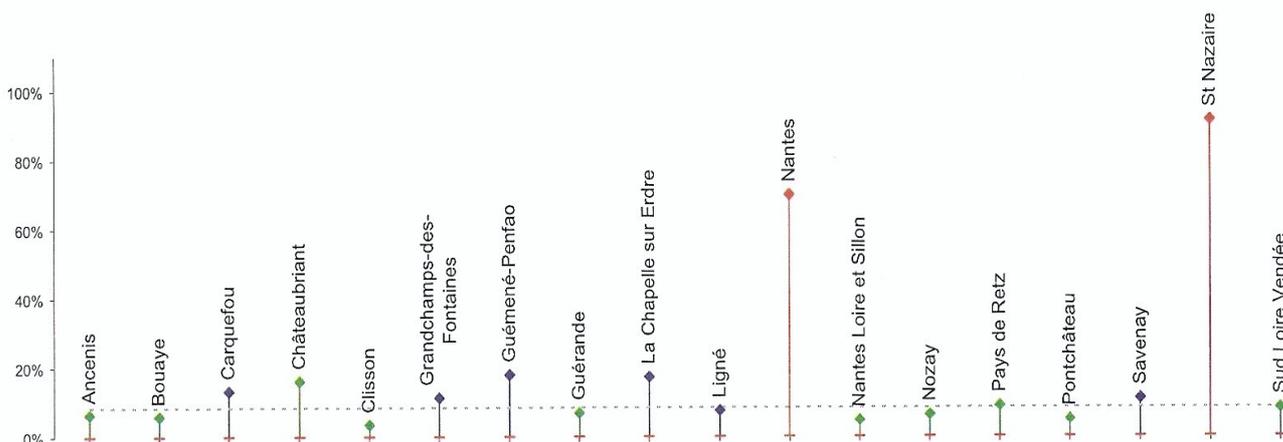
PERIODE : week-ends et jours fériés

Illustration des 2 indicateurs d'activité

Nombre d'actes pour 100 000 habitants



% de visites



L'activité des médecins varie entre 18 et 135 actes par week-end pour 100 000 habitants.

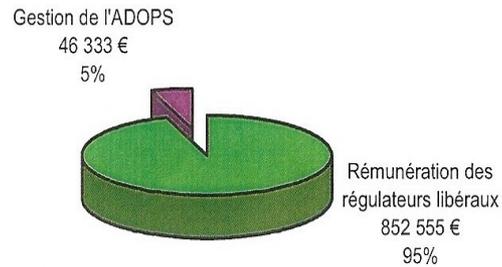
Les médecins des secteurs CAPS effectuent peu de visites : de l'ordre de 8% environ, avec une valeur un peu plus forte à Châteaubriant (plus de 15%). L'écart entre le taux de visites des secteurs couverts par SOS et celui des secteurs CAPS est encore plus important le dimanche que sur les autres périodes.

7.2.4 COUT GLOBAL ANNUEL DE LA PDS LIBERALE EN LOIRE-ATLANTIQUE

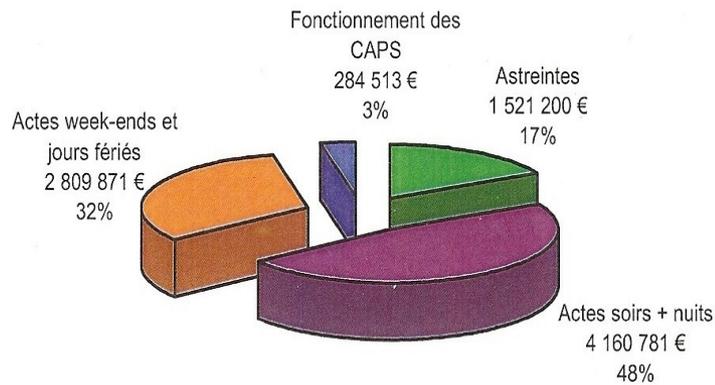
Coût global de la permanence des soins : Régulation + Effection

