



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion 2004

---

**POUR UNE EVALUATION DE LA  
PERMANENCE DES SOINS DANS LE  
DEPARTEMENT DE LA SOMME A UN AN**

---

**Astrid THIEBAUT-DERODE**

---

# Remerciements

---

A mon mari,  
pour sa disponibilité et sa patience  
A ma famille,  
A mes amis,  
pour leur compréhension

A toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire et tout particulièrement :

A M. VEJUX, Directeur Départemental par intérim à la DDASS de la Somme,  
A Mme CACHERA, médecin inspecteur de santé publique à la DDASS de la Somme,  
pour son accompagnement,

A M. le Docteur MOULY, chargé de la commission des gardes et Président du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de la Somme jusqu'en 2003,  
A Mme le Docteur AMMIRATI, chef d'unité fonctionnelle au SAMU 80,  
A M. le Docteur GUIHENEUF, président de l'ARL 80,  
A Mme VAN VONTERGHEM, Directrice Adjointe de la CPAM d'Amiens,  
pour leur collaboration,

A l'équipe « mémoire » de l'ENSP et spécialement Mme COSSON,  
pour son aide,

A mes collègues médecins inspecteurs stagiaires,  
pour leur participation,

A tous mes collaborateurs.

---

# Sommaire

---

<b>1</b>	<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
1.1	Un sujet en pleine évolution .....	1
1.2	Les constats.....	1
1.3	La permanence des soins remise en question.....	2
1.4	Contexte du mémoire.....	3
1.4.1	Le Choix du thème et sa délimitation .....	3
1.4.2	Le questionnement et les hypothèses .....	3
1.4.3	Les objectifs du mémoire .....	4
1.4.4	L'annonce du plan .....	4
<b>2</b>	<b>LE CONTEXTE GENERAL.....</b>	<b>7</b>
2.1	Les déterminants de la crise des médecins généralistes.....	7
2.1.1	Le plafonnement des revenus .....	7
2.1.2	L'augmentation des contraintes administratives.....	7
2.1.3	Le besoin d'améliorer leur qualité de vie .....	7
2.1.4	La démographie médicale .....	8
2.1.5	Le décalage avec les évolutions sociétales relatives à la consommation des soins .....	8
2.2	Les textes législatifs .....	9
2.2.1	Les bases juridiques.....	9
2.2.2	Les évolutions réglementaires .....	11
2.3	La place du médecin généraliste dans la permanence des soins et les urgences.....	14
2.3.1	Le médecin généraliste .....	14
2.3.2	Le SAMU .....	15
2.3.3	Les transporteurs sanitaires privés .....	16
2.3.4	Le SDIS .....	16
2.3.5	Les services d'urgence.....	17
2.4	La permanence des soins dans d'autres pays européens .....	18
2.4.1	En Allemagne .....	19
2.4.2	En Espagne .....	19

2.4.3	Au Portugal et en Italie.....	19
<b>3</b>	<b>L'EXPERIENCE DU DEPARTEMENT DE LA SOMME .....</b>	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Etat des lieux.....</b>	<b>19</b>
3.1.1	Situation géographique .....	19
3.1.2	L'afflux d'appels au centre 15 .....	20
3.1.3	La sectorisation en place.....	21
<b>3.2</b>	<b>L'élaboration du projet.....</b>	<b>21</b>
3.2.1	Les principes .....	21
3.2.2	Une large concertation.....	22
<b>3.3</b>	<b>La mise en oeuvre du dispositif.....</b>	<b>23</b>
<b>4</b>	<b>LA METHODOLOGIE DU MEMOIRE .....</b>	<b>24</b>
<b>4.1</b>	<b>La recherche bibliographique .....</b>	<b>24</b>
<b>4.2</b>	<b>Le recueil de données qualitatives et quantitatives.....</b>	<b>24</b>
4.2.1	Les données de l'assurance maladie .....	24
4.2.2	Les données du CDOM.....	24
4.2.3	Les données de l'ARL80.....	24
4.2.4	Les données du SAMU .....	24
<b>4.3</b>	<b>L'enquête par questionnaire.....</b>	<b>25</b>
4.3.1	Pourquoi ce choix ? .....	25
4.3.2	La population enquêtée .....	25
4.3.3	L'élaboration du questionnaire .....	25
4.3.4	Le test utilisé .....	25
4.3.5	La méthode de diffusion et de recueil .....	26
4.3.6	Le plan de codage .....	26
4.3.7	La saisie .....	26
<b>4.4</b>	<b>Les difficultés rencontrées.....</b>	<b>26</b>
4.4.1	Dans le recueil de données .....	26
4.4.2	Dans la réalisation de l'enquête .....	27
<b>5</b>	<b>LES RESULTATS.....</b>	<b>27</b>
<b>5.1</b>	<b>Les données quantitatives et qualitatives.....</b>	<b>27</b>
5.1.1	Les données de l'assurance maladie .....	27
5.1.2	Les données du CDOM.....	28
5.1.3	Les données de l'ARL 80.....	29
5.1.4	Les données d'activité 2003 au SAMU 80 .....	29
5.1.5	Les résultats de l'enquête .....	31

<b>6</b>	<b>ANALYSE .....</b>	<b>47</b>
6.1	<b>Les données quantitatives et qualitatives.....</b>	<b>47</b>
6.1.1	Les données de l'assurance maladie.....	47
6.1.2	Les données du CDOM.....	47
6.1.3	Les données de l'ARL 80 .....	48
6.1.4	Les données du SAMU 80 .....	48
6.2	<b>Les données de l'enquête .....</b>	<b>48</b>
6.2.1	Lieu et modalité d'exercice, lieu d'habitation .....	48
6.2.2	Pratique d'une autre activité médicale .....	49
6.2.3	Temps de travail hebdomadaire.....	49
6.2.4	Les qualités des médecins généralistes .....	49
6.2.5	Autres diplômes .....	49
6.2.6	Statut au début de l'exercice.....	50
6.2.7	Durée d'installation .....	50
6.2.8	Sexe, âge et origine .....	50
6.2.9	Statut familial et type de logement .....	51
6.2.10	Secteurs de garde .....	51
6.2.11	Nombre de médecins et de participants à la garde par secteur.....	51
6.2.12	Nombre de gardes .....	51
6.2.13	La régulation au centre 15 et la rémunération .....	52
6.2.14	Modifications envisagées .....	52
6.2.15	La sectorisation .....	53
6.2.16	Evolution du nombre d'appels, du nombre de visites et du nombre de consultations .....	53
6.2.17	Impact sur la qualité de vie .....	53
6.2.18	Perspectives d'avenir .....	54
<b>7</b>	<b>CONCLUSION .....</b>	<b>59</b>
	<b>Bibliographie .....</b>	<b>61</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

ARL 80 : Association des médecins Régulateurs Libéraux de la Somme

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CODAMU : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires

CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des transports sanitaires, et de la permanence des soins

CODIS : Centre Opérationnel Départemental d'Incendie et de Secours

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CREDES : Centre de Recherche, d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

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

DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

ENSP : Ecole Nationale de la Santé Publique

FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville

MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique

POSU : Pôle Spécialisé d'Urgence

SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

SDIS : Service Départemental d'Incendie et de Secours

SMUR : Service Mobile d'Urgence et de Réanimation

SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire

URCAM : Union Régionale de l'Assurance Maladie

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil, d'Orientation et de Traitement des Urgences

# 1 INTRODUCTION

## 1.1 Un sujet en pleine évolution

Jusqu'en 2002, les gardes de médecine générale assurées dans le cadre de la permanence des soins de ville sont organisées de manières très variées sur tout le territoire : dans certains cas le médecin effectue seul ses gardes pour sa propre patientèle, dans d'autres cas il participe à un tour de gardes organisé. Les appels sont réceptionnés par les médecins eux-mêmes ou par un tiers. Parfois même, ils sont enregistrés sur un répondeur que le médecin consulte entre ses visites. Certains départements ont tenté de mettre en place une régulation des appels par le centre 15.

Mais au lendemain de la grève des gardes des médecins généralistes, très largement suivie de novembre 2001 à juillet 2002, la profession médicale rencontre des difficultés à accomplir la permanence des soins.

## 1.2 Les constats

Le conflit généré montre à la France entière, tant par son intensité que par sa durée, la volonté des médecins généralistes de redéfinir leur place dans le système de soins. Toutefois, au départ, le mouvement de grève des généralistes naît d'un manque exprimé de revalorisation financière opposé à une augmentation incessante des contraintes administratives. La question de la rémunération souvent exposée est loin d'être seule en cause. Le mode de protestation choisi devient un objectif en soi : des médecins découvrent que leur vie ne se résume plus au travail et constatent qu'ils oeuvrent mieux le jour, gagnant en sérénité et en efficacité depuis qu'ils dorment plus souvent la nuit<sup>1</sup>. Les médecins généralistes n'acceptent plus d'assurer la prise en charge des urgences 24 heures sur 24 et revendiquent des conditions de vie plus acceptables.

S'y associe la crise des urgences en surcharge permanente avec une fréquentation toujours croissante et un délai d'attente ayant tendance à s'allonger entraînant le mécontentement des patients.

Par ailleurs, le centre d'appel du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) a été un centre névralgique de la régulation au niveau départemental pendant les grèves. N'ayant pas

---

<sup>1</sup> LEHMANN Christian. Patients, si vous saviez...Confessions d'un médecin généraliste. Paris : Robert Laffont, 2003, 299p.

toujours les ressources nécessaires pour faire face à cette nouvelle charge de travail, il a dû gérer la crise « dans l'urgence ».

### **1.3 La permanence des soins remise en question**

Que recouvre exactement ce terme de permanence des soins et quel sens lui donner ?

En 2002, le sénateur Charles Descours a accepté de présider le groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins dont la constitution avait été annoncée au mois de juin par Jean-François Mattei, alors ministre de la santé. Dans le rapport de la commission du 22 janvier 2003, la permanence des soins est définie comme «une organisation mise en place par des 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 horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant<sup>2</sup>. »

La circulaire du 15 juillet 2002<sup>3</sup> va dans le même sens puisqu'elle décrit la permanence des soins comme une réponse de proximité la nuit, les dimanches et jours fériés, pour l'ensemble des patients, sur tout le territoire.

Dans la définition du rapport du groupe de M. Descours, la permanence des soins correspond bien à la prise en compte des demandes des patients qu'il s'agisse d'urgence réelle, compromettant le pronostic vital, ou d'urgence ressentie, correspondant à un patient en quête d'une réponse médicale pour un trouble qui l'inquiète et dont le caractère de gravité peut être extrêmement variable.

Les textes réglementaires parus depuis ne remettent pas en cause cette définition. Ils précisent les modalités nouvelles d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. La place du médecin généraliste y reste prépondérante. La notion de volontariat apparaît dans les avenants à la convention entre les syndicats des médecins et l'assurance maladie. L'article 77 du code de déontologie modifié évoque le « devoir » de participation.

Le comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CODAMU) dont l'objectif fixé par les textes de la réforme de 1996 est d'associer les secteurs public, privé et généraliste pour former un système fonctionnant de façon

---

<sup>2</sup> DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. 22 janvier 2003, 20p.

<sup>3</sup> Circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville

optimale et coordonnée pour la prise en charge des urgences, s'élargit et devient le comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence des soins et des transports sanitaires (CODAMUPS).

## **1.4 Contexte du mémoire**

### **1.4.1 Le Choix du thème et sa délimitation**

Le département de la Somme a lui aussi rencontré des difficultés pour que cette permanence soit assurée (réquisitions des médecins généralistes, saturation des lignes téléphoniques du Centre 15, encombrement des services d'urgence hospitaliers par manque d'effecteurs pour gérer les appels de garde).

Au mois de juillet 2002, les problèmes de gardes de médecine générale dans le département de la Somme ne sont pas réglés. Certains secteurs persistent à basculer leurs appels vers le centre 15 entre 12h00 et 14h00 ou pendant les horaires de fermeture des cabinets libéraux. Toutefois la majorité des secteurs a repris son activité antérieure. Forte de l'expérience de la grève des gardes, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) de la Somme décide de mener une réflexion active sur la permanence des soins. La circulaire du 15 juillet lui donne un cadre réglementaire.

Après une concertation entre les différents acteurs s'étalant sur plusieurs mois, un projet d'organisation est présenté aux professionnels et arrêté après passage en CODAMU au mois de mars 2003. Cette organisation repose sur un travail de sectorisation géographique des gardes et sur la participation des médecins généralistes à la régulation au centre 15. Les médecins qui le désirent ont la possibilité de transférer leurs appels pendant la garde au centre 15.

Dans la mesure où la permanence des soins en médecine ambulatoire repose en particulier sur la participation des médecins généralistes s'appuyant sur un article 77 modifié, le travail mené dans ce mémoire s'intéresse au ressenti et à l'adhésion des généralistes au dispositif actuel, après un an de fonctionnement.

En raison du calendrier très court, l'évaluation globale du système mis en place a été exclue. Elle pourra être explorée dans un second temps en s'intéressant tout particulièrement à la place des usagers.

### **1.4.2 Le questionnement et les hypothèses**

L'utilisateur doit avoir une réponse en cas d'urgence médicale qu'elle soit ressentie ou réelle. Le médecin inspecteur de santé publique est directement concerné par la nécessité d'une

permanence de soins en médecine ambulatoire, efficace sur tout le département, et du maintien de cette permanence en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux. En outre, il est membre de droit du CODAMU et préside le sous-comité médical. Afin que l'organisation actuellement mise en place dans le département soit pérenne voire consolidée, le système proposé doit être pertinent et cohérent par rapport aux pratiques des médecins généralistes, le terme *cohérence* regroupant la notion de mode de travail et de représentation du rôle.

#### A) La problématique

Après un an de fonctionnement, quel regard portent les médecins généralistes sur l'organisation de la permanence des soins mise en place dans le département de la Somme?

#### B) Les hypothèses

Les hypothèses qui suivent ont servi de base de travail.

Hypothèse 1 :

La majorité des médecins généralistes basculent leurs appels sur le centre 15 pendant la garde.

Hypothèse 2 :

La régulation des appels de médecine générale au centre 15 a diminué le nombre d'appels et de visites pendant les gardes.

Hypothèse 3 :

La sectorisation a entraîné une diminution du nombre de gardes.

Hypothèse 4 :

L'organisation actuelle améliore globalement la qualité de vie des médecins généralistes.

### **1.4.3 Les objectifs du mémoire**

L'objectif général du mémoire est de valider la pertinence de l'organisation actuelle et d'envisager les adaptations possibles.

L'enquête menée auprès des médecins généralistes a deux objectifs principaux : avoir l'avis des médecins sur l'organisation actuelle des gardes et colliger leurs suggestions pour l'améliorer. Par ailleurs, elle permet de mieux percevoir leurs contraintes.

### **1.4.4 L'annonce du plan**

Dans un premier chapitre, le contexte général sera abordé. Le bouleversement de perception du métier des médecins généralistes, l'avancée de la réglementation et la place du médecin généraliste dans la permanence des soins seront traités. Un élargissement sur quelques pays d'Europe viendra clore ce chapitre. L'expérience du

département de la Somme sera explicitée dans un deuxième chapitre. Puis la méthodologie utilisée pour le mémoire sera décrite. Suivront les résultats et l'analyse.

## **2 LE CONTEXTE GENERAL**

### **2.1 Les déterminants de la crise des médecins généralistes**

#### **2.1.1 Le plafonnement des revenus**

Pendant la grève des gardes qui s'étale de novembre 2001 à juillet 2002, les médecins généralistes souhaitent faire savoir qu'ils ne sont plus les nantis ou les notables de naguère<sup>4</sup>. Ils travaillent en moyenne 60 heures par semaine et assument d'importantes responsabilités. Selon B. KELLER, leurs revenus plafonnent depuis quelques années et ils considèrent que la seule façon de les augmenter est d'allonger les journées de travail. D'après les propos de D. POLTON, directrice du centre de recherche, d'études et de documentation en économie de la santé (CREDES), recueillis par S. COUSIN, le corps médical connaît des évolutions qui se traduisent dans l'esprit des médecins par un sentiment de dévalorisation par rapport à un statut antérieur. Le rapport entre leur charge de travail et leurs revenus en est l'une des origines<sup>5</sup>.

#### **2.1.2 L'augmentation des contraintes administratives**

Au-delà de la revalorisation des honoraires souvent mise en avant, la pérennité et la profondeur de la crise que traverse la profession laissent entrevoir d'autres motifs de découragement. S'ajoutent aux charges financières souvent dénoncées, l'accroissement des contraintes administratives selon B. KELLER, un exercice de plus en plus difficile surtout dans les quartiers sensibles où les médecins sont soumis à une insécurité potentielle. D'après F. GAUDIN<sup>6</sup>, les médecins veulent travailler moins et mieux. On assiste alors à un changement de paradigme : auparavant le médecin était libéral et avait choisi un sacerdoce. Aujourd'hui il a un métier et souhaite en négocier les conditions d'exercice.

#### **2.1.3 Le besoin d'améliorer leur qualité de vie**

Mais leur aspiration dominante est celle d'une organisation de vie et de travail moins contraignante. Ils constatent que, du fait même de leur exercice libéral qui, par sa nature, les soumet à la demande des patients, ils ne peuvent bénéficier des transformations que connaît la société à l'heure actuelle comme, par exemple, les aménagements du temps

---

<sup>4</sup> KELLER B. *Les leçons d'un conflit*. Décision santé, janvier 2001, n°181, pp.9.

<sup>5</sup> COUSIN S. *Permanence de soins : serez-vous volontaires ?* Impact médecin, 31 janvier 2003, vol.24, pp.36-40.

<sup>6</sup> GAUDIN F. *Revenus. La qualité de vie privilégiée*. Impact médecin, 14 mars 2003, n°26, pp.28-32.

de travail pour les salariés ou le repos compensateur du lendemain de garde pour les médecins hospitaliers. Ils n'admettent plus d'être soumis à des rythmes de travail qui ne leur permettent pas d'accéder à une vie de famille équilibrée et à des possibilités de loisirs plus étendues<sup>7</sup>. La difficulté de trouver des remplaçants, notamment en zone rurale, est loin d'améliorer ce constat.