	COUT ANNUEL PAR MODE DE FINANCEMENT			COUT ANNUEL POUR 1000 HABITANTS
	CPAM (ONDAM)	FIQCS	TOTAL	
REGULATION				
Rémunération des régulateurs libéraux soirs + week-end/JF	852 555 €		852 555 €	684 €
Gestion du dispositif de l'ADOPS		46 333 €	46 333 €	37 €
TOTAL	852 555 €	46 333 €	898 888 €	721 €
EFFECTION				
	SOS Médecins	Médecins hors SOS		
Astreintes	775 150 €	746 050 €	1 521 200 €	1 220 €
Actes soirs + nuits	3 532 333 €	628 448 €	4 160 781 €	3 337 €
Actes week-ends et jours fériés	1 703 205 €	1 106 666 €	2 809 871 €	2 254 €
Fonctionnement des CAPS			284 513 €	228 €
TOTAL	6 010 688 €	2 481 164 €	8 776 365 €	7 039 €
TOTAL REGULATION + EFFECTION	9 344 407 €	330 846 €	9 675 253 €	7 760 €

COÛT DE LA REGULATION (par an) : 898 888 €



COÛT DE L'EFFECTION (par an) : 8 776 365 €



Le coût global de la permanence des soins en Loire Atlantique est estimé à **9,68 millions d'€ par an**.

La **régulation** coûte environ **900 000 €**.

L'**effectuation** coûte **8,8 millions d'€**. L'activité de SOS Médecins fait baisser la part des astreintes dans le total.

Le fonctionnement des CAPS représente une part très faible de ces coûts (un peu plus de 3%).

8. DISCUSSION

La PDS reste une problématique de santé publique majeure.
Elle doit avoir une organisation solide pour être pérenne.
Le système actuel comporte des déficiences et des mesures de réorganisations et de perfectionnement méritent d'être proposées.

8.1 BILAN

Le système de soins Français reste l'un des meilleurs en Europe, mais malgré tout, de nombreuses imperfections sont à signaler actuellement et le système est menacé dans un avenir proche si certains changements et évolutions ne s'appliquaient pas.

En effet les problèmes soulevés montrent :

- Une inadéquation entre la démographie médicale et le numéris clausus de la 2ème année de médecine pendant plus de 10 ans.
- La surcharge croissante de travail des médecins
- le vieillissement des médecins généralistes
- la répartition très inégale des médecins sur le territoire
- la demande de soins croissante de la population
- la féminisation médicale
- la recherche de conditions et de temps de travail moins contraignant
- la diminution du nombre de médecins
- le coût de la PDS

8.2 LES VOIES D'AMELIORATION ET LES SOLUTIONS QUI MERITENT D'ETRE PROPOSEES

Nous avons lors de notre travail de thèse fait l'état des lieux de la permanence des soins , qui a relevée de nombreuses incohérences.

De ce fait des solutions sont proposées :

- Renforcer la régularisation des appels (15).
- favoriser le regroupement, la mutualisation des ressources et la collaboration entre professionnels de santé.
- La sectorisation des appels: le découpage du département en secteurs est un préalable indispensable à la PDS.
- Diminuer le nombre de secteurs de gardes par un agrandissement de leur taille géographique: cela permet de diminuer la fréquence des gardes de chaque médecin sur place
- Favoriser la création de maisons médicales de gardes
- Simplifier le pilotage de la PDS sous l'égide de l'ARS, à qui revient la responsabilité d'organisation et de financement de la PDS.
- Responsabiliser les malades: renforcer l'information et la communication envers la population, pour faire évoluer les habitudes, pour un bon usage de la PDS.
- Augmenter le vivier de médecins qui ont en charge la PDS en incluant:
 - . Les remplaçants
 - . Les jeunes retraités
 - . Les internes(dans le cadre du SASPAS)
 - . Les médecins des centres villes (qui pourraient, par exemple une fois par an, épauler leur confrères ruraux)
- Lutter contre les inégalités de répartition
 - . Création d'un numérus clausus d'installation afin de permettre une meilleure adéquation des postes offerts aux besoins des territoires.

. Incitations financières à l'installation dans les zones sous dotées par les collectivités locales.

- Valoriser la médecine générale de premier recours dans le cursus des études médicales.
- Essayer des nouvelles expérimentations comme les médecins mobiles même si certains y voient un avenir assez sombre: On note de plus en plus de dérives des appels et des motifs de consultations.
- Rendre les gardes obligatoires: La médecine générale est une spécialité à garde, il est du devoir déontologique et moral pour les médecins généralistes de participer à la permanence des soins. Les gardes sont pour l'instant basées sur le principe du volontariat, mais ceci posent des problèmes: Ce sont toujours les mêmes qui les font et le système est de plus en plus fragilisé.
- Numéris clausus à l'installation OBLIGATOIRE
L'offre crée la demande: Ainsi, comme on a pu le constater le nombre d'acte moyen par habitant est, selon les moments de la journée, entre 2 et 7 fois supérieur entre Nantes, la Région couverte par SOS et le reste du département:
Les Nantais sont-ils 2 à 7 fois plus malades que les ruraux du reste du département?
Le nombre de médecins en France a triplé entre 1968 et 1998, et pourtant dans certaines régions rurales, de nombreuses déficiences se font sentir, alors qu'en Région Parisienne, dans les grandes villes et sur la côte d'azur, il y a pléthore de médecins.
Ainsi, en Vendée par exemple, on a fait venir 18 médecins Roumains car les départs en retraite ne sont pas remplacés.
Si l'on met un numéris clausus à l'installation, la répartition médicale sera mathématiquement résolue .
- Mettre les médecins urbains à contribution pour les gardes en les faisant participer dans les CAPS autour de ces mêmes villes:

Est – il choquant qu'un médecin Nantais par exemple fasse 1 ou 2 gardes par an dans les CAPS de Clisson ou Pornic ?

- Obliger l'installation après un temps de remplacement définit:
Après une période définie de remplacement de 5 ans par exemple, mettre des pénalités à ceux qui ne s'installent pas et qui n'ont donc pas les contraintes des gardes, des vacances ...
- Obliger les titulaires du diplôme de docteur en médecine à exercer leur profession:
En effet selon le conseil de l'ordre des médecins de Loire -Atlantique, ils seraient plus de 20% dans les dernières promotions à ne pas exercer.
Les études médicales coûtent cher, elles sont payées par la société. Celui qui n'exerce pas doit donc rembourser son diplôme à l'état .

9. CONCLUSION

L'égalité des territoires dans l'accès au soins médicaux est une exigence fondamentale de la République, et le fonctionnement de la permanence des soins en constitue le meilleur révélateur . Or cette mission de service public, qui consiste à assurer aux citoyens la possibilité de consulter un médecin les nuits et fins de semaine pour recevoir des soins non programmés, et qui est directement corrélée à la présence de praticiens généralistes, présente des dysfonctionnements nombreux .Le système sanitaire parvient à les corriger en reportant la demande de permanence des soins vers les dispositifs de l'aide médicale urgente, de sorte que la santé des français ne soit jamais mise en danger.

Toutefois, l'importante dépense générée par les finances publiques et sociales, pose problème.

L'impérative réforme de la permanence des soins , aujourd'hui une obligation collective du corps médical assise actuellement sur le volontariat , ne fait aucun doute.

La médecine de premier recours ne doit pas disparaître de régions entières simplement pour des raisons d'anxiété des médecins, d'inquiétude de la population ou encore de coût de financement . Fondamentale pour la santé de la nation, elle justifie que tous les efforts soient consentis pour sa revalorisation, afin que les Français puissent recevoir des soins adaptés à leur état, même lorsque les portes des cabinets libéraux se sont closes, et quel que soit leur lieu de vie .