#### **2.1.4 La démographie médicale**

En outre, la démographie médicale en France préoccupe les médecins en exercice d'autant plus que la consommation médicale ne diminue pas et ne peut qu'augmenter dans un pays qui vieillit régulièrement et mieux<sup>8</sup>. Les médecins aussi vieillissent ; l'âge moyen des médecins en France métropolitaine est de 46,5 ans en 2002. La féminisation de la profession progresse. Les femmes représentent plus de la moitié des médecins de moins de 35 ans et sont majoritaires chez les étudiants en médecine<sup>9</sup>. En revanche et selon P. ULMANN<sup>10</sup>, les études montrent qu'elles travaillent le plus souvent à temps partiel, plutôt en ville, et lorsqu'elles travaillent à temps plein, elles effectuent en moyenne dix heures en moins par semaine que les hommes. De plus, il existe des inégalités de répartition géographique entre les départements : les médecins généralistes sont en moyenne deux fois plus nombreux dans les départements méridionaux qu'au nord de la Loire. Enfin, les médecins généralistes exerçant en zone rurale ont de plus en plus de difficulté à céder leur patientèle au moment de la retraite d'autant plus que le choix du lieu d'installation correspond de plus en plus à des motivations d'ordre personnel et familial. Ils craignent l'apparition de déserts médicaux qui risquent de perturber la permanence des soins.

#### **2.1.5 Le décalage avec les évolutions sociétales relatives à la consommation des soins**

Par ailleurs, force est de constater que les notions de médecine, de santé et de bien-être occupent une place croissante dans les sociétés modernes et sont fortement imbriquées. Selon les Drs M. NAIDITCH et M. BREMOND<sup>11</sup>, le contrat social qui lie la profession

---

<sup>7</sup> GAUDIN F. *Revenus. La qualité de vie privilégiée*. Impact médecin, 14 mars 2003, n°26, pp.28-32.

<sup>8</sup> DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE (CREDES). *La démographie médicale française*. Question de sécurité sociale, janvier 2003, n°586, pp.21-29.

<sup>9</sup> POINDRON P-Y. , GAUDIN F. *Démographie médicale. Agir maintenant contre la pénurie*. Impact médecin, 7 décembre 2001, n°559, pp.36-41.

<sup>10</sup> ULMANN P. *Réformes pour la santé. La France va-t-elle manquer de médecins ?* Regards sur l'actualité, février 2003, n°288, pp.27-36.

<sup>11</sup> NAIDITCH M, BREMOND M. *La grève des médecins généralistes : des praticiens en quête de repères*. Laennec, 2002, n°4, pp.8-15.

médicale à la société subit des modifications profondes. Les médecins éprouvent des difficultés à se situer face à un ensemble de nouvelles demandes socio médicales qui semble de plus en plus échapper à leur contrôle. Face à cette médicalisation de la vie sociale, les médecins ne peuvent plus se vivre uniquement comme des avocats loyaux face à la souffrance de personnes qui s'adressent spécifiquement à eux. Ils se sentent considérés comme des prestataires de services.

Les médecins généralistes s'interrogent sur le sens de leur métier. Les problèmes de revenus, les difficultés des conditions de travail, l'insécurité, le consumérisme médical, le manque de médecins remplaçants, l'évolution de la démographie médicale sont autant d'éléments d'insatisfaction revendiqués par la profession. Dans son article, P. FREMEAUX<sup>12</sup> estime que l'enjeu actuel est de redéfinir leur place dans le système de soins afin de leur permettre de jouer le rôle clé qui est le leur.

## **2.2 Les textes législatifs**

Le rapport Descours a redéfini la permanence des soins comme « une mission d'intérêt général » en articulant ses propositions autour de trois axes : la participation à la garde en introduisant la notion de volontariat, la sectorisation et la régulation des appels. Ces recommandations sont reprises dans les différents textes réglementaires qui en découlent.

### **2.2.1 Les bases juridiques**

#### A) La loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002<sup>13</sup>

Suite à un amendement introduit par le gouvernement sur proposition du groupe de travail de M. Descours, la loi apporte la base juridique qui manquait à la permanence des soins. Elle introduit dans le code de la santé publique (titre II du livre III de la sixième partie) un chapitre sur la permanence des soins qui précise que dans le cadre de leur activité libérale, les médecins conventionnés et les médecins des centres de santé « participent, dans un but d'intérêt général, à la permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en conseil d'état ».

---

<sup>12</sup> FREMEAUX P. *Grève des médecins : des responsabilités partagées*. Alternatives économiques, février 2002, n°200, pp.6-9.

<sup>13</sup> La loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003

B) Le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003<sup>14</sup>

Il fixe les modalités d'organisation de la permanence des soins et les conditions de participation des médecins en précisant notamment les horaires des gardes, ainsi définis de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, le dimanche et les jours fériés. La permanence est assurée par les médecins sur la base du volontariat. Elle est organisée dans un cadre départemental et repose sur une sectorisation respectant les contraintes géographiques et démographiques. Le conseil départemental de l'Ordre est chargé de compléter le tableau en cas d'insuffisance. Enfin, l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation médicale au centre 15.

En outre, ce décret modifie la composition du CODAMU en élargissant celle précédemment fixée par le décret du 30 novembre 1987<sup>15</sup>. Le Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), un représentant de l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), un représentant de l'union régionale des médecins libéraux (URML), deux praticiens hospitaliers et des médecins libéraux désignés localement pour chacune des organisations représentatives au niveau national et pour chacune des associations participant à la permanence des soins ainsi qu'un représentant des usagers se joignent aux autres membres.

C) L'arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges<sup>16</sup>

Il fixe les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire et complète le décret susvisé. Le cahier des charges est révisé au plus tard tous les trois ans.

D) Le décret n°2003-881 du 15 septembre 2003<sup>17</sup>

Ce décret modifie l'article 77 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995<sup>18</sup> portant code de déontologie et le remplace par les dispositions suivantes : « il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui

---

<sup>14</sup> Le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique

<sup>15</sup> Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

<sup>16</sup> L'arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire

<sup>17</sup> Décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

<sup>18</sup> Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

l'organisent ». Cette modification fait suite au long débat qui a eu lieu au sein du groupe Descours. Les syndicats des médecins souhaitaient en effet la suppression de cet article au profit d'un système fondé sur le volontariat et demandaient la définition d'un nouveau cadre légal. Elle renvoie aux textes réglementaires parus du mois de décembre 2002 à décembre 2003. Les autres articles sont inchangés.

## **2.2.2 Les évolutions réglementaires**

### A) Les évolutions conventionnelles

Au cours de l'année 2002, les avenants conventionnels signés entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats professionnels et le protocole tripartite Etat, Assurance maladie, Ordre des médecins ont posé les jalons d'une nouvelle organisation de la permanence des soins. Celle-ci repose sur la participation des médecins généralistes à la permanence des soins sur la base du volontariat. Pour encourager ce dernier, sont appelées à être mises en place une régulation des appels et la rémunération des astreintes.

#### a) *Avenant n°8 à la convention nationale (Arrêté du 31 janvier)*<sup>19</sup>

Le 29 janvier 2002, un avenant à la convention des médecins généralistes est signé par les partenaires conventionnels. Il est l'objet d'un recours introduit par l'Ordre des médecins auprès du Conseil d'Etat. Il fait reposer la permanence des soins sur l'organisation de médecins conventionnés volontaires au sein d'associations de garde et d'astreinte. Dans une ordonnance en date du 12 avril 2002, le Conseil d'Etat juge que « la mise en œuvre effective de ce dispositif conventionnel serait de nature à créer une confusion des responsabilités et à placer le conseil national de l'Ordre des médecins et les conseils départementaux dans l'impossibilité d'assurer la mission de service public relative à l'organisation de la continuité des soins et au contrôle des obligations déontologiques des médecins qu'ils tiennent des textes ». Le 29 juillet 2002 le conseil d'Etat procède à l'annulation de l'avenant pour cause de doute sur la légalité.

L'avenant prévoyait des revalorisations d'honoraires, le financement des astreintes (50 euros les 12 heures) en reconnaissance de la participation à une mission de service public et le financement de la régulation par le fond d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV).

---

<sup>19</sup> Arrêté du 31 janvier 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes.

b) *Avenant n°10 à la convention nationale*<sup>20</sup>

Il reconduit les articles non litigieux de l'avenant n°8 et modifie les articles ayant fait l'objet du recours.

c) *Le protocole national sur la permanence des soins du 1er mars 2002*<sup>21</sup>

Les trois signataires, l'Etat, l'Assurance Maladie et le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), s'accordent sur deux objectifs communs : pérenniser une réponse de proximité la nuit, les week-ends et les jours fériés sur l'ensemble du territoire national et permettre une rémunération de l'astreinte, mission d'intérêt public.

Pour les décliner, une série de mesures est énumérée : la mise en œuvre d'une sectorisation départementale qui devrait permettre de passer de 3500 secteurs à 1500 secteurs, la rémunération des astreintes des médecins de garde, le renforcement de la régulation des appels téléphoniques organisée en lien avec le centre 15 en encourageant la participation des médecins généralistes.

Dans ce protocole le Conseil de l'Ordre est fortement responsabilisé conformément à sa volonté de tenir un rôle prépondérant dans l'organisation de la permanence des soins. Il est chargé de mettre en œuvre la sectorisation, de désigner les médecins d'astreinte et d'encourager les médecins généralistes à participer à la régulation.

La signature de ce protocole par le Président du CNOM désavoué par une majorité de conseils départementaux et de conseillers nationaux, a entraîné le 23 mai 2002 la démission du bureau du conseil national de l'Ordre.

B) Les circulaires récentes

a) *La circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins de ville*

La circulaire propose des solutions provisoires pour sortir de la crise provoquée par la grève des gardes au moment même où le groupe opérationnel de concertation sur la permanence de soins présidé par le Sénateur Descours est formé. Les services déconcentrés sont chargés de mettre en œuvre les trois points principaux énoncés dans

---

<sup>20</sup> Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes .

<sup>21</sup> Protocole national du 1<sup>er</sup> mars 2002 sur la permanence des soins entre l'Etat, le Conseil national de l'ordre des médecins et l'assurance maladie.

le protocole du 1<sup>er</sup> mars 2002 : la régulation des appels par un médecin libéral au centre 15, la sectorisation départementale et d'élaboration par le conseil départemental de l'Ordre de listes des médecins d'astreinte. Elle invite les services déconcentrés à lancer des consultations afin de formaliser un accord entre les différents partenaires et de mettre en œuvre l'avenant n°10 à la convention des médecins généralistes permettant notamment la rémunération des astreintes.

b) *La circulaire 71/2002 du 3 mai 2002 de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)*<sup>22</sup>.

Cette circulaire spécifie les conditions de financement des médecins généralistes participant à la régulation au centre 15 pendant les gardes par le FAQSV.

c) *La circulaire n°587/DHOS/O1/2003 du 12 décembre 2003*<sup>23</sup>.

Se trouvent précisément décrites dans cette dernière circulaire les modalités pratiques de mise en œuvre de la permanence des soins concernant la sectorisation, l'élaboration du tableau départemental de permanence par le conseil de l'Ordre, la régulation médicale des appels téléphoniques. Un cahier des charges doit être rédigé à cet effet. Sont abordés par ailleurs le rôle possible des hôpitaux notamment dans la mise en place de maisons médicales en leur sein, les modalités d'information aux usagers et l'élargissement du CODAMU en Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires (CODAMUPS).

La régulation médicale des appels est un élément central du dispositif. Elle se fait au niveau départemental et est physiquement installée dans les locaux du SAMU. Les appels de médecine générale sont réceptionnés par le centre 15 tout en faisant l'objet d'une régulation distincte. Le choix d'un numéro d'appel spécifique peut être fait, de préférence unique sur le département et interconnecté avec le 15. Il en est de même pour les départements qui feraient le choix d'implanter le centre de réception des appels de médecine ambulatoire en dehors des locaux du SAMU.

La participation de médecins libéraux à la régulation est organisée de 20h00 à 8h00 les jours ouvrés, les dimanches et les jours fériés. L'aménagement de ces horaires est possible si le cahier des charges départemental le permet. Le statut du médecin est celui

---

<sup>22</sup> Circulaire 71/2002 du 3 mai 2002 de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) relative à la mise en œuvre du protocole national sur la permanence des soins

<sup>23</sup> Circulaire n° 587/DHOS/O1/2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

d'un collaborateur occasionnel du service public. Une convention doit être signée entre le Directeur du centre hospitalier siège du SAMU, le Directeur du SAMU et les associations des médecins libéraux ou les médecins libéraux à titre individuel.

L'appel téléphonique pendant la garde est réceptionné par un Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) qui l'oriente initialement selon sa nature vers l'un des deux régulateurs.

L'autre point important est celui concernant l'élargissement du CODAMU à la permanence des soins : le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation devient membre de droit. Il traduit la volonté d'articuler la permanence de soins de ville avec les services d'urgence hospitaliers.

## **2.3 La place du médecin généraliste dans la permanence des soins et les urgences**

Le groupe Descours établit une distinction entre organisation de la permanence des soins et organisation de la prise en charge des urgences. Toutefois, il reconnaît les limites imprécises de ces deux domaines. Il n'existe aujourd'hui aucune définition consensuelle ou légale de l'urgence. Ceci explique la confusion qui persiste parfois entre les urgences avec leur contenu multiple et la permanence des soins. Ces deux notions sont en fait liées et doivent être organisées de façon coordonnée. Le médecin généraliste participe à la prise en charge de l'ensemble des demandes de soins non programmées et occupe par conséquent une place à part entière au sein des autres acteurs de la permanence de soins et des urgences.

### **2.3.1 Le médecin généraliste**

Sa participation dépend pour partie des nouveaux textes réglementaires sur lesquels repose l'article 77 modifié du code de déontologie.

Le médecin généraliste est soumis à trois contraintes :

- l'obligation de porter secours à toute personne en danger (L223-6 du code pénal et article 9 du code de déontologie)
- le devoir de participation à la permanence de soins selon les lois et règlements qui l'organisent (article 77 modifié du code de déontologie)
- l'obligation d'assurer la continuité des soins : le médecin doit transmettre à ses confrères les informations concernant les patients vus dans le cadre de l'urgence ou des gardes (article 59 du code de déontologie).

Il participe à la permanence de soins à la fois dans la dispensation d'actes médicaux au cours de la garde mais aussi dans ses missions de régulateur des appels de médecine générale au centre 15 pendant les gardes.

### 2.3.2 Le SAMU

La loi du 6 janvier 1986<sup>24</sup> définit clairement l'existence des SAMU. Le décret du 16 décembre 1987<sup>25</sup> en détermine les missions principales.

Le service d'aide médicale urgente est chargé :

- d'assurer une écoute médicale permanente,
- de déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée,
- de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés,
- d'organiser le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires,
- de veiller à l'admission du patient.

Le centre 15 est créé par circulaire en 1979<sup>26</sup>. C'est un centre de réception et de régulation des appels dont le siège se trouve au SAMU. Le numéro d'appel est unique et gratuit. Ce centre a pour objectif de mieux traiter les urgences vraies et d'éviter les sorties inutiles ou injustifiées de véhicules d'urgence. Le médecin régulateur est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles (médecins généralistes, SMUR, ambulances) et, si besoin, de solliciter le SDIS en cas de carence de moyens<sup>27</sup>.

Les SMUR ont pour mission d'apporter 24 heures sur 24, sur décision du médecin régulateur, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation.

La régulation est en effet un acte médical qui s'effectue à distance du patient par une communication téléphonique mettant en relation si possible le patient lui-même ou à défaut un tiers et le médecin régulateur. Le médecin régulateur a trois objectifs :

- analyser la demande de soins et quantifier le degré d'urgence,

---

<sup>24</sup> Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires .

<sup>25</sup> Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU.

<sup>26</sup> Rapport pour la Conférence des Présidents des Unions Régionales de Médecins en exercice Libéral. *Livre blanc : organisation de la permanence des soins en médecine libérale*. Juillet 2001, pp1-77.

<sup>27</sup> Circulaire interministérielle n°151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

- déterminer la réponse la plus adaptée à cette situation d'urgence et déclencher les moyens appropriés,
- assurer le suivi de l'intervention jusqu'à son terme<sup>28</sup>.

Le rôle du SAMU est assez étendu dans la mesure où il commence à la réception de l'appel et ne se termine que lorsqu'il s'est assuré que les soins nécessaires à l'état du patient seront délivrés. Il a pour mission d'assurer la médicalisation précoce des urgences sur le lieu de détresse et de donner une réponse graduée à l'urgence.

### **2.3.3 Les transporteurs sanitaires privés**

Pour compléter le paysage de la permanence de soins, les modalités de garde des transporteurs sanitaires ont subi elles aussi des modifications récentes. Par le décret n°2003-674 du 23 juillet 2003<sup>29</sup>, une garde des transports sanitaires est assurée sur l'ensemble du territoire départemental. Pendant la garde, toutes les demandes de transports sanitaires urgents sont adressées au SAMU. Les transporteurs sanitaires privés sont chargés de mobiliser un équipage et un véhicule dont l'activité est réservée aux seuls transports demandés par le SAMU afin de diriger les patients vers les établissements de santé.

### **2.3.4 Le SDIS**

La loi du 22 juillet 1987<sup>30</sup> précise que les services d'incendie et de secours sont chargés des secours aux personnes victimes d'accidents sur la voie publique ou consécutifs à un sinistre ou présentant un risque particulier et de leur évacuation d'urgence. En outre, la circulaire du 18 septembre 1992<sup>31</sup> apporte une information complémentaire en définissant la notion de prompt secours comme étant « la prise en charge sans délai des détresses vitales ou la pratique de gestes d'urgence ». Les pompiers n'interviennent en principe qu'en cas d'évacuation d'urgence et uniquement sur la voie publique. Les interventions

---

<sup>28</sup> BARNOIN S. *Evaluation de la pertinence de l'envoi d'un médecin généraliste par les SAMU 80*. Thèse pour le doctorat d'Etat en médecine. Faculté de médecine d'Amiens, Université de Picardie Jules Verne, 2002. 75p.

<sup>29</sup> Décret n° 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire et modifiant le décret n°87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres

<sup>30</sup> Loi n°87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre les incendies et à la prévention des risques majeurs.

<sup>31</sup> Circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

pour malades à domicile, urgences traumatologiques et médicales ne font pas partie de leurs missions sauf en cas :

- de détresse vitale
- d'intervention demandée par le SAMU
- d'intervention effectuée au titre du SAMU par convention.

Toutefois, le décret de 1997 notifie que le service de santé et de secours médical est en mesure de participer aux missions de secours d'urgence et de soutien sanitaire des interventions du SDIS. Il comprend notamment des médecins sapeurs pompiers.

Par ailleurs, la circulaire du 29 mars 2004 précise qu'en dehors des évacuations, et des transports effectués en tant que prestataires des services mobiles d'urgence et de réanimation, les sapeurs pompiers n'ont pas pour mission de réaliser des transports sanitaires. Ces derniers n'interviennent qu'en cas d'indisponibilité avérée des ambulanciers privés et à la demande du SAMU. Les évacuations peuvent être médicalisées par une équipe mobile hospitalière si le médecin régulateur le juge nécessaire. Ces situations doivent être ponctuelles et liées à une dégradation du patient au cours de la mission.

### **2.3.5 Les services d'urgence**

Les différentes structures d'accueil des urgences ont pour mission d'accueillir les urgences 24 heures sur 24 : il s'agit des Services d'Accueil des Urgences (SAU) situés dans des établissements MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), les services et Pôles Spécialisés d'accueil et de traitement de l'Urgence (POSU) qui ont pour mission d'accueillir les urgences concernant une seule spécialité et de réorienter les patients ne relevant pas de cette spécialité, les Unités de Proximité d'Accueil, d'Orientation et de Traitement des Urgences, qui ont pour mission l'accueil de toutes les urgences y compris psychiatriques, de médecine générale et de petite chirurgie avec anesthésie locale.

Le médecin généraliste est surtout en relation avec le SAMU et les services d'urgences. Il existe une complémentarité entre la permanence des soins de la médecine ambulatoire et les services des urgences qui nécessite de clarifier les missions réciproques de chacun. Dans la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences<sup>32</sup>, la mission des services des urgences y est décrite comme «prendre en charge en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital ou fonctionnel...et les besoins de soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir». En revanche, les besoins de consultations

exprimés en urgence, nécessitant l'intervention relativement rapide d'un médecin relève plutôt de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.

Dans le département de la Somme, le médecin généraliste est le plus souvent sollicité par le médecin régulateur hospitalier pour des urgences qui concernent des états pathologiques classés de gravité mineure (présentant une pathologie bénigne) ou moyenne (présence de blessures, de lésions ou d'une pathologie médicale exigeant des soins mais sans engagement du pronostic vital) selon la classification du degré de gravité des appels mis en place par le SAMU 80. Cependant, le SAMU peut faire appel aux médecins libéraux pour intervenir sur des urgences de gravité sévère (existence de blessures, de lésions ou d'une pathologie médicale nécessitant des soins immédiats et pouvant mettre en jeu, à brève échéance, le pronostic vital) et assurer les gestes de premiers secours en attendant l'arrivée du SMUR sur les lieux de détresse<sup>28</sup>. Les médecins généralistes sont donc des partenaires à part entière des SAMU.

En outre, un des objectifs du volet «urgences» du schéma régional d'organisation sanitaire de 2<sup>ème</sup> génération de Picardie (SROS), était «d'accroître significativement la participation des médecins libéraux dans la prise en charge des urgences» par la «constitution d'un réseau de soins dans chaque secteur sanitaire pour l'accueil et le traitement des urgences»<sup>33</sup>.

Ainsi, la centralisation des appels pendant les gardes au niveau du centre 15 permet de faire jouer la complémentarité entre les régulateurs hospitaliers et les régulateurs libéraux, de mieux orienter les usagers et d'envoyer les moyens les plus appropriés à leur demande en cas de nécessité.

## **2.4 La permanence des soins dans d'autres pays européens<sup>34</sup>**

La permanence des soins est une obligation déontologique dans les pays étudiés.

---

<sup>32</sup> Circulaire n°195/DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

<sup>33</sup> Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Picardie 2<sup>ème</sup> génération, volet Urgences, ARH de Picardie, 2001-2005.

<sup>34</sup> CHODOSAS M. Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans cinq pays européens : la France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Portugal. Thèse pour le doctorat d'Etat en médecine. Faculté de médecine Lariboisière – Saint – Louis, Université Paris VII, 2002. 181p.

#### **2.4.1 En Allemagne**

Légalement, les médecins généralistes privés sont responsables de leurs patients 24 heures sur 24 sauf le mercredi après-midi, le week-end et les jours fériés pendant lesquels un tour de garde est organisé. Ils sont tenus d'y participer. Ils peuvent par ailleurs être sollicités pour des appels d'urgence par le centre de régulation situé dans chacun des länders.

En revanche les médecins généralistes n'ont pas de liberté d'installation. Ils doivent se présenter dans les lieux où des places sont disponibles et sont recrutés sur entretien auprès des associations regroupant les médecins généralistes conventionnés. Ainsi les médecins libéraux sont mieux répartis sur le territoire.

#### **2.4.2 En Espagne**

La médecine ambulatoire est totalement publique avec des centres de santé fonctionnant aux heures ouvrables et d'autres 24 heures sur 24. Il existe des unités de soins à domicile qui sont gérées par des centres de régulation et assurent les soins médicaux et infirmiers avec véhicule et chauffeur. Les médecins généralistes ont un des plus grands nombres de consultations par jour en moyenne (39 consultations par jour et par généraliste) par rapport aux autres pays européens. Par ailleurs, l'Espagne est un des premiers pays à avoir instauré un numerus clausus et malgré cette mesure, le nombre de médecins au chômage ne cesse d'augmenter (plus de 20000 en 1992, essentiellement des médecins généralistes).

#### **2.4.3 Au Portugal et en Italie**

Il existe des centres de santé publics et des services d'assistance permanente. Mais en pratique, les délais sont longs, incitant les patients à consulter directement les urgences.

### **3 L'EXPERIENCE DU DEPARTEMENT DE LA SOMME**

#### **3.1 Etat des lieux**

##### **3.1.1 Situation géographique**

Les départements de la Somme, de l'Aisne et de l'Oise forment ensemble la région Picardie située au Nord de Paris. Selon les données statistiques de la DRASS de Picardie<sup>35</sup>, le département de la Somme qui nous intéresse comprend 557 220 habitants

---

<sup>35</sup> *Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social*. DRASS de Picardie, juillet 2003. 34p.

au 1<sup>er</sup> janvier 2000 pour une superficie de 6170 km<sup>2</sup>. Sa densité est de 91 habitants par km<sup>2</sup> pour une densité moyenne régionale de 109 habitants au km<sup>2</sup>. La Préfecture de Région se trouve à Amiens, ville d'environ 150000 habitants. Il s'agit d'un département plutôt rural avec une zone côtière à l'ouest qui subit une forte augmentation de la population pendant la période estivale. La démographie médicale est en dessous de la moyenne nationale sauf pour les médecins généralistes libéraux avec une densité de 119 médecins pour 100000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2002 (moyenne France métropole à 115). Il existe néanmoins des inégalités de répartition sur le département avec une densité de généralistes libéraux de moins de 5 médecins pour 10000 habitants dans 5 des 48 cantons<sup>36</sup>.

### **3.1.2 L'afflux d'appels au centre 15**

Au lendemain de la grève des gardes, repenser la permanence des soins dans le département s'est révélé une priorité de la DDASS. Même si la majorité des médecins généralistes avaient repris le chemin de la garde, persistaient encore quelques difficultés individuelles pour assurer l'astreinte. Par ailleurs, des habitudes de recours aux soins s'étaient installées chez les usagers : l'augmentation du nombre d'appels au centre 15 occasionnée lors de la grève avait persisté malgré l'arrêt de celle-ci. Le nombre d'appels adressés au centre 15 était certes en augmentation depuis deux années avec une acmé pendant la période s'étalant de novembre 2001 à juin 2002 correspondant à la grève des gardes des médecins généralistes. En revanche, la diminution attendue du nombre d'appels après la grève a été plus faible que prévu. Les données du centre 15 ont permis de mettre en évidence une augmentation du nombre total d'affaires traitées entre les années 2001 et 2002 due en grande partie à l'augmentation des appels relevant de la médecine générale c'est-à-dire des appels ayant entraîné ou l'envoi du médecin généraliste à domicile ou la mise en conférence du patient avec le médecin d'astreinte ou la dispensation de conseils médicaux. Dans cette catégorie d'appels, seuls les envois du médecin généraliste par le régulateur du centre 15 directement chez le patient n'ont pas fait l'objet d'augmentation.

---

<sup>36</sup> *Croisement d'Informations Régionalisées*. ORS de Picardie, juin 2003, n°6, 191p.

Tableau comparatif des principales décisions relevant de la médecine générale  
au centre 15 entre les années 2001 et 2002 (SAMU 80)

	2001	2002
Envoi direct du médecin généraliste	4546	4451
Mise en conférence du patient avec médecin généraliste	614	5172
Conseils médicaux	4342	6881
TOTAL	9502	16504

### **3.1.3 La sectorisation en place**

Le département était découpé en 49 secteurs de garde. La répartition était ancienne. Elle s'était faite avant tout sur la base d'ententes locales et sur le respect, plus ou moins suivi, des clientèles des médecins participant aux tours de garde. La sectorisation comportait néanmoins des imperfections : certaines zones se chevauchaient et d'autres n'étaient que peu ou pas couvertes.

L'organisation amiénoise était et reste particulière. Antérieurement, les gardes médicales à Amiens étaient assurées par un tour de garde de médecins généralistes de la ville en parallèle avec celui des médecins de l'association SOS Médecins. Mais l'organisation du tour de garde s'est éteinte au bout d'une dizaine d'années pour ne laisser place qu'aux praticiens de SOS Médecins. Entre temps le nombre de médecins de l'association a augmenté. Ces médecins assurent seuls la permanence des soins en médecine ambulatoire depuis plusieurs années sur le secteur du « Grand Amiens ».

## **3.2 L'élaboration du projet**

Alors qu'une grande période de concertation est lancée au niveau national au sein du groupe Descours, la circulaire du 15 juillet 2002 propose des pistes de travail aux services déconcentrés. La DDASS de la Somme met en place un groupe de travail avec les différents acteurs.

### **3.2.1 Les principes**

Une première réunion de cadrage est organisée. L'objectif est d'avoir une lecture commune du protocole du 1<sup>er</sup> mars 2002 et de la circulaire du 15 juillet 2002 qui prévoient d'améliorer le dispositif de permanence de soins en renforçant la régulation libérale des appels téléphoniques en lien avec le centre 15. Des représentants du SAMU, de la caisse

primaire d'assurance maladie (CPAM), du Conseil de l'Ordre et de la DDASS y assistent. La première idée est de faire participer les médecins libéraux à la régulation des appels de médecine générale au centre 15. Les horaires proposés sont les suivants : de 20h00 à 24h00 les jours de semaine, de 12h00 à 24h00 le samedi et de 8h00 à 24h00 le dimanche et les jours fériés, le responsable du SAMU estimant que la régulation de nuit pourrait être assurée par le régulateur hospitalier au moins dans un premier temps. L'équipement alors en place dans la salle de régulation du SAMU 80 permet d'accueillir un régulateur supplémentaire sachant que des aménagements ultérieurs sont prévus. Il est fait le choix d'une régulation sur un seul site au centre 15 pour deux raisons : c'est le dispositif le plus simple pour l'utilisateur (un seul numéro de téléphone) et le plus efficace pour l'organisation de la régulation (favorise la concertation et les conseils mutuels). En outre, la mise en œuvre d'une sectorisation géographique qui relève des missions du conseil de l'Ordre est à réaliser. Elle doit aboutir à l'abandon d'une sectorisation dite de clientèle et permettre de mieux couvrir le département dans son ensemble, afin de pouvoir répondre correctement à la demande des usagers en matière de soins pendant la garde. L'agrandissement des secteurs est souhaité afin d'élargir le tour de garde. La rencontre des professionnels, syndicats, coordination médicale et association s'en suit.

### **3.2.2 Une large concertation**

#### **A) Le groupe de travail**

Au mois de septembre 2002, le dispositif de régulation au centre 15, les évolutions qualitatives et quantitatives concernant les appels, le système de garde et les objectifs souhaités sont présentés et discutés avec les représentants de la profession. La participation des médecins généralistes à la régulation des appels au centre 15 est plutôt bien accueillie. En revanche des questions subsistent relatives au mode de financement. Le moment est alors opportun d'associer l'URCAM et la direction du Centre Hospitalier Universitaire (CHU), siège du centre 15 départemental, aux discussions.

Une nouvelle rencontre a lieu 2 semaines plus tard. Tous les acteurs sont présents. L'URCAM présente les modalités de rémunération et de financement par le FAQSV de la régulation libérale tandis que le directeur du CHU propose une convention entre les médecins libéraux et le CHU.

#### **B) La présentation du projet aux professionnels**

Pour élargir la concertation, il est décidé de présenter le document de travail aux médecins généralistes. Trois réunions sont organisées avec l'aide des professionnels dans trois villes du département. L'invitation est lancée par le Président du conseil de l'Ordre au moyen d'un courrier adressé à tous les médecins généralistes et sur lequel

figurent les trois dates proposées. Les représentants de l'Ordre, du SAMU, du CHU, de l'assurance maladie et de la DDASS sont présents et répondent aux questions des professionnels.

Les objectifs du dispositif sont :

- une diminution du nombre d'appels aux médecins généralistes en dehors des heures d'ouverture de leur cabinet médical,
- une diminution du nombre de visites au domicile des patients,
- une amélioration du service rendu par le centre 15 : réduction du temps d'attente pour les appelants (surtout par rapport à la période de grève), meilleure prise en charge des urgences vitales, meilleure adaptation des réponses aux besoins.

Le projet prend en compte l'élaboration d'une convention entre l'association des médecins régulateurs libéraux et le CHU siège du SAMU 80, la régulation unique au centre 15, les horaires de participation des médecins généralistes à la régulation, le statut du médecin régulateur libéral et les règles relatives à sa responsabilité, les modalités de traitement de l'appel, la rémunération du médecin régulateur, la formation des médecins libéraux à la régulation qui est apportée par le département de médecine d'urgence du CHU, en particulier par les médecins régulateurs hospitaliers, l'évaluation, la communication et le financement.

A la suite de cette présentation, un questionnaire est envoyé, par le conseil départemental de l'Ordre, à tous les médecins généralistes du département, sollicitant leur avis sur ce projet et leur participation à ce dispositif. Sur les 368 réponses reçues soit plus de 60% de la profession, 302 praticiens acceptent la régulation de leurs appels de garde par le centre 15 et 72 médecins libéraux sont prêts à y participer.

Parallèlement à ces démarches, le Conseil de l'Ordre entreprend de modifier les secteurs. La difficulté est de passer d'une sectorisation respectant la clientèle à une sectorisation géographique. Une période de concertation entre l'Ordre et les professionnels est engagée. Ce travail permet d'aboutir à une réduction du nombre de secteurs de garde à 40 contre 49 auparavant.

### **3.3 La mise en oeuvre du dispositif**

Au mois de février 2003, l'association des médecins régulateurs de la Somme (ARL80) est créée avec 38 médecins volontaires pour participer à la régulation au centre 15.

Le 19 mars 2003, l'organisation de la permanence des soins est présentée au CODAMU et la nouvelle sectorisation est mise en place et fait l'objet de la signature d'un arrêté

préfectoral le 31 mars 2003. La participation des médecins généralistes à la régulation commence dès le 1<sup>er</sup> avril 2003.

## **4 LA METHODOLOGIE DU MEMOIRE**

### **4.1 La recherche bibliographique**

Elle a été effectuée à partir de la banque de données de l'ENSP et de la banque de données santé publique (BDSP). La grève des gardes des médecins généralistes a véritablement remis au premier plan la permanence des soins. Aussi force a été de constater que le mot clé « permanence des soins » n'existe pas encore dans le thésaurus. Les textes réglementaires sont en augmentation croissante alors qu'il n'y a que peu de documents relatifs aux expériences déjà mises en place. La recherche a été complétée par l'utilisation du moteur de recherche « google », de Pub Med, et par la consultation des documents internes à la DDASS de la Somme.

### **4.2 Le recueil de données qualitatives et quantitatives**

Des données ont été recueillies auprès de la CPAM, du conseil départemental de l'Ordre des médecins, de l'ARL80 et du SAMU au moyen d'entrevues dirigées et succinctes.

#### **4.2.1 Les données de l'assurance maladie**

Elles concernent les modalités de rémunération des astreintes. Il est envisagé une comparaison sur 3 mois entre 2002 et 2003 du nombre d'actes en terme de visites effectuées la nuit, par le biais de remboursements des usagers, afin d'avoir des données objectives sur l'activité des médecins pendant la garde.

#### **4.2.2 Les données du CDOM**

Les renseignements obtenus sont d'ordre qualitatif et empirique par un court entretien dirigé. L'évolution des secteurs et les modalités d'exemption des médecins ont été abordées.

#### **4.2.3 Les données de l'ARL80**

Il s'agit là aussi de données, obtenues lors d'un entretien téléphonique court et dirigé, plutôt qualitatives relatives à l'organisation de l'association et à son évolution depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003.

#### **4.2.4 Les données du SAMU**

Les données statistiques du SAMU portent sur l'activité au niveau des appels au centre 15 pendant l'année 2003. Elles ont été réalisées par le SAMU 80 à partir des dossiers informatiques ouverts pour chaque affaire traitée.

## **4.3 L'enquête par questionnaire**

### **4.3.1 Pourquoi ce choix ?**

Dans la mesure où un dispositif de permanence de soins est mis en place dans le département de la Somme le 1<sup>er</sup> avril 2003, il est choisi de faire une évaluation sur la participation des médecins généralistes mais aussi sur leur ressenti et leur adhésion à l'organisation actuelle. L'objectif est de toucher le plus grand nombre de médecins. L'option du questionnaire est par conséquent plus appropriée et permet d'avoir des données quantitatives. Il est anonyme.

### **4.3.2 La population enquêtée**

La réflexion oscille autour du nombre de réponses attendu. Un minimum de 100 questionnaires exploitables est souhaité. Les résultats d'autres enquêtes réalisées dans le département auprès des médecins libéraux, en dehors des enquêtes menées par les organismes liés directement à la profession, laissent supposer un taux de réponses plutôt faible de l'ordre de 20 à 25%. Le département comprenant 660 médecins généralistes, le choix est fait d'envoyer le questionnaire à l'ensemble des praticiens. La liste des destinataires est issue d'une extraction du fichier ADELI du département. Y sont reportés les médecins généralistes ayant une activité libérale exclusive et ceux ayant une activité libérale associée à une activité salariée.