Enfin il est bon de rappeler à tous les étudiants en médecine qui se destinent à la médecine générale, que cette dernière est une spécialité à gardes et que la participation à la permanence des soins est un devoir moral, déontologique, et une mission de service public.

10. ANNEXES

ANNEXE 1

Mode d'intervention protocolisée du « Médecin mobile » par le centre 15

Dans le cadre de son activité, le « Médecin mobile » sera déclenché par le médecin régulateur du centre 15 dans 5 sortes d'interventions.

Les appels de type administratif, les maisons de retraite, les hôpitaux locaux, le domicile et l'HAD.

LES VISITES ADMINISTRATIVES

1° - Décès imprévu ou accidentel à domicile
Décès sur la voie publique
(hormis les fins de vie et les décès prévus)

2° - Hospitalisation d'office (H.O.)

3° - Les gardes à vue : là où la présence du médecin est obligatoire dans un délai prévu par la loi

4° - Alcoolémie (en cas de refus de se soumettre à l'éthylotest) et dépistage sanguin ou urinaire de cannabis.

Ces actes administratifs se font exclusivement sur appel du 15 et avec une réquisition écrite pour chaque intervention demandée (la gendarmerie n'a pas le médecin en direct, elle appelle le 15) les tarifs pour ces différentes interventions seront fournis par les autorités compétentes.

LES VISITES DANS LES MAISONS DE RETRAITE

1° - Température supérieure à 39°

2° - Douleur abdominale (suspicion d'un cas chirurgical)

3° - Plaie par chute ne nécessitant pas une hospitalisation

4° - Dyspnée inhabituelle

LES VISITES à L'HOPITAL LOCAL

1° - Température élevée

2° - Douleur inhabituelle ou résistante au traitement déjà entrepris

3° - Plaie par chute ne nécessitant pas une hospitalisation

4° - Tableau pseudo-chirurgical

5° - Dyspnée inhabituelle

LES VISITES à DOMICILE

1° - Enfant qui hurle + T° + douleur d'oreille

2° - Douleur abdominale déjà temporisée par le régulateur du 15

3° - Colique néphrétique

4° - Douleur thoracique atypique (ECG)

5° - Dyspnée = crise d'asthme ne cédant pas au traitement

N.B. = Après discussion entre le médecin régulateur du 15 et le « médecin mobile », la décision finale d'intervention appartient au « médecin mobile » en tenant compte du délai d'intervention .

L'HAD (hospitalisation à domicile)

Après appel de l'infirmière de permanence de l'HAD au Centre15.

ANNEXE 2

MATERIEL MIS à DISPOSITION du MEDECIN MOBILE par L'AMUEL 44

1° - Une bouteille d'O₂ d'1 mètre cube avec masque d'aérolisation et masque d'inhalation à haute concentration.

2° - Un appareil ECG, à interprétation, dernière génération avec transmission téléphonique

3° - Un babyhaler et une chambre d'inhalation adulte

- Un oxymètre de pouls
- Un lecteur de glycémie capillaire
- Veinocath 18/20 + tubulure de perfusion
- Détecteur de CO

4° - Un GPS

5° - Un Gyrophare

6° - Un téléphone mobile (dont le numéro est enregistré dans la base de données du système « Centaure » au centre 15.)

ANNEXE 3

TROUSSE MEDICALE STANDARDISEE DE CHAQUE MEDECIN MOBILE

Chaque « Médecin mobile » devra avoir une trousse de consommable standardisée et personnelle
Comprenant au moins :

- ASPEGIC 250 ou 500
- ROCEPHINE injectable
- AUGMENTIN
- ACUPAN injectable
- PROFENID injectable
- MORPHINE
- NATISPRAY
- ADRENALINE
- CELESTENE
- BRICANYL
- VENTOLINE
- Bandelettes urinaires
- DOLIPRANE
- Soluté de CLNa + Voluven

11. BIBLIOGRAPHIE

1. Circulaire DHOS/01 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence
 Numéro 587-2003 du 12 décembre 2003
 Site internet : www.legifrance.gouv.fr

2. Gay B, Le Goaziou MF, Budowski M, Druais PL, Gilbert S. Abrégé de Médecine générale . Natterre : Masson ; 2003. p. 53-60.