### **4.3.3 L'élaboration du questionnaire**

Dans un premier temps, les grandes idées du questionnaire ont été dégagées. Puis un premier projet a été rédigé. Il a ensuite subi plusieurs modifications au cours des différents ateliers « mémoire ». Les questions intéressent le dispositif actuel et ses répercussions subjectives sur l'activité médicale des médecins libéraux mais aussi les déterminants sociaux, la représentation de la profession et la perception de l'avenir. La majorité des questions est fermée. Toutefois, afin de pouvoir affiner les données et obtenir des pistes d'action pour appréhender les difficultés à venir et proposer des améliorations potentielles, des questions ouvertes y sont insérées.

### **4.3.4 Le test utilisé**

Le questionnaire doit être testé par un échantillon de population identique à celle interrogée mais n'en faisant pas partie. Dans le cas présent, ce n'était pas possible : tous les médecins du département étaient concernés par l'enquête. Par ailleurs, il n'existe pas d'organisation de la permanence des soins similaire à celle de la Somme dans les départements limitrophes. Aussi, une version du questionnaire a été testée par les médecins inspecteurs stagiaires de la promotion. Le questionnaire a été envoyé par messagerie électronique aux 21 stagiaires. Parmi eux dix m'ont renvoyé leurs

observations. Le questionnaire a été une nouvelle fois adapté et finalisé en tenant compte des remarques faites. Il n'a pas été de nouveau testé (annexe1).

#### **4.3.5 La méthode de diffusion et de recueil**

Le questionnaire comporte 38 questions reproduites en recto verso sur une feuille de format A3 pliée en deux, accompagnée d'une lettre introductive précisant l'intérêt et les objectifs de l'enquête. L'envoi est fait par courrier le 15 mars pour un retour souhaité le 15 avril au plus tard. Un deuxième envoi est prévu si le taux de réponses est insuffisant. Il ne sera pas effectué.

#### **4.3.6 Le plan de codage**

Il est réalisé a posteriori. Les questions fermées ne posent pas de problème particulier. En revanche, le dépouillement des questions ouvertes entraîne un important travail de codage. Les réponses de l'ensemble des questionnaires reçus sont inventoriées et reportées sur une feuille afin d'en extraire par regroupement plusieurs variables en fonction des options théoriques mais aussi du nombre des réponses obtenues pour chacune des modalités (annexe 2). Le regroupement observé après un premier tri à plat a fait l'objet de recodages successifs pour arriver à la version finale.

#### **4.3.7 La saisie**

Elle a été faite sur un logiciel de statistiques après entrée du questionnaire et du plan de codage. La saisie a fait l'objet de corrections au fur et à mesure des évolutions du plan de codage. Devant l'affluence des réponses, certaines règles d'enregistrement ont été adoptées notamment pour les questions ouvertes. Pour la question 6, seules la première réponse de la première ligne et la première réponse de la seconde ligne ont été acceptées. Pour la question 7, les deux premières réponses ont été enregistrées. Pour les questions 33, 35, 36 et 37 seules les premières réponses ont été prises en compte. Pour la question 38, seules les deux premières modalités ont été reportées. La question 8 était prévue pour être fermée à une réponse. Le dépouillement des questionnaires a conduit à revoir les modalités de réponses pour autoriser deux réponses possibles au maximum.

### **4.4 Les difficultés rencontrées**

#### **4.4.1 Dans le recueil de données**

La collecte d'informations et de données quantitatives auprès des différents partenaires n'a pas été facile à réaliser du fait des contraintes de gestion des agendas respectifs. En outre certains éléments de la CPAM n'ont pas été communiqués à temps en raison d'un problème informatique. De plus la présentation des tableaux de garde uniquement sur papier n'a pas permis de faire l'étude comparative sur 3 ans initialement prévue.

#### **4.4.2 Dans la réalisation de l'enquête**

Le questionnaire s'adressait aux médecins généralistes installés. Les remplaçants n'étaient pas concernés par l'enquête mais le fichier ADELI ne permet pas de les isoler. Ils ont donc été destinataires de l'envoi. Toutefois dans la lettre introductrice et le questionnaire, il était stipulé clairement que l'enquête visait les seuls médecins installés. Par ailleurs, un deuxième envoi de rappel était prévu au départ. Il n'a pas été réalisé en raison des contraintes de temps.

Le manque d'expérience dans la réalisation de questionnaire a induit des difficultés particulières au cours des différentes étapes d'élaboration : tant au niveau du choix et de la rédaction des questions qu'au niveau de l'élaboration du plan de codage. Le fait d'avoir participé à la mise en place du dispositif de permanence des soins implique une prise de recul moins évidente par rapport à la situation étudiée. Le test effectué a manqué de pertinence et les corrections apportées aux questionnaires n'ont pas été suffisantes. Dans la mesure du possible, le codage a été adapté en conséquence. Par ailleurs dans la rédaction des questions portant sur les gardes et le nombre de gardes, les particularités amiénoises n'ont pas été envisagées. L'analyse des résultats a tenu compte de cette différence pour être le plus juste possible.

Un autre écueil a été la découverte du logiciel et l'exploitation du questionnaire. Les questions ouvertes ont l'avantage de privilégier la perception des médecins interrogés plutôt que d'imposer des modalités de réponses. Mais la qualité de l'information n'est pas toujours évidente à interpréter et les réponses peuvent être dispersées et parfois difficiles à coder voire inclassables. Enfin, la totalité des informations recueillies n'est pas complètement exploitée dans ce mémoire dans la mesure où certaines personnes interrogées ont été prolixes dans leurs réponses.

## **5 LES RESULTATS**

### **5.1 Les données quantitatives et qualitatives**

#### **5.1.1 Les données de l'assurance maladie**

Dans le dispositif, l'assurance maladie procède à la rémunération des astreintes depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003. Les tableaux de garde du CDOM sont transmis à l'assurance maladie sans réelle périodicité. Des formulaires de demande de paiement des médecins de garde arrivent chaque jour à la CPAM. Pour les médecins remplacés pendant la garde, le formulaire est au nom du médecin titulaire. Le versement de l'astreinte se fait par virement. La somme est de 50 euros pour 12 heures ; cette somme est doublée

uniquement pour la garde dominicale. Pendant l'année 2003, 12292 astreintes ont été versées. Deux des secteurs ne sont pas concernés : le secteur de la ville d'EU qui est un secteur interdépartemental avec le département du Pas-de-Calais et dont la rémunération du médecin de garde ne dépend plus de la Somme et le secteur d'Amiens. En 2003, 46 astreintes n'ont pas été versées aux médecins de garde d'Amiens. Les gardes sont assurées par deux praticiens de SOS Médecins qui sont différents chaque jour. Le problème vient du fait que l'arrêté préfectoral ne prévoit qu'une astreinte sur la ville d'Amiens qui comprend un quart de la population du département. Or deux médecins sont nécessaires pour assurer l'astreinte de ce grand secteur auxquels s'ajoutent quatre communes : Cagny, Camon, Longueau et Rivery. Une modification de l'arrêté préfectoral est en discussion.

Toutefois, il est important de noter qu'une diminution du nombre total de visites est déjà engagée depuis le début de l'année 2003. Une campagne lancée en 2003 par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie consiste à responsabiliser les usagers afin de lutter contre les visites jugées injustifiées, d'autant plus que le taux de visites dans le département est le plus élevé de la région. Deux supports ont été conçus et envoyés aux médecins généralistes du département : un dépliant d'information intitulé « la visite c'est pas automatique » et une affichette coordonnée. Par ailleurs, un message rappelant aux patients le bon usage de la visite est paru sur les décomptes des assurés sociaux de la région au cours du mois de septembre 2003. Ces actions ont pour objectifs de responsabiliser les usagers et d'aider les médecins à mieux éduquer leurs patients.

Ainsi, les assurés du régime général de la CPAM de la Somme ont eu recours à 4173 actes de nuit pendant le quatrième trimestre 2003 contre 5298 actes en 2002, soit une baisse de 21,23%. Parallèlement, une diminution de 7,25% d'actes réalisés au domicile du patient a été enregistrée.

### **5.1.2 Les données du CDOM**

La sectorisation géographique entreprise par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et actée en mars 2003 continue d'évoluer. Les discussions sont encore d'actualité dans certains secteurs. L'évolution est plutôt dans le sens de regroupement surtout pour assurer les gardes de week-end, l'élargissement des secteurs permettant de diminuer le nombre de gardes par praticien sur l'année. Les tours de garde fonctionnent avec un nombre de médecins allant de 5 à 24. Le rythme des gardes est variable selon les secteurs s'étalant de une garde de week-end par mois à une par trimestre.

Les exemptions sont délivrées par le CDOM. Les médecins ayant des problèmes médicaux ou familiaux importants, les médecins âgés sont dispensés d'astreinte. Par ailleurs et de fait, les médecins du secteur d'Amiens ne font plus de gardes puisque SOS Médecins les assure. En outre, les médecins pratiquant un mode d'exercice particulier (homéopathie, acupuncture...), sont des médecins généralistes. Leur dispense de garde n'est acceptée par le CDOM que dans la mesure où les médecins du secteur auquel ils appartiennent sont d'accord.

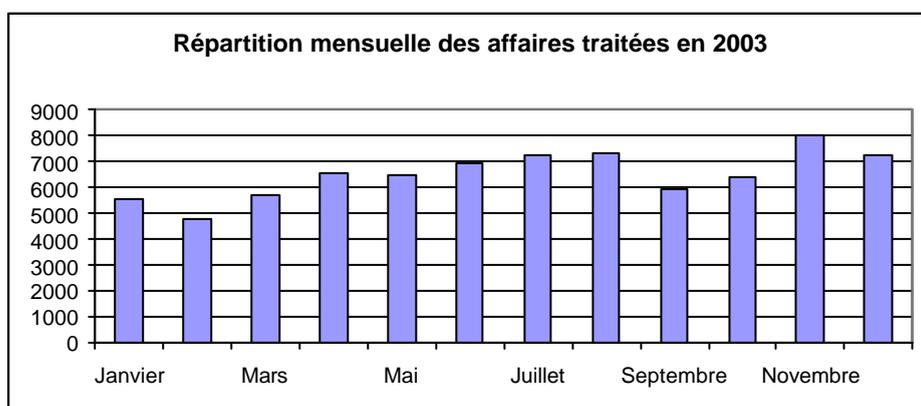
### 5.1.3 Les données de l'ARL 80

L'ARL 80 a été constituée en février 2003. La participation des médecins généralistes à la régulation a été effective à partir du mois d'avril suivant. L'association a commencé avec 37 médecins volontaires. Un an après, 55 médecins figurent sur le planning de gardes. Sur la ville d'Amiens, quelques médecins ont rejoint les praticiens libéraux de SOS Médecins qui ont fait le choix de tous participer à la régulation. Les autres régulateurs sont répartis sur le département. L'association se réunit deux fois par an pour établir les tableaux de garde.

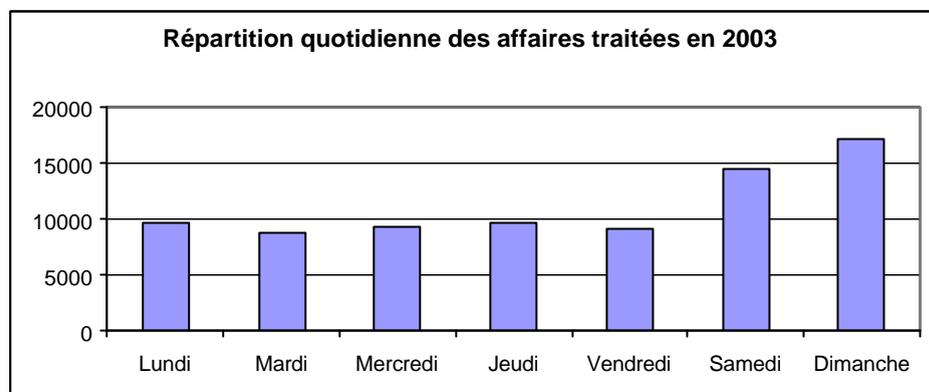
D'après le Président de l'association, les médecins sont convaincus de l'utilité du dispositif à la fois pour leurs confrères mais aussi pour leur propre compte. Cette activité diversifie leur travail et leur permet de fréquenter l'hôpital et les praticiens hospitaliers du SAMU, tissant ainsi des liens privilégiés. Toutefois, ces gardes s'ajoutent aux astreintes même si leur fréquence est peu élevée. Des modifications des horaires de fonctionnement ne sont pas prévues cette année.

### 5.1.4 Les données d'activité 2003 au SAMU 80

Au SAMU, 78217 affaires ont été traitées en 2003. Elles sont réparties de la manière suivante sur 12 mois avec un maximum au mois de novembre (8031) et un minimum au mois de février avec 4804 affaires :



En visionnant la répartition quotidienne des affaires traitées dans le graphique ci-après, force est de constater que 40% du total des affaires sont traitées le week-end (soit 14560 affaires le samedi et 17101 le dimanche). Les autres jours de la semaine, le nombre d'affaires oscille entre 8859 et 9658 affaires.



Le tableau ci-dessous relatif aux décisions prises par les régulateurs libéraux met en évidence la nette prépondérance des actions suivantes :

- 6310 mises en conférence de l'appelant avec le médecin généraliste du secteur soit 48,95% des décisions du médecin généraliste
- 5342 conseils ou renseignements médicaux donnés soit 41,44% de l'activité.

**TABLEAU DE LA TOTALITE DES DECISIONS PRISES EN REGULATION LIBERALE AU CENTRE 15 DU DEPARTEMENT DE LA SOMME EN 2003 (SAMU 80)**

DECISIONS DE LA REGULATION LIBERALE	NOMBRES
Ambulance privée	270
Pompiers (dont carence AP)	184
Conférence Médecin généraliste de secteur	<b>6310</b>
Déclenchement médecin	472
Conseil / renseignement	<b>5342</b>
Déclenchement police ou gendarmerie	49
Déclenchement SMUR	133
Faux appel	24
Sans suite	106
<b>TOTAL</b>	<b>12890</b>

Une même affaire peut donner plusieurs décisions. Le nombre total de décisions est par conséquent supérieur au nombre d'affaires traitées sur l'année. Ainsi les 78217 affaires

ont donné lieu à 84138 décisions dont 71348 soit 85% ont été prises par les régulateurs hospitaliers contre 12790 soit 15% par le régulateur libéral.

L'évolution du nombre de décisions types (régulations libérale et hospitalière confondues) au cours d'appels relevant de la médecine générale entre 2002 et 2003 sont les suivantes:

- 1695 déclenchements de médecin supplémentaires en 2003 (soit une augmentation de 38%)
- 13072 conférences supplémentaires par rapport à 2002 (soit une augmentation de 253%)
- 19747 conseils médicaux en plus en 2003 (soit une augmentation de 287%).

**TABLEAU COMPARATIF DES PRINCIPALES DECISIONS RELEVANT DE LA MEDECINE GENERALE AU CENTRE 15 ENTRE LES ANNEES 2002 ET 2003 (SAMU 80)**

<i>Année</i>	<i>2002</i>	<i>2003</i>
<i>Type de décisions</i>		
Déclenchement du médecin	4451	6146
Mise en conférence du patient avec le médecin généraliste d'astreinte	5172	18244
Conseils médicaux	6881	26628
TOTAL	16504	51018

### 5.1.5 Les résultats de l'enquête

Sur les 660 questionnaires envoyés, 202 ont fait l'objet d'une réponse, ce qui correspond à un taux de réponses de 30,6%. Toutefois 2 questionnaires de médecins remplaçants ont été écartés. Le questionnaire était en effet adressé aux seuls médecins installés. Les résultats qui suivent concernent les 200 questionnaires exploités.

Les résultats de cette étude, exprimés en pourcentage et en nombres entiers, ne sont qu'indicatifs, pour exprimer une tendance liée à une subjectivité. Le test statistique du  $\chi^2$  (chi 2) d'indépendance n'a pas été applicable pour comparer la liaison entre deux variables en raison de la persistance d'effectifs théoriques inférieurs à 5 malgré les regroupements effectués.

Par ailleurs, les tableaux croisés comportaient systématiquement plus de 4 cases.

Sur l'ensemble des questions posées, le taux de réponse est de 66,7%. Si les questions ouvertes portant sur la principale modification à apporter (27 bis), dont l'effectif est le plus bas soit 80 réponses, et sur l'activité de remplacement par rapport à la médecine libérale (35), dont l'effectif est à 124, ne sont pas retenues, le taux de réponse moyen pour le reste du questionnaire passe à 96%.

A) Situation actuelle

a) *Caractéristiques de lieu*

**Lieu d'exercice**

Seule une personne n'a pas répondu à cette question. Une grande partie des médecins qui ont répondu exercent dans une commune dont la population est située entre 2001 et 10000 habitants soit 40,7% des 199 réponses. Juste derrière se trouvent les médecins dont la commune comprend moins de 2000 habitants avec 33,1% des réponses. La seule commune dans le département comprenant plus de 50000 habitants est la capitale picarde soit Amiens. 20,1% des réponses sont issues des médecins exerçant dans cette ville. Plus globalement, la majorité des médecins ayant répondu soit 73,5% ont leur cabinet dans une commune dont la population est égale ou inférieure à 10000 habitants.

**Lieu d'habitation**

Sur les 200 réponses, la répartition du lieu d'habitation des médecins généralistes libéraux est la suivante : 123 ont leur cabinet médical dans la commune où ils résident (soit 61,5%) contre 77 dans une autre commune (soit seulement 38,5%).

b) *Modalité d'exercice*

Sur les 200 réponses, la répartition de la modalité d'exercice est la suivante : 121 médecins (soit 60,5%) travaillent en association contre 79 qui sont installés dans un cabinet individuel (soit 39,5%).

c) *Pratique d'une autre activité médicale*

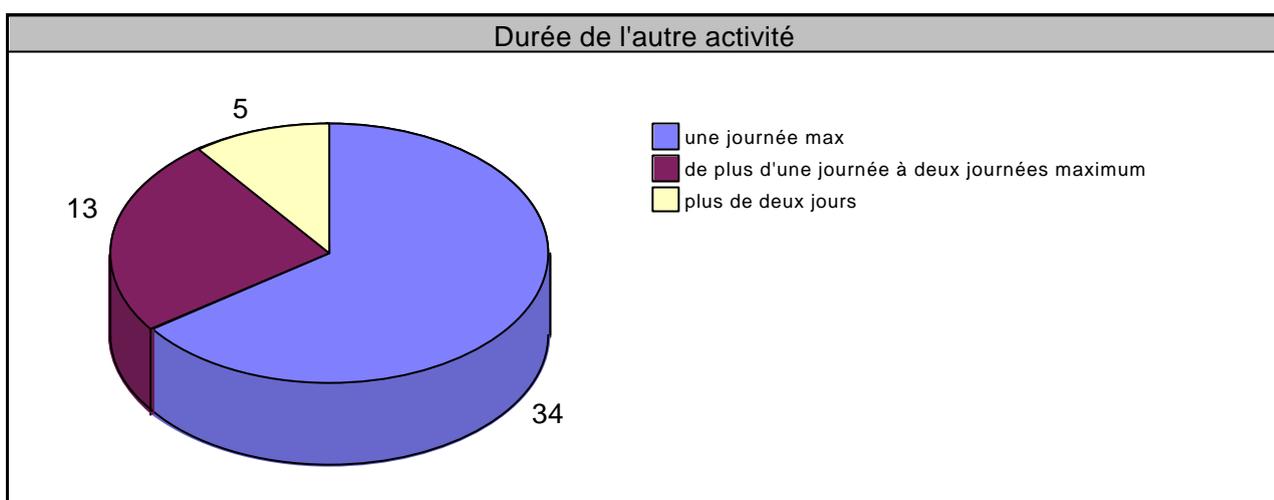
L'étude s'est faite sur les 198 réponses (deux « non-réponses »): 143 médecins ne pratiquent pas d'autre activité médicale en dehors de la médecine libérale (soit 72,2%). Parmi les 55 autres (soit 27,7%), les fréquences de chacune des activités sont ainsi réparties :

- 16 pratiquent une activité hospitalière (soit 29%)
- 16 pratiquent une activité dans le secteur médicosocial (soit 29%)
- 6 pratiquent une activité d'enseignement (soit 10,9%)
- 7 sont médecins sapeurs pompiers (soit 12,7%)
- 3 sont médecins du sport (soit 5,4%)

- 3 pratiquent l'expertise médicale (soit 5,4%)
- 4 ont une autre activité médicale (soit 7,3%).

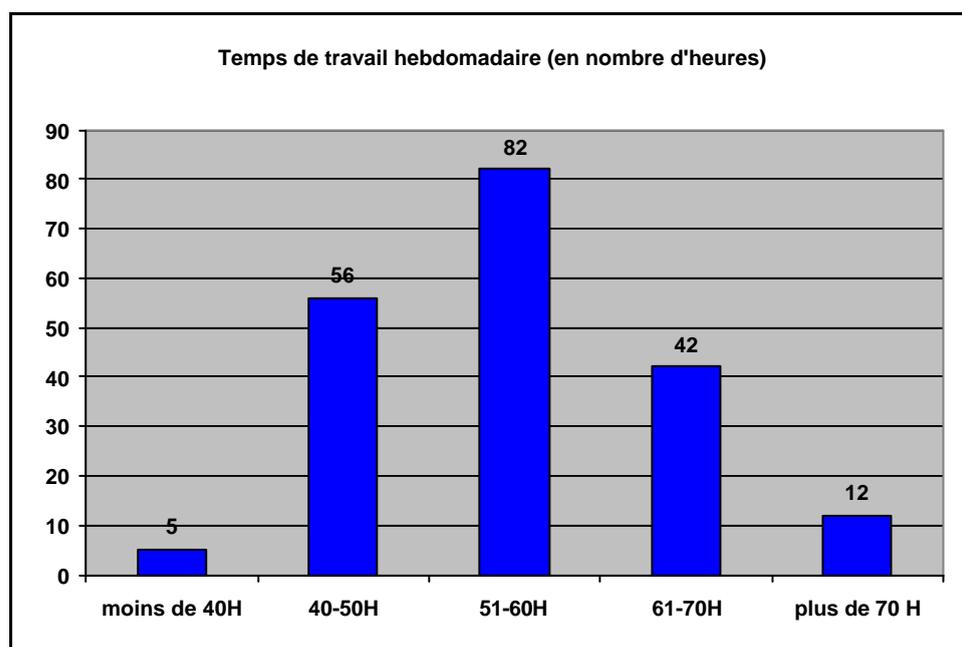
Parmi les 55 médecins exerçant une autre activité, 52 ont donné une indication sur le temps consacré à ce travail. Pour 34 d'entre eux, ce temps n'excède pas une journée par semaine (soit 65,4% des cas). Les 18 autres dépassent ce temps jusqu'à plus de deux jours par semaine (soit 34,6% des cas). La répartition est représentée dans le graphique suivant :

**REPARTITION DU TEMPS CONSACRE A UNE ACTIVITE  
EN DEHORS DE L'EXERCICE DE MEDECINE GENERALE EN CABINET**



*d) Temps de travail hebdomadaire*

La répartition du temps de travail hebdomadaire estimé, toutes activités médicales confondues, en dehors des gardes est reprise dans le graphique ci-après :

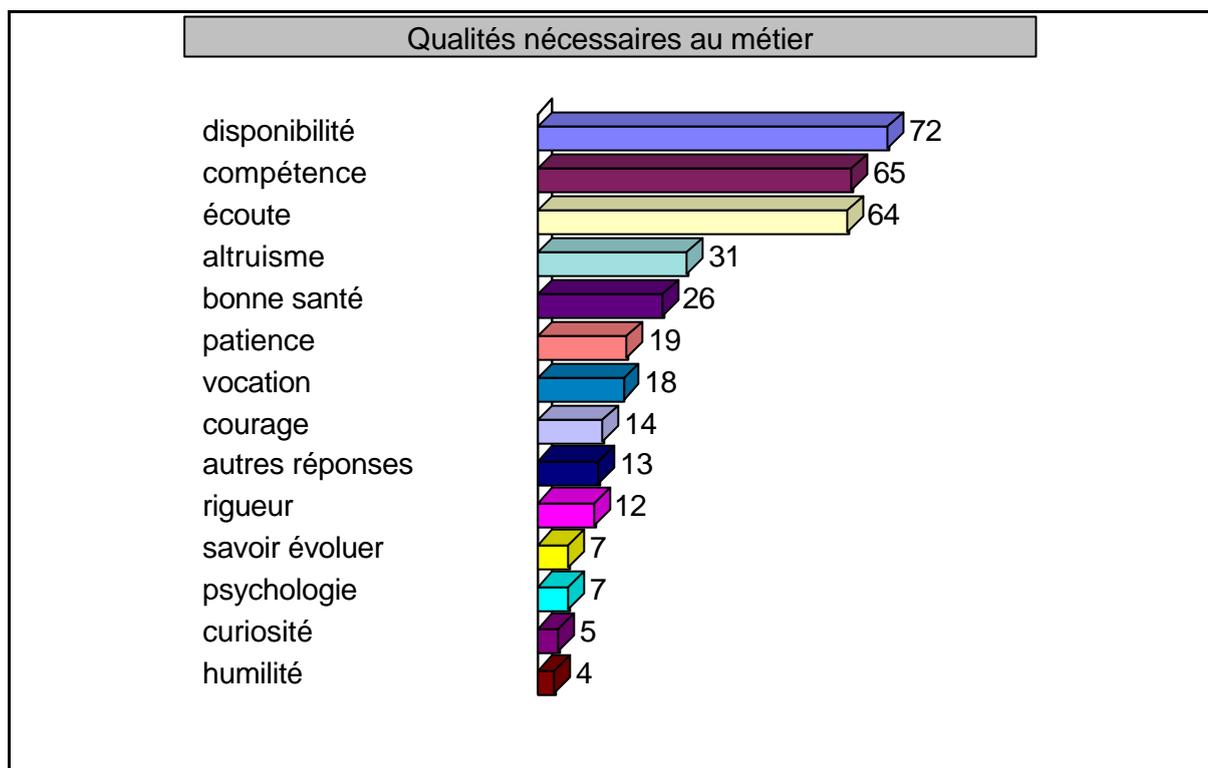


Sur les 197 réponses, 82 (41,6%) estiment travailler entre 51 et 60 heures par semaine sans compter les gardes. 54 (27,4%) estiment travailler plus de 60 heures par semaine contre 61 (31%) qui considèrent consacrer un temps d'une durée égale ou inférieure à 50 heures.

e) *Qualités du médecin généraliste*

La répartition des principales qualités du médecin généraliste selon les 188 réponses est représentée dans le graphique ci-dessous :

**REPARTITION DES PRINCIPALES QUALITES DU MEDECIN GENERALISTE RETENUES DANS L'ENQUETE REALISEE EN AVRIL 2004 (EFFECTIF TOTAL)**



Deux réponses ordonnées étaient acceptées par questionnaire. Les effectifs représentés sont donc supérieurs à 200. Pour les deux réponses les trois premières qualités sont les mêmes que sur le graphique mais pour le rang 1 l'ordre est différent : l'écoute est en tête (citée 41 fois), suivie de près par la disponibilité (36 fois) et la compétence (33 fois). En revanche les trois qualités suivantes sont différentes en fonction du rang :

- pour le rang 1 : altruisme (19 fois), bonne santé (13) et vocation (11)
- pour le rang 2: bonne santé (13 fois), patience et altruisme (chacune citée 12 fois).

## B) Parcours professionnel

### a) *Diplômes*

Dans 197 questionnaires figuraient les diplômes obtenus en dehors du doctorat en médecine :

- 108 médecins n'en avaient pas (soit 54,8%)
- 89 médecins avaient d'autres diplômes.

Deux réponses au maximum ont été retenues par questionnaire, en pratique les deux premières citées. Parmi les 89 médecins ayant un autre diplôme, 72 d'entre eux avaient un diplôme de « spécialisation » médicale, 17 avaient un diplôme de médecine particulière et 15 avaient d'autres diplômes. Il n'est pas rare que des médecins aient plusieurs autres diplômes.

### b) *Entrée dans la profession*

Sur les 199 réponses, les statuts initiaux de l'entrée dans l'exercice étaient les suivants :

- remplaçants pour 171 d'entre eux
- médecins salariés pour 16 d'entre eux
- installés juste après les études pour 21 d'entre eux
- autre situation pour 3 d'entre eux.

Pour cette question deux réponses ont été acceptées au maximum.

### c) *Caractéristiques d'installation*

La répartition des dates d'installation était la suivante parmi les 199 réponses :

- 2 médecins s'étaient installée avant 1970 (soit 1%)
- 55 médecins s'étaient installés entre 1970 et 1980 (soit 27,6%)
- 59 entre 1981 et 1990 (soit 29,7%)
- 67 entre 1991 et l'an 2000 (soit 33,7%)
- 16 depuis l'an 2000 (soit 8%).

Pour 189 d'entre eux (soit 95%) contre 10 (soit 5%), il s'agissait d'une première installation.

## C) Déterminants sociaux

### a) *Sexe et âge et origine*

La répartition par sexe est la suivante : 160 hommes (soit 80%) pour 40 femmes (soit 20%).

L'âge moyen des 198 médecins ayant répondu à la question est de 48 ans (43 ans pour les femmes et 53 ans pour les hommes). Les âges s'échelonnent entre 31 et 58 ans pour les femmes et 27 et 66 ans pour les hommes. 141 ont moins de 53 ans (soit 71,2%).

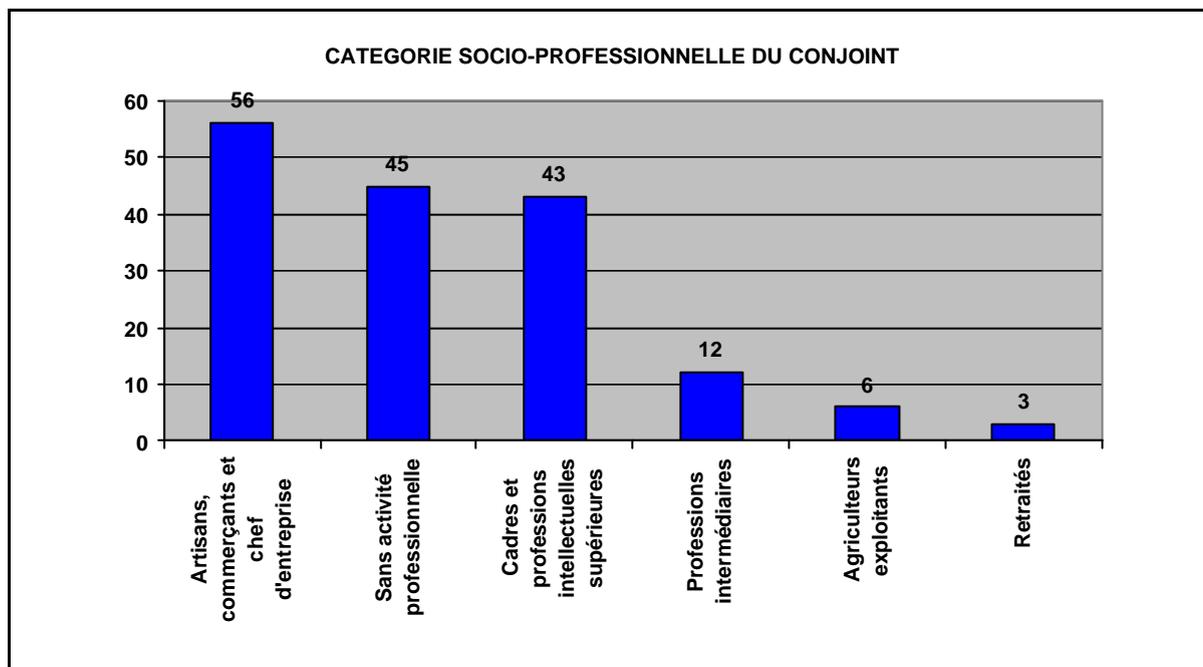
Parmi les 200 médecins, 121 sont nés en Picardie (soit 60,5%) contre 79 issus d'une autre origine régionale (soit 27,5%).

*b) Le statut familial*

Le statut matrimonial des médecins se répartit comme suit :

- 7 médecins (3,5%) sont célibataires
- 166 médecins (83%) sont mariés
- 9 médecins (4,5%) vivent maritalement
- 18 médecins (9%) sont séparés, divorcés ou veufs.

Parmi les 165 conjoints, la répartition des catégories socioprofessionnelles est reportée dans le graphique suivant (une réponse en moins):



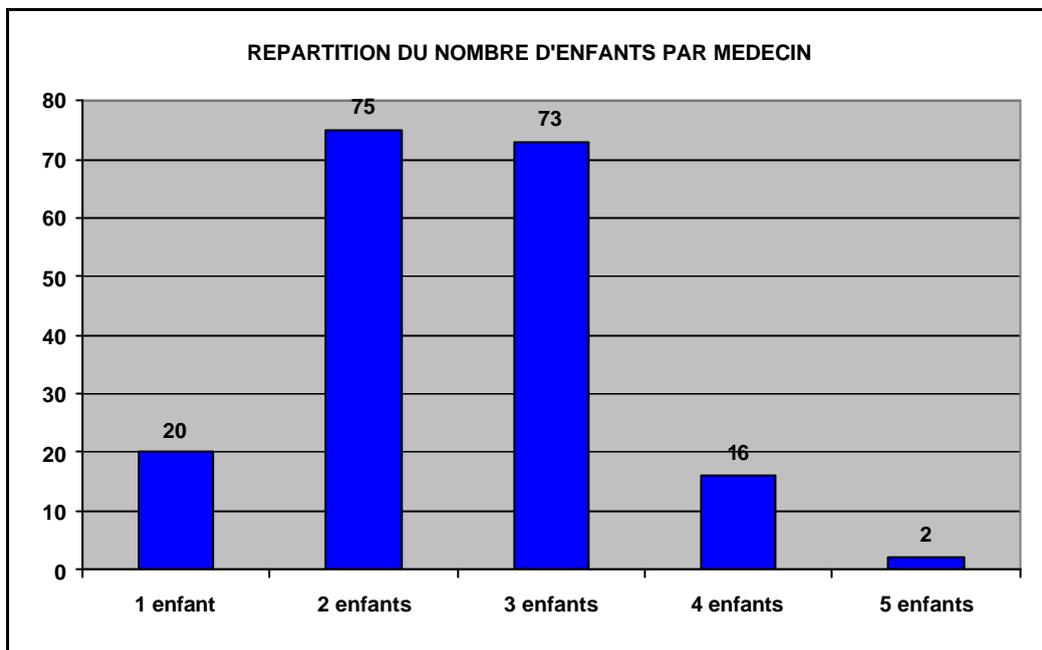
Parmi eux :

- 75 (45,4%) travaillent à temps plein
- 38 (23%) ne travaillent pas à temps plein
- 52 (31,5%) ne travaillent plus.

Dans les 200 réponses, figurent la présence ou non d'enfants :

- 190 médecins ont des enfants
- 10 n'en ont pas.

La répartition du nombre d'enfants par famille est précisée dans le graphique ci-dessous (sachant que les 10 réponses « non » et les 4 réponses « oui » sans précision de nombre, ne sont pas représentées):



L'âge moyen des enfants est de 18 ans et demi avec un maximum à 37 ans et un minimum à quelques mois.

c) *Type de logement*

Dans les 199 questionnaires comportant une réponse, il est stipulé à 193 reprises que le médecin habite un logement individuel (97% des cas) contre 6 fois où le médecin demeure dans un logement collectif (3%).