3. Stierle F. Historique de la médecine d'urgence pré hospitalière civile en France
 Site internet :
http://clients.newel.net/particulier/macmi/samu.html#historique_SAMU

4. Ficheux D, Dhordain A. Permanence des soins, pourquoi ça bloque, Panorama du médecon. Décembre 2003 ; 491.

5. discours C. Rapport Descours, rapport relatif à la permanence des soins . 22 janvier 2003 .
 site internet :
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/descours/sommaire.htm>

6. Circulaire DHOS/01 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence
 Numéro 587-2003 du 12 décembre 2003
 Site internet : www.legifrance.gouv.fr

7. Roupie E
 Les urgences hospitalières en 2008 : témoins et acteurs incontournables des changements de l'hôpital public.
 Reanim (2008), doi : 10 . 1016/j .reaurg.2008.09.12

8. Institut National De La Statistique Et Des Etudes Economique (INSEE)
Projections de la population 2005-2050 : Vieillissement de la population en France métropolitaine .Economie et Statistique n°408-409,2007.[en ligne]
Site internet : http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ECostat_.pdf
9. Code de déontologie médicale
Site internet : www.conseil-national.medecin.fr
10. Cahier des charges fixant les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation du département du Var
Annexe à l'arrêté préfectoral du 29 juin 2007 ; OST/JPD/2007
11. Code pénal Article 223-6, 2 ème alinéa
Site internet : www.legifrance.gouv.fr
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins
Organisation de l'Ordre de soins
Circulaire n°2007.005 du 11 janvier 2007
Site internet : www.conseil-national.medecin.fr
13. Blanchard P, dupont M, Ollivier R, Ferrier C, Pretot X.
Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Inspection Générale des Affaires Sociales, Rapport n° 2006 029. Inspection Générale de l'Administration, Rapport n° 06-007-02. Mars 2006 : 3-52.
14. GRALL JY
Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports . Rapport : mission de médiation et proposition d'adaptation de la permanence des soins, aout 2007.
[en ligne]
site internet : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/grall_jy/rapport.pdf

15. BOENNEC P
Assemblée Nationale, délégation à l'aménagement du territoire .
Rapport: Des zones noires de blouses blanches, égalité territoriale et
permanence des soins,
Rapport d'information N° 1205.Octobre 2008
Site internet: www.assemblee-nationale.fr
16. Gay B, Le Goaziou MF, Budowski M, Druais PL, Gilberg S .
Abrégé de Médecine générale. Nanterre: Masson; 2003. p. 53-60.
17. HAS, rapport du 1/6/2010
site internet: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_6737/affichage?
text=education+des+patients](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_6737/affichage?text=education+des+patients)
18. Institut National De La Statistique et Des Études Économiques
(INSEE)
Projections de population 2005-2050: vieillissement de la population
en France métropolitaine. Économie et Statistiques n° 408-409, 2007.
[en ligne]
Site internet: http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/Ecostat_D.pdf
19. SICARD D. Les médecins, estimations au 1er janvier 2009.
Série Statistiques 2009; 138: 19.
20. FOUASSIER V, BARRAIS J
L'exercice de la médecine générale au sein de groupes composés
exclusivement de femmes: des spécificités?
Thèse, 26 mai 2011.
21. Union Régionale Des médecins Libéraux de Rhône-Alpes,
Centre D'épidémiologie et de prévention sanitaire.
Étude de la féminisation de la profession médicale et de son impact.
Approche quantitative et qualitative. URML RA 2003; 418.A:1-119.
Site internet: http://www.upmlra.org/doc/doc_176_doc.pdf