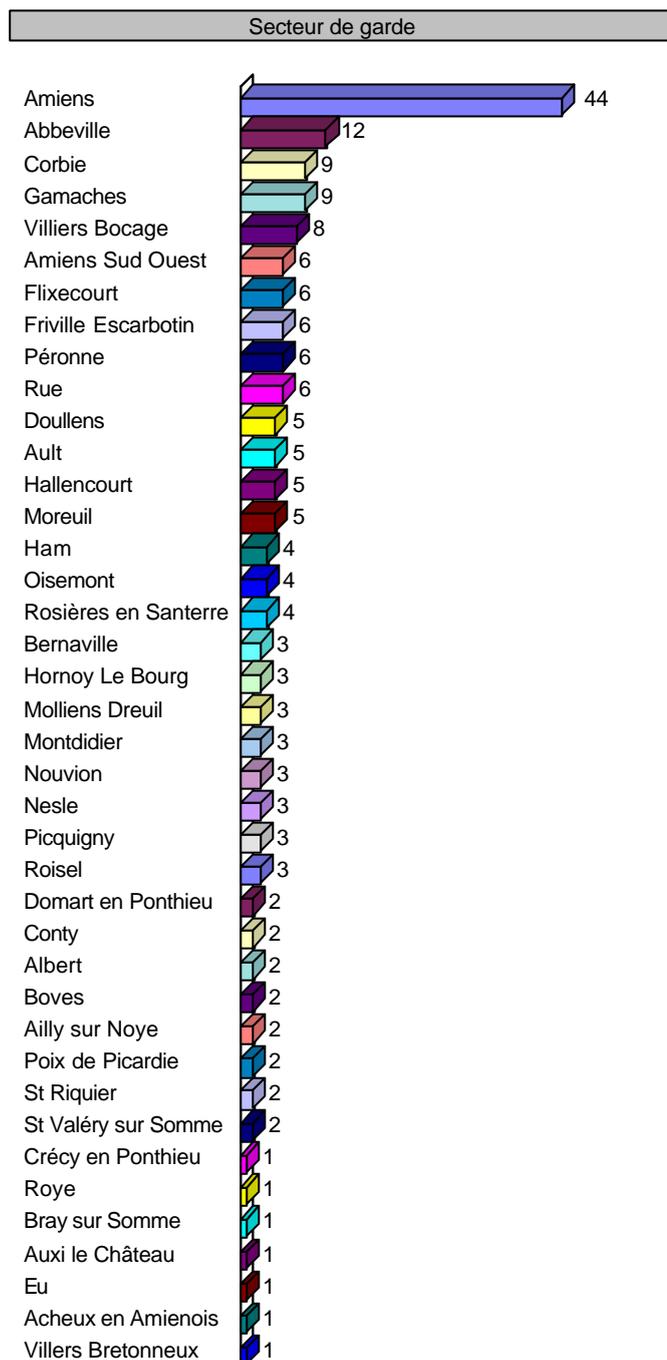
D) Concernant la permanence des soins

a) *Secteur et nombre de médecins*

**Secteur de garde**

Sur les 191 réponses, les 40 secteurs ont été représentés avec un maximum de 44 réponses (23%) pour le secteur d'Amiens et de 12 réponses (6,2%) pour le secteur d'Abbeville.

## REPARTITION DU NOMBRE DE REPONSES PAR SECTEUR DE GARDE



### Nombre de médecins par secteur

La répartition du nombre de médecins par secteur de garde est la suivante :

- 67 médecins (41,9%) considèrent qu'il y a entre 5 et 10 médecins dans leur secteur
- 40 médecins (25%) considèrent qu'il y a entre 11 et 15 médecins dans leur secteur
- 20 médecins (12,5%) considèrent qu'il y a entre 16 et 20 médecins dans leur secteur
- 30 médecins (18,8%) considèrent qu'il y a plus de 20 médecins dans leur secteur
- 3 médecins (1,8%) considèrent qu'il y a moins de 5 médecins dans leur secteur.

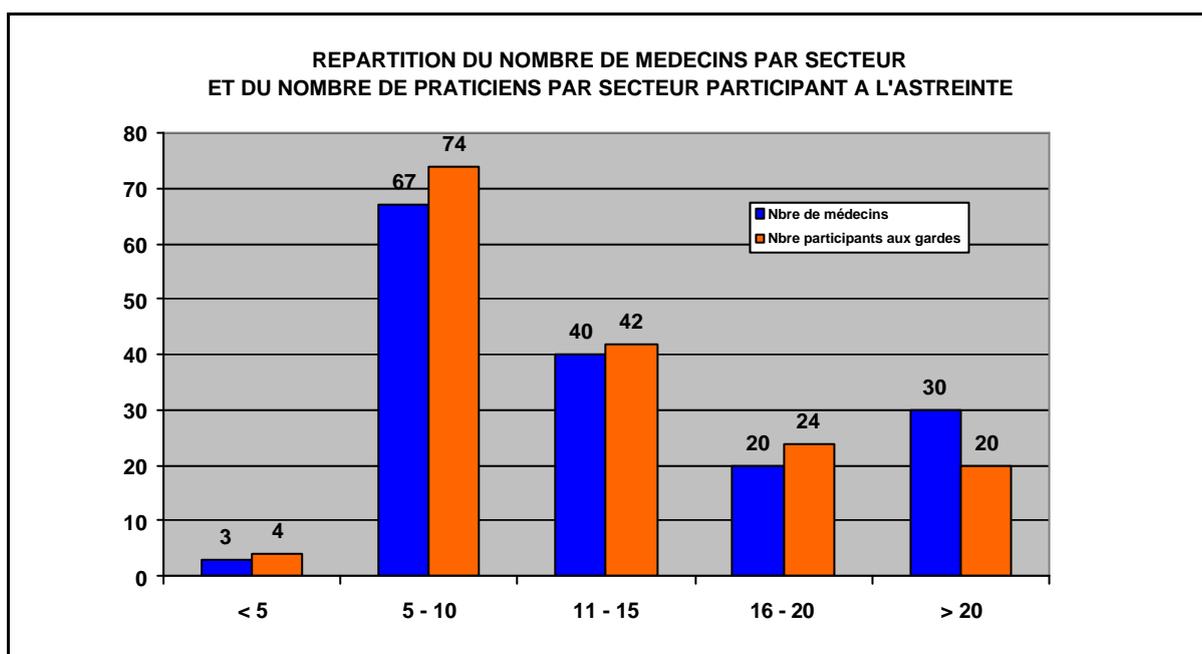
Pour cette question, 22 médecins n'ont pas répondu dont 20 du secteur d'Amiens et 18 ne connaissaient pas le nombre de médecins travaillant dans leur secteur dont 15 du secteur d'Amiens.

### Médecins participant à la garde

La répartition du nombre de médecins participant à la garde par secteur est la suivante :

- 74 médecins (45,2%) estiment qu'ils sont entre 5 à 10 médecins pour assurer les gardes
- 42 médecins (25,6%) estiment qu'ils sont entre 11 à 15 médecins pour assurer les gardes
- 24 médecins (14,6%) estiment qu'ils sont entre 16 à 20 médecins pour assurer les gardes
- 20 médecins (12,2%) estiment qu'ils sont plus de 20 médecins pour assurer les gardes
- 4 médecins (2,4%) estiment qu'ils sont moins de 5 médecins pour assurer les gardes.

Pour cette question, 23 médecins n'ont pas répondu dont 18 du secteur d'Amiens. Les 13 médecins qui ne connaissaient pas le nombre de médecins participant à la garde sont du secteur d'Amiens.



b) *Nombre de gardes*

### Nombre de gardes par mois

Dans les 189 réponses données, le nombre mensuel de gardes est réparti de la manière suivante :

- 62 médecins (32,8%) assurent moins de 2 gardes par mois
- 93 médecins (49,2%) assurent entre 2 à 4 gardes par mois
- 27 médecins (14,3%) assurent entre 5 à 7 gardes par mois
- 5 médecins (2,7%) assurent entre 8 à 10 gardes par mois
- 2 médecins (1%) assurent plus de 10 gardes par mois.

Les 2 médecins assurant plus de 10 gardes sont dans le secteur d'Amiens. Trente des 62 médecins assurant moins de 2 gardes par mois travaillent aussi dans le secteur d'Amiens.

### **Nombre de week-end de gardes par an**

Sur les 190 réponses, le nombre annuel de week-ends est réparti de la façon décrite ci-après :

- 78 médecins (41,1%) ont moins de 5 week-ends de garde par an
- 80 médecins (42,1%) ont entre 5 à 10 week-ends de garde par an
- 24 médecins (12,6%) ont entre 11 et 15 week-ends de garde par an
- 8 médecins (4,2%) ont plus de 15 week-ends de garde par an.

#### *c) Participation à la régulation au centre 15*

Parmi les 200 réponses, 36 médecins (18%) participent à la régulation contre 164 qui ne participent pas (82%).

Sur les 163 réponses quant au souhait de participation à la régulation libérale, 133 (81,6%) ne sont pas volontaires, 25 (15,3%) ne se sont pas décidés et 5 (3,1%) seraient d'accord pour y participer.

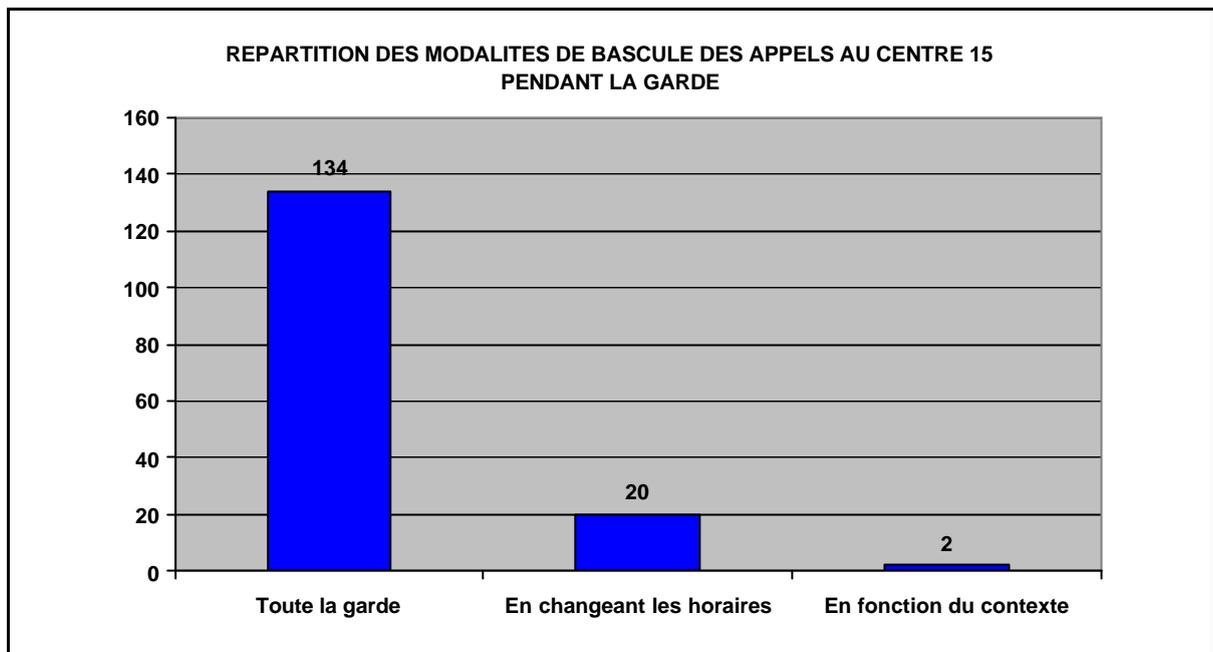
#### *d) Bascule des appels sur le 15 pendant la garde*

La répartition des 197 réponses concernant l'utilisation du centre 15 comme base de réception des appels pendant l'astreinte est la suivante :

- 156 (79,2%) des médecins basculent leurs appels sur le centre 15
- 41 (20,8%) des médecins ne le font pas.

Parmi les 156 médecins qui basculent leurs appels sur le centre 15 :

- 134 (85,9%) le font pendant toute la garde
- 20 (12,6%) le font en changeant les horaires prévus
- 2 (1,5%) le font en fonction du contexte (urgence, absence).



e) *Communication à un patient du numéro de téléphone personnel*

Sur les 197 réponses, 106 (53,8%) ont déjà communiqué leur numéro de téléphone personnel à un patient contre 91 (46,2%) qui n'ont pas cette habitude.

f) *Avis sur la régulation et la rémunération*

**Degré de satisfaction par rapport aux horaires**

Sur l'échelle de satisfaction proposée, 186 médecins se sont exprimés. Parmi eux, 35 (18,8%) n'ont pas manifesté d'opinion particulière. Les autres réponses sont réparties de la manière suivante :

- 21 médecins (11,2%) se disent très satisfaits
- 103 médecins (55,3%) se disent plutôt satisfaits
- 16 médecins (8,6%) se disent plutôt insatisfaits
- 11 médecins (5,9%) se disent très insatisfaits.

Parmi les 36 médecins participant à la régulation, 3 (8%) sont très satisfaits et 26 (72%) sont plutôt satisfaits des horaires proposés soit à 80% sur le versant de la satisfaction.

**Degré de satisfaction par rapport à la rémunération**

Sur les 200 questionnaires reçus, 173 comportent une réponse. Parmi ces derniers, 91 (soit 52,6% des 173) comportent la modalité « sans opinion ». Les 82 autres réponses (soit 47,4% des 173) sont réparties de la façon suivante :

- 7 médecins (soit 8,5% des 82) sont très satisfaits
- 37 médecins (45,2%) se disent plutôt satisfaits
- 21 médecins (25,6%) se disent plutôt insatisfaits
- 17 médecins (20,7%) se disent très insatisfaits.

Seulement 3 (8,3%) des médecins régulateurs sont très satisfaits et 15 autres (41,7%) plutôt satisfaits soit à 50% sur le versant de la satisfaction.

## Degré de satisfaction par rapport à la rémunération des astreintes

Sur les 200 questionnaires reçus, 184 comportent une réponse. Parmi ces derniers, 34 (soit 18,5% des 184) comportent la modalité « sans opinion ». Les 150 autres réponses (soit 81,5% des 184) sont réparties de la façon suivante :

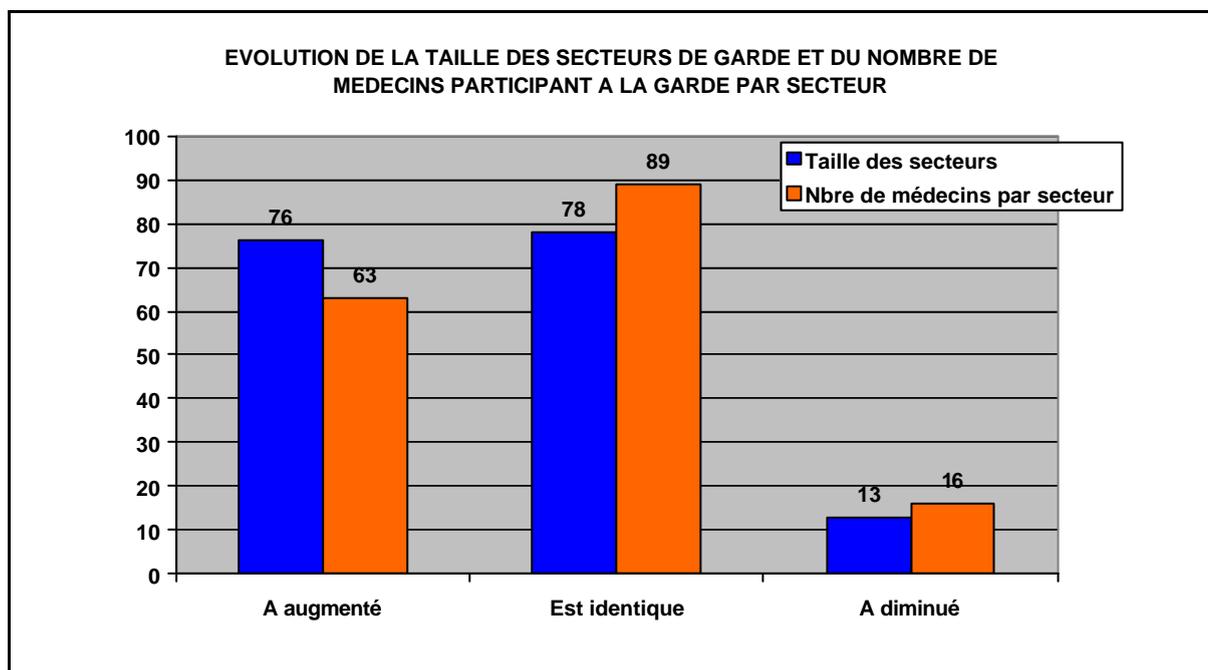
- 11 médecins (soit 7,3% des 150) sont très satisfaits
- 71 médecins (47,3%) se disent plutôt satisfaits
- 37 médecins (24,7%) se disent plutôt insatisfaits
- 31 médecins (20,7%) se disent très insatisfaits.

### g) Principale modification envisagée

Cette plage ouverte était prévue pour compléter la question précédente mais en fait, les modifications proposées ont une portée plus large. Seule la première modification proposée a été retenue.

Sur les 80 réponses (soit 40% des 200 questionnaires reçus), 25 médecins (31,2%) souhaitent que soit améliorée la régulation, 16 (20%) préconisent la réduction des astreintes en nombre ou en horaire, autant (20%) proposent une compensation de la garde de terrain, 3 (3,8%) pensent qu'il faut engager des modifications de l'attitude des patients et 20 (25%) estiment qu'il est nécessaire de repenser l'organisation.

### h) Avis sur la sectorisation



### Taille du secteur

Cette question a obtenu 193 réponses. Parmi elles, 26 (13,5%) étaient représentées par la modalité « ne sait pas ». La répartition des 167 autres réponses est la suivante :

- 76 praticiens (45,5%) estiment que la taille de leur secteur a augmenté
- 78 praticiens (46,7%) estiment que la taille de leur secteur est restée identique
- 13 praticiens (7,8%) estiment qu'elle a diminué.

### Nombre de médecins participant à la garde dans le secteur

Cette question a obtenu 192 réponses. Parmi elles, 24 (12,5%) étaient représentées par la modalité « ne sait pas ». La répartition des 168 autres réponses est la suivante :

- 89 praticiens (53%) estiment que le nombre de médecins est resté identique
- 63 praticiens (37,5%) estiment que le nombre de médecins a augmenté
- 16 praticiens (9,5%) estiment que le nombre de médecins a diminué.

#### i) Impression générale

### Nombre d'appels

Sur les 200 questionnaires reçus, 196 ont répondu à cette question. Parmi eux, 29 (14,8%) n'ont pas d'avis. Les 167 (85,2%) autres jugent que le nombre d'appels :

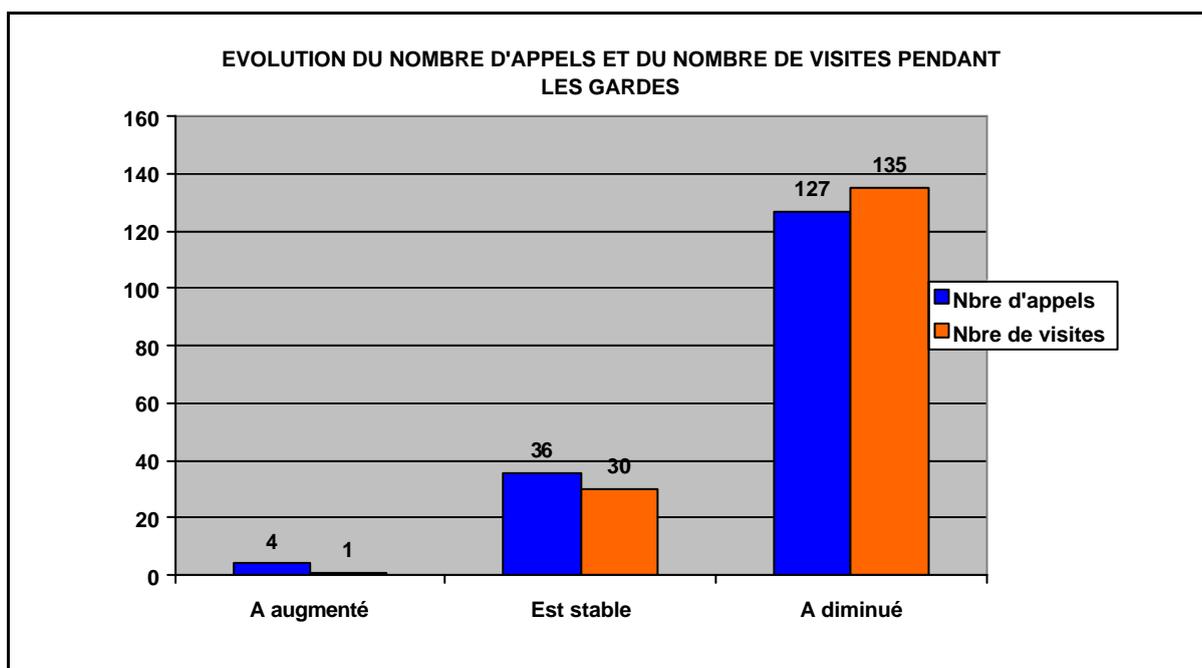
- a augmenté pour 4 (2,4%) d'entre eux
- est stable pour 36 (21,6%) d'entre eux
- a diminué pour 127 (76%) d'entre eux.

### Nombre de visites

Sur les 200 questionnaires reçus, 194 ont répondu à cette question. Parmi eux, 28 (14,4%) n'ont pas d'avis. Les 166 (85,6%) autres jugent que le nombre de visites :

- a augmenté pour 1 seul (0,6%) d'entre eux
- est stable pour 30 (18,1%) d'entre eux
- a diminué pour 135 (81,3%) d'entre eux.

La répartition de la variation estimée du nombre d'appels et du nombre de visites depuis la mise en place du nouveau dispositif de permanence de soins est représentée dans le graphique ci-dessous :



### Nombre de consultations

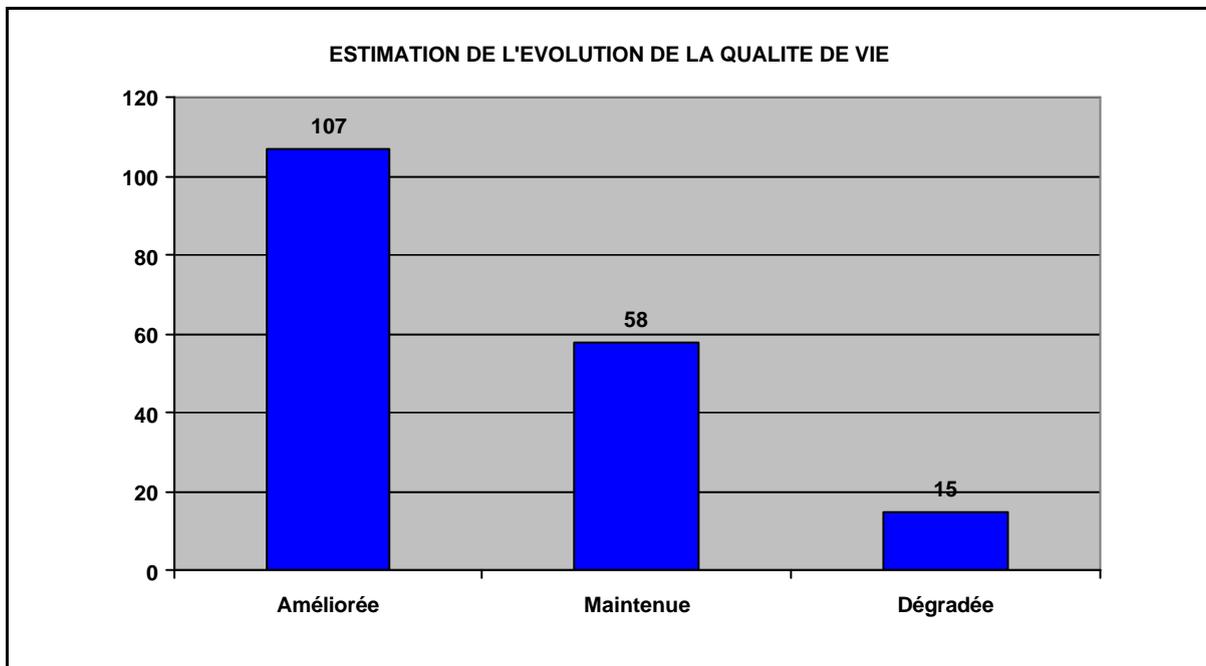
Sur les 200 questionnaires reçus, 197 ont répondu à cette question. Parmi eux, 35 (17,8%) n'ont pas d'avis. Les 162 (82,2%) autres jugent que le nombre de consultations :

- a augmenté pour 73 (45%) d'entre eux
- est stable pour 27 (16,7%) d'entre eux
- a diminué pour 62 (38,3%) d'entre eux.

Parmi les 135 médecins ayant considéré que le nombre de visites avait diminué, 60 (45%) estiment que le nombre de consultations a augmenté alors que 59 (43,7%) estiment qu'il a diminué.

### Modification de la qualité de vie

Dans le graphique suivant, la répartition des avis des médecins sur l'évolution de la qualité de vie depuis la mise en place du nouveau dispositif est reprise :



107 praticiens sur 180 soit 59,5%, estiment que leur qualité de vie est améliorée depuis un an, 58 (32,2%) la considèrent maintenue et seulement 15 (8,3%) la jugent plutôt dégradée.

L'information n'était présente que dans 192 questionnaires dont 12 comportaient la mention « ne sais pas ».

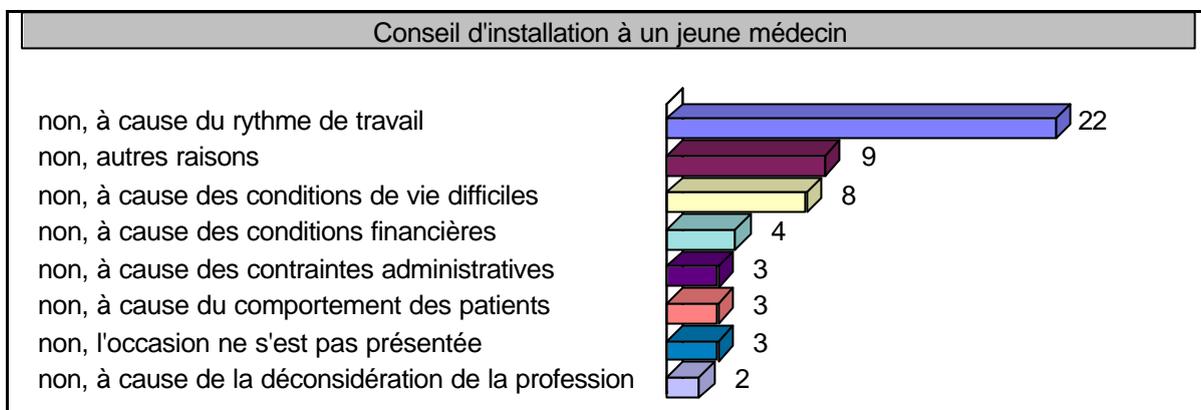
#### E) Perception de l'avenir

##### a) Conseil d'installation

Sur les 190 répondants, 23 (12,1%) ne savent pas s'il leur est arrivé de conseiller à un jeune médecin généraliste de s'installer. 96 médecins (soit 57,5% des 167 autres réponses) ont donné ce conseil contre 71 (soit 42,5%) qui ne l'ont pas fait. Parmi les

réponses négatives, 17 médecins n'ont pas invoqué de raison particulière. En revanche, une raison est signifiée pour 54 d'entre eux. Un graphique précise la répartition des différentes options retenues :

**REPARTITION DES CONSEILS D'INSTALLATION DONNES AUX JEUNES MEDECINS PAR LES PRATICIENS INSTALLES**



*b) Poursuite de l'activité libérale*

Si 30 médecins (soit 15% des 199 ayant répondu) ne savent pas s'ils poursuivront leur activité libérale, 169 se sont exprimés plus catégoriquement. Parmi eux, 151 (soit 89,3% de 169) souhaitent la poursuivre contre seulement 18 (soit 10,7%) qui ne le pensent pas.

*c) Nouvelle activité choisie en cas de cessation de l'activité libérale*

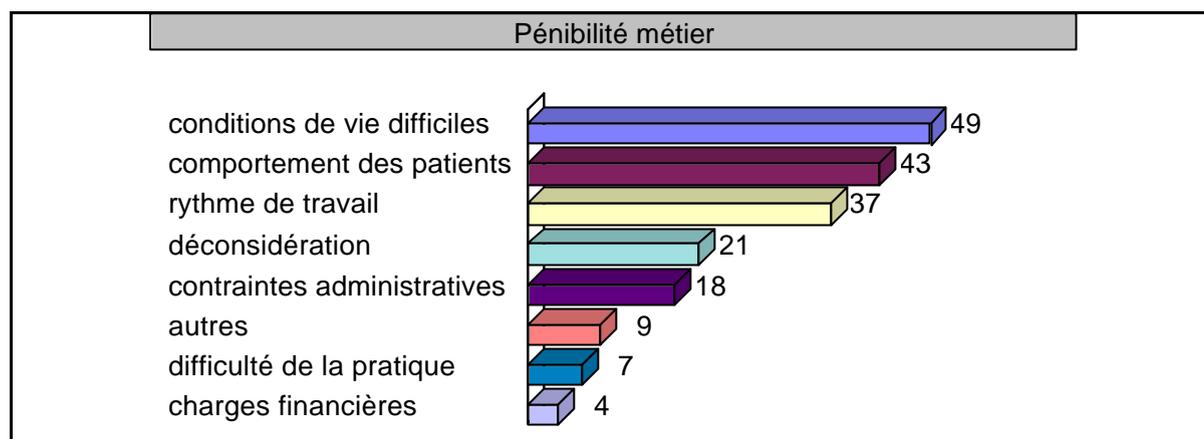
La répartition des 124 réponses relatives à l'orientation vers une autre activité est la suivante :

- 35 (28,2%) se dirigeraient vers une activité médicale salariée contre 9 (7,3%) qui préféreraient un changement d'activité médicale mais toujours dans le secteur libéral
- 19 (15,3%) cesseraient leur activité
- 19 autres (15,3%) ne savent pas quelle activité leur conviendrait
- 12 (9,7%) choisiraient les vacances et les loisirs
- 30 feraient d'autres choix (dont 24,2% celui de changer complètement de métier).

*d) Difficulté dans le métier et dans la garde*

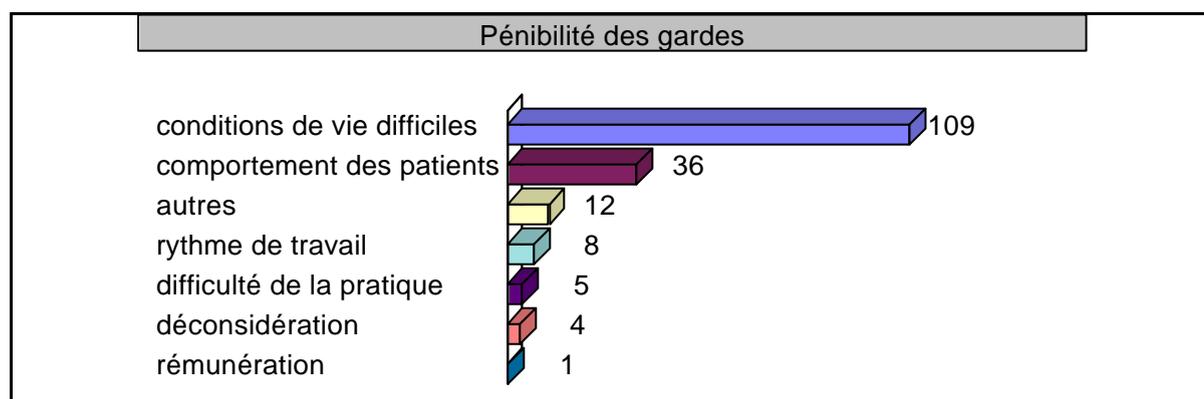
La répartition des réponses concernant les modalités de pénibilité du métier de médecin généraliste libéral et celle concernant les modalités de pénibilité des gardes sont reportées dans les graphiques ci-dessous :

**REPARTITION DES PRINCIPALES MODALITES DE PENIBILITE DU METIER CITEES  
PAR LES MEDECINS DANS L'ENQUETE REALISEE EN AVRIL 2004**



La difficulté des conditions de vie a été évoquée chez 49 médecins (soit 26% des 188 réponses). Par ailleurs, 43 praticiens (soit 22,9%) se plaignent du comportement des patients. Enfin, 37 (soit 19,7%) signalent un rythme de travail important.

**REPARTITION DES PRINCIPALES MODALITES DE PENIBILITE DES GARDES CITEES  
PAR LES MEDECINS DANS L'ENQUETE REALISEE EN AVRIL 2004**



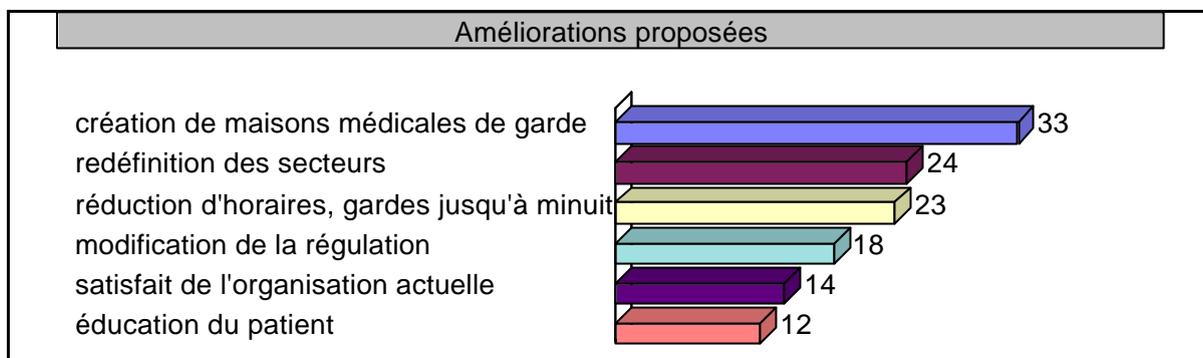
La difficulté des conditions de vie est sans conteste ce qui est le plus pénible pour les médecins dans les gardes avec 109 réponses (soit 62,3% des 175 questionnaires contenant l'information).

*e) Améliorations proposées*

Des propositions d'amélioration de l'organisation de la permanence des soins non programmés ont été envisagées par 133 médecins : 33 (25%) conseillaient la création d'une maison médicale de garde, 24 (18%) proposaient de redéfinir les secteurs de garde, 23 (17,3%) souhaitaient une réduction d'horaires, 18 (13,5%) la modification de la régulation et 12 (9%) considéraient qu'il fallait éduquer les patients. 14 (10,5%) ont souhaité faire part de leur satisfaction par rapport à l'organisation actuelle.

La modalité « autres réponses » comptaient 46 médecins soit 34,6% des réponses. Chacune des propositions était néanmoins très peu représentée et certaines étaient inclassables.

#### REPARTITION DES AMELIORTIONS PROPOSEES PAR LES PRATICIENS



## 6 ANALYSE

### 6.1 Les données quantitatives et qualitatives

#### 6.1.1 Les données de l'assurance maladie

La rémunération des astreintes par l'assurance maladie est maintenant bien en place comme en témoigne le nombre important de versements effectués. Reste le problème de la ville d'Amiens qui devrait être résolu rapidement.

Dans l'interprétation des résultats de l'enquête qui suit, il faudra tenir compte de la campagne menée par la CPAM et de l'impact engendré sur la diminution du nombre de visites.

Toutefois, si les statistiques de l'assurance maladie mettent en évidence une baisse des actes de nuit de 21,23% au cours du dernier trimestre de l'année 2003 par rapport à 2002, la diminution du nombre de visites pendant la nuit de 7,25% est moins marquante.

#### 6.1.2 Les données du CDOM

L'évolution de la sectorisation continue. Le Conseil de l'Ordre pourrait proposer une nouvelle diminution du nombre de secteurs en 2004. La marge du nombre de médecins par secteur et du rythme des gardes de week-end est comparable à celle retrouvée dans l'enquête. Par ailleurs, les médecins exemptés répondent à des critères particuliers sauf pour le secteur d'Amiens pour lequel la création de SOS Médecins a permis aux médecins de ne plus faire de garde.

### **6.1.3 Les données de l'ARL 80**

La régulation libérale fonctionne plutôt bien dans le département. En effet depuis la création de l'ARL 80, 18 praticiens ont rejoint les 37 médecins volontaires du départ. Le tableau de garde se remplit assez facilement. En revanche, en dehors des médecins de SOS Médecins, peu de praticiens du secteur d'Amiens se sont portés volontaires. Ceci peut être expliqué par l'habitude de ne plus avoir de garde qui s'est installée depuis quelques années. En outre, la participation des médecins issus d'autres secteurs et notamment de secteurs ruraux est plutôt intéressante : leur connaissance du terrain et des difficultés rencontrées dans le secteur rural ne peut qu'apporter à la régulation. La régulation libérale paraît à l'heure actuelle incontournable.

### **6.1.4 Les données du SAMU 80**

La répartition du nombre d'affaires sur l'année ne connaît pas réellement de périodicité. En revanche, 40% des affaires sont traitées le week-end manifestant une augmentation importante de l'activité. Cette augmentation n'est pas étrangère aux appels relevant de la médecine générale pendant les gardes.

Conformément aux missions qui leur sont confiées, les régulateurs libéraux prennent des décisions en rapport avec la médecine générale, soit la mise en conférence du patient avec le médecin de garde, soit la délivrance de conseils ou renseignements médicaux. L'envoi du médecin directement chez le patient a augmenté de manière moins conséquente entre 2002 et 2003 comparée à la hausse très importante des deux autres décisions précédemment citées.