22. ROBELET N, LAPEYRE-SAGESSE N, ZOLESIO E .
Féminisation et pratiques professionnelles des jeunes générations de médecins. Genre, carrière et gestion des temps sociaux. CNOM 2006: 20.
23. Atlas Régionaux de la Démographie Médicale Française,
Rapport du 13/04/2010, CNOM
Site internet : www.conseil-national.medecin.fr
24. ATTAL-TOUBERT K , VANDERSCHULDEN M .
La démographie à l'horizon 2030: de nouvelles projections nationales et régionales. Études et résultats 2009; 679: 4.
25. Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS)
La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Étude et résultats, février 2009, n°679.[en ligne]
Site internet : <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er072.pdf>
26. Ordre National des Médecins , Conseil National de l'Ordre.
Rapport : Les pratiques Professionnelles des jeunes générations de médecin : Genre, Carrière et Gestion des temps Sociaux, janvier 2006 .CNOM 2006 ; 39-2:79-87.
27. CROCHEMORE B, JUIHARD J-M, TOUBA A, VALLANCIEN G .
Le bilan des maisons et des pôles de santé et les propositions pour leur déploiement . 2009 .
28. DEMAURE T , AGENCE REGIONALE DE SANTE,
ARS des Pays de la Loire, Évaluation de la permanence des soins en Loire-Atlantique, sept 2010 .
Projet MSP au 30 septembre 2010.

29. ADOPS 44 et AGENCE REGIONALE DE SANTE
Les médecins mobiles dans le département de Loire-Atlantique,
Site internet : adops44@hotmail.fr

SERMENT MEDICAL

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

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

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

TITRE

LA PERMANENCE DES SOINS EN MEDECINE GENERALE: ETAT DES LIEUX EN 2011 LE MODELE DE LA LOIRE-ATLANTIQUE

RESUME

État des lieux: Au cours de ces dernières années, la presse nationale et régionale s'est fait l'écho des difficultés rencontrées par le dispositif de permanence des soins.

Les médias, les politiques et la population en générale ont retranscrit le sentiment d'inquiétude diffus qui prévaut lorsque survient la nécessité de consulter un médecin hors des heures et des jours d'ouverture des cabinets libéraux.

Ils ont aussi rendu compte de la relative désorganisation et des nombreuses disparités sur le territoire français.

L'avenir de la permanence des soins pose problème.

Difficultés rencontrées: Le vieillissement de la population médicale, les importantes inégalités de répartition des médecins, le rapport au travail des jeunes générations, la féminisation de la profession, le statut très confortable de médecin remplaçant, le fait que les gardes sont pour l'instant basées sur la mode du volontariat, l'inadéquation entre le numéris clausus de fin de première année de médecine et le démographie médicale pendant des années font que des changements doivent être effectués pour que l'égalité des territoires dans l'accès aux soins soit une exigence.

Propositions: Des mesures parfois contraignantes sont probablement nécessaires pour couvrir la population en matière de soins de la manière la plus équitable possible. La création d'un numéris clausus à l'installation, rendre les gardes obligatoires, favoriser le regroupement des professionnels de santé qui agiront dans une prise en charge partagée pour prévenir, soigner, éduquer les malades et enseigner les étudiants font parti des propositions.

Conclusion: La création des agences régionales de santé offre l'opportunité d'instituer une instance juridique chargée du pilotage stratégique du dispositif.

Fondamentale pour la santé de la nation, la médecine de premier recours justifie que tous les efforts soient consentis pour sa revalorisation afin que tous les Français puissent recevoir des soins adaptés, même lorsque les portes des cabinets libéraux ce sont closes, et quel que soit leur lieu de vie.

MOTS CLEFS

Permanence des soins

Gardes

Médecine générale

Numéris clausus à l'installation