## **6.2 Les données de l'enquête**

### **6.2.1 Lieu et modalité d'exercice, lieu d'habitation**

Le département est essentiellement rural comme en témoigne les 73,5% de médecins exerçant dans une commune dont la population est égale ou inférieure à 10000 habitants.

La majorité des médecins ayant répondu au questionnaire travaillent en association avec des confrères. Cette pratique permet d'être moins isolé et de mieux s'organiser. Toutefois, même si le travail entre associés est plus répandu, il semble qu'il y ait encore une tendance importante à travailler seul (près de 40%).

La plupart des médecins résident dans la commune de leur exercice. En outre, un nombre non négligeable de praticiens n'habitent pas sur place.

## **6.2.2 Pratique d'une autre activité médicale**

Moins d'un tiers des médecins ont une autre activité en dehors de l'exercice de la médecine générale. Les activités les plus fréquentes sont celles exercées en milieu hospitalier ou en établissements médico-sociaux. L'effectif est plus important dans les villes comme Amiens (14) ou Abbeville (5) où les opportunités sont plus présentes. Parmi les activités hospitalières, figure la participation à la régulation libérale mais aussi aux services d'urgences. Les médecins salariés dans le secteur médico-social exercent essentiellement en maison de retraite. Les médecins sapeurs pompiers (7) occupent la troisième place.

Ces activités n'occupent en général qu'une journée maximum par semaine. Elles permettent de diversifier le travail et de collaborer avec une équipe. Quand le temps consacré excède les deux jours, il est probable que l'activité soit pratiquée à temps partiel.

## **6.2.3 Temps de travail hebdomadaire**

Dans l'enquête, les médecins estiment travailler entre 51 et 60 heures soit 55 heures en moyenne. En revanche, les médecins sont peu nombreux à travailler moins de 40 heures et plus de 70 heures hebdomadaires. Ce temps de travail est proche des données retrouvées dans la littérature autour de 60 heures par semaine.

## **6.2.4 Les qualités des médecins généralistes**

Il est intéressant de constater que les trois qualités les plus citées que ce soit en qualité principale ou en qualité secondaire sont : la disponibilité, la compétence et l'écoute. La disponibilité et l'écoute sont assez complémentaires. Par contre, la compétence relève plus d'un apprentissage, d'une acquisition de connaissance nécessaire à la pratique. La notion de bonne santé ou «santé de fer » fait plus appel à la résistance physique et mentale du médecin. La vocation apparaît 18 fois en tout.

## **6.2.5 Autres diplômes**

Un peu plus de 50% n'ont pas d'autres diplômes en dehors du doctorat. Le nombre d'années passées à la faculté de médecine peut expliquer en partie ce pourcentage. Par ailleurs, il n'est pas évident de se dégager du temps pour continuer à se former et encore moins pour s'engager à suivre un enseignement régulier. Toutefois, quand les médecins ont obtenu d'autres diplômes, il n'est pas rare qu'ils en aient plusieurs. Les diplômes de spécialisation sont les plus représentés avec 72 réponses. Une étude qualitative complémentaire a permis de les isoler : 30 ont un diplôme de médecine du sport, 22 de gérontologie et 11 de médecine d'urgence pour les plus nombreux. Par ailleurs dans les diplômes de médecine particulière, l'homéopathie se retrouve prépondérante avec 11 des

médecins. Il serait intéressant de savoir si les diplômes passés sont en rapport avec les formations enseignées à l'université de médecine d'Amiens ou si le choix de l'enseignement est fait en fonction de l'emploi du temps des cours relatif au diplôme. Ce point n'est pas abordé dans ce mémoire.

#### **6.2.6 Statut au début de l'exercice**

La majorité des médecins a commencé en remplaçant. Cette question était prévue au départ pour appeler une seule réponse. Néanmoins, il a fallu élargir le codage pour permettre deux réponses en considérant qu'on pouvait avoir une autre activité que remplaçant. En outre lorsque l'enquêté a coché « remplaçant » et « en s'installant de suite après les études », seule la modalité remplaçant a été enregistrée. En effet, l'intérêt de cette question se portait sur les modalités d'apprentissage et d'arrivée dans le métier. Cet écueil vient du fait que les médecins plus anciens commençaient très souvent leurs remplacements pendant leurs études et s'installaient ensuite dès obtention du doctorat. Cette pratique est beaucoup moins fréquente depuis que les étudiants perçoivent un salaire plus conséquent pendant leur troisième cycle.

#### **6.2.7 Durée d'installation**

L'enquête ne met pas en évidence de durée d'installation prépondérante. Pour la majorité des médecins, il s'agit d'une première installation quel que soit leur âge. Cette information corrobore le fait qu'un médecin reste souvent la durée de son exercice dans le même cabinet.

#### **6.2.8 Sexe, âge et origine**

Seulement 20% des questionnaires émanent de médecins de sexe féminin. La population représentée dans cet échantillon de réponses s'éloigne de la réalité nationale qui porte le taux de femmes omnipraticiens entre 35 et 37% selon les auteurs. Ce résultat ne préjuge pas de la répartition par sexe des médecins généralistes libéraux dans le département.

Les femmes médecins sont plus jeunes que les hommes. La féminisation du métier est assez récente et augmente régulièrement. 141 médecins ont moins de 53 ans. La structure par âge du département montre une nette prépondérance des personnes de 25 à 54 ans (42,3% de la population totale). Cette donnée peut expliquer pour part le résultat.

Plus de la moitié des médecins généralistes sont nés en Picardie. Soit ils ont fait leurs études à la faculté de médecine d'Amiens, et se sont installés ensuite, soit ils sont partis faire leurs études dans une autre région pour revenir aux sources au moment de

l'installation. L'entrée de la médecine générale dans un internat de spécialité classant pourrait modifier ces données.

### **6.2.9 Statut familial et type de logement**

La grande majorité des médecins sont ou mariés ou concubins (175) et ont deux ou trois enfants et vivent dans un logement individuel. Les conjoints qui travaillent le font à temps plein pour la plupart et exercent plutôt des professions intellectuelles supérieures ou indépendantes. En outre, 45 sont sans profession : il s'agit de femmes et 35 d'entre elles sont les épouses de médecins d'un âge égal ou supérieur à 50 ans. Les commentaires annotés dans les questionnaires permettent d'évoquer la collaboration de ces femmes dans l'exercice de leur mari : tâches de secrétariat, de comptabilité et parfois d'entretien du cabinet. Ce schéma est moins fréquent chez les jeunes médecins.

### **6.2.10 Secteurs de garde**

Tous les secteurs ont été représentés. Si seuls les effectifs sont étudiés, les médecins des secteurs d'Amiens et d'Abbeville paraissent surreprésentés. Pourtant ce n'est pas le cas. En effet, si l'on compare le nombre de médecins par secteur ayant répondu à l'enquête au nombre de médecins dans ces mêmes secteurs, répertoriés dans l'arrêté préfectoral du 31 mars 2003, on remarque que 31 des 40 secteurs ont eu un taux de participation égal ou supérieur à 25% et parmi eux 11 secteurs ont eu un taux supérieur ou égal à 50%. Il s'agit de secteurs ruraux. Le plus représenté est celui de Flixecourt avec 100% de taux de participation et à l'inverse le moins représenté est celui de Roye avec 11,1%. Globalement, l'échantillon de réponses est assez représentatif de la population de médecins généralistes du département.

### **6.2.11 Nombre de médecins et de participants à la garde par secteur**

La majorité des secteurs comprennent de 5 à 15 médecins. En revanche, le nombre de médecins participant au tour de garde est souvent inférieur. Ceci est le fait des exemptions.

La majorité des modalités de réponse « non-réponses » et « ne sais pas » des questionnaires exploités provient des médecins du secteur d'Amiens. Cette méconnaissance vient du système de garde amiénois particulier en ce sens qu'il est assuré uniquement par les 16 médecins de SOS Médecins.

### **6.2.12 Nombre de gardes**

Les réponses de l'enquête mettent en évidence un nombre total de gardes égal ou inférieur à 4 par mois pour la majorité des médecins (155) soit au maximum une garde par semaine et un nombre total de week-ends de garde égal ou inférieur à 10 par an soit

moins d'un week-end par mois. Les médecins du secteur d'Amiens qui n'appartiennent pas à l'association SOS Médecins, se situent dans ces deux catégories et l'augmentent artificiellement en ce sens qu'ils ne font plus de garde du tout. En outre, les médecins de SOS Médecins qui ont répondu au questionnaire créent une élévation du nombre de médecins ayant plus de 20 gardes par mois ou plus de 20 week-ends par an.

### **6.2.13 La régulation au centre 15 et la rémunération**

Les régulateurs libéraux sont fortement représentés dans l'étude : ils ont été 36 à répondre sur 55 participants à la régulation d'après le Président de l'ARL 80 soit 65,5%. Parmi les médecins qui n'ont pas intégré cette association, 5 seraient prêts à y entrer.

L'enquête montre que la plupart des médecins basculent les appels de garde sur le centre d'appels du SAMU 80 et ce pendant toute la garde. Ceci est corroboré par l'augmentation importante du nombre d'affaires traitées au centre 15 entre 2002 et 2003. Pourtant il arrive que des médecins communiquent leur numéro de téléphone personnel pour des cas particuliers et isolés.

La plupart des médecins sont assez satisfaits des horaires de participation des médecins généralistes à la régulation.

Les avis sont très partagés quant à la rémunération des régulateurs libéraux et quant à celle de l'astreinte.

### **6.2.14 Modifications envisagées**

Plusieurs modifications sont proposées par 80 médecins. L'amélioration de la régulation est souhaitée tant en terme de qualité qu'en terme d'horaires. En effet certains médecins, satisfaits de la régulation libérale, préféreraient que la participation des médecins libéraux se prolongent la nuit. Par ailleurs, la réduction des astreintes est préconisée : réduction du nombre mais aussi des horaires d'intervention. D'autres revendiquent une compensation des gardes avec la création d'un repos compensateur liée à une activité de permanence de soins relevant du service public et la rémunération du manque à gagner. Dans ce cas, les médecins libéraux font souvent référence au statut de praticien hospitalier. Un petit nombre propose d'agir sur le comportement des patients. Enfin l'organisation ne semble pas convenir à quelques médecins dont certains veulent un retour à la situation antérieure au dispositif actuel. Une partie de ces revendications est reprise et complétée dans l'analyse des résultats de la dernière question.

### **6.2.15 La sectorisation**

Les chiffres de l'enquête mettent en évidence une tendance à l'élargissement des secteurs, fruit de la sectorisation géographique opérée par le Conseil Départemental de l'Ordre : 76 médecins estiment que leur secteur a augmenté de taille. Certes autant sont restés identiques. Cela permet de supposer ou que l'agrandissement n'était pas envisageable soit pour des considérations d'entente entre médecin soit pour des raisons géographiques ou qu'il n'a pas été envisagé dans la mesure où aucun souci de fonctionnement n'était connu pour ce secteur.

La tendance du nombre des médecins participant suit une orientation proche de celle de la taille des secteurs. Toutefois, le nombre des médecins est resté identique pour plus de la moitié des 168 réponses. Parmi eux 18 praticiens ont un secteur élargi ce qui a pu alourdir les gardes.

### **6.2.16 Evolution du nombre d'appels, du nombre de visites et du nombre de consultations**

111 des 156 médecins basculant leurs appels au centre 15 ont constaté une diminution du nombre d'appels et du nombre de visites. Depuis la mise en place du nouveau dispositif de permanence des soins, le nombre d'appels et de visites a globalement diminué pour les médecins d'astreinte. Il n'en reste pas moins que le nombre d'appels arrivés au centre 15 est très important. La régulation des appels n'est pas étrangère à cet état de fait.

Le nombre de consultations a plutôt suivi une évolution ascendante comme le montrent les résultats. En revanche, la domination de l'augmentation sur la diminution des consultations pendant la garde est moins évidente selon l'avis des médecins ayant constaté une diminution du nombre de visites. Cette remarque subodore une diminution globale du nombre d'actes de nuit appuyée par les données statistiques comparatives de la CPAM entre le quatrième trimestre de 2002 et celui de 2003.

### **6.2.17 Impact sur la qualité de vie**

L'idée majeure dégagée de l'enquête est une amélioration de la qualité de vie. Sinon elle est plutôt maintenue. Une minorité l'estime dégradée. Les deux grands principes mis en œuvre, sectorisation et régulation, ont contribué à cette évolution positive de la vie des médecins.

## 6.2.18 Perspectives d'avenir

### A) Conseil d'installation et poursuite de l'activité libérale

La proportion de médecins qui a conseillé l'installation en libéral à un jeune médecin est supérieure à celle qui ne l'a pas fait. Le rythme de travail est le principal grief énoncé. Toutefois, malgré ces difficultés une forte majorité des praticiens souhaite poursuivre son activité libérale.

### B) Changement d'activité

La médecine salariée est la plus convoitée en cas de changement d'activité. Les activités médicales libérales autres font appel à une organisation plus structurée permettant d'avoir du temps libre ou de ne plus avoir de garde. L'amélioration des conditions de vie semble être recherchée dans ces choix. Les autres réponses sont pour part humoristiques et font appel aux loisirs, vacances voire à la cessation d'activité.

### C) La pénibilité du métier et de la garde

De nombreux items ont été retenus pour la pénibilité du métier. La difficulté des conditions de vie, le comportement des patients et le rythme de travail dominant largement. Les gardes, le manque de temps libre et de temps pour la famille sont les items les plus souvent nommés dans la première modalité. La déconsidération du métier rejoint pour part le comportement des patients qui évolue, selon les médecins, plutôt dans le sens d'une dégradation. Les contraintes administratives et les charges financières représentent une part non négligeable. En revanche, les difficultés de la pratique semblent plutôt bien appréhendées dans la mesure où elles sont peu nommées.

Les réponses concernant la pénibilité de la garde sont très largement dominées par la difficulté des conditions de vie. Le manque de sommeil, la fatigue et le stress sont fortement représentés.

Au questionnaire de départ sur la pertinence et la cohérence du dispositif mis en place dans le cadre de la permanence des soins non programmés par rapport aux pratiques des médecins généralistes, l'enquête permet de répondre favorablement. La régulation a plutôt été bien acceptée et semble maintenant indispensable au bon fonctionnement de la permanence des soins. Les médecins sont volontaires pour y participer. La plupart des praticiens libéraux orientent les appels vers le centre 15 durant la garde. Le nombre d'appels et de visites pendant l'astreinte a diminué dans la majorité des cas selon l'enquête. L'augmentation du nombre de consultations constatée par une partie des médecins permet au médecin de se déplacer moins souvent et de consulter au cabinet dans des conditions plus propices aux soins. La diminution des consultations en parallèle

à celle des visites énoncée par d'autres praticiens suppose une baisse du nombre global des actes de nuit confirmée par les statistiques de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de la Somme. Toutefois, il est nécessaire de moduler l'impact de l'organisation dans la mesure où une campagne visant à responsabiliser les usagers et à engendrer une diminution du nombre de visites a été menée par l'assurance maladie simultanément à la mise en place du dispositif actuel. Par ailleurs, la sectorisation géographique réalisée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de la Somme, a réduit le nombre de secteurs à 40 et a permis de proposer une permanence de soins intéressant l'ensemble du département. L'enquête a montré qu'une partie non négligeable de secteurs s'était élargie entraînant une augmentation du nombre de médecins participant à la garde dans la majorité des cas et diminuant par conséquent la fréquence des astreintes. Enfin, l'organisation de la permanence des soins a engendré une amélioration de la qualité de vie de la plupart des médecins participant à l'enquête.

L'organisation en place doit néanmoins maintenant être pérennisée et consolidée. Le paragraphe suivant traite des propositions d'améliorations possibles.

#### D) Les propositions pour l'avenir

Dans cette question, seules les 2 premières réponses des questionnaires ont été retenues l'objectif étant d'extraire les idées principales. Cette question a amené un taux de réponses assez important (66,5%). La création de maisons médicales de garde est l'idée principale. Elle est souvent associée à la diminution des horaires d'astreinte et à la redéfinition des secteurs plutôt dans le sens de l'élargissement. La modification de la régulation a déjà été abordée dans une des questions précédentes. Un effort d'éducation des patients est préconisé. Par ailleurs, 14 médecins ont souhaité manifester dans cette question ouverte leur entière satisfaction par rapport à l'organisation actuelle.

La création de maisons médicales est une idée récurrente. Dans le département de la Somme, un projet de maison médicale de garde a été monté parallèlement aux concertations menées entre professionnels et institutionnels pendant le troisième et quatrième trimestre de l'année 2002. Celui-ci était porté par des médecins du secteur de Corbie et de Villers Bretonneux qui est un secteur rural étendu. L'objectif était de concentrer les forces en présence afin d'élargir le secteur de garde et par conséquent :

- d'augmenter le nombre de médecins participant à l'astreinte afin d'en diminuer la fréquence de survenue (passage à 24 médecins),
- d'avoir un local d'accueil centralisé, facile à trouver et sécurisant pour recevoir les patients en consultation,

- d'inciter les patients à s'y rendre en cas de besoin pour diminuer au maximum voire éviter la dispensation d'actes au domicile du patient qui pourrait être réalisée en consultation pendant la garde.

Pour se faire, grâce au concours du centre hospitalier de Corbie, un local a été mis à la disposition des médecins, situé au sein de l'hôpital tout en restant indépendant. Le financement des moyens logistiques a été pourvu par l'URCAM par le biais du FAQSV. Sachant que la régulation libérale allait se mettre en place au SAMU 80, le dernier écueil a été surmonté par le recours systématique à la centralisation des appels au centre 15 durant toute la garde. L'étendue géographique et la ruralité du secteur ont poussé les médecins à la prudence. Dans la convention signée avec l'URCAM, il est fait état de la présence de deux médecins de garde : un médecin assurant seul les consultations et un deuxième médecin en cas d'afflux du nombre d'appels permettant de suppléer son confrère pour faire les visites à domicile par exemple. La garde est assurée pendant les horaires définis par les textes. Enfin, une importante campagne d'information a été menée auprès de la population plusieurs semaines avant l'installation définitive de la maison de garde : le support principal, en dehors de l'information donnée directement par le médecin à son patient, était un bulletin affiché à la mairie, dans les pharmacies, dans les salles d'attente de tous les médecins du secteur et un article d'annonce dans la presse locale. Cette maison médicale fonctionne depuis le mois de janvier 2003. Le bilan en est particulièrement positif avec un nombre d'appels peu important pendant les gardes et des patients qui se rendent quasi exclusivement au cabinet sur les conseils du médecin de garde, selon le Président de l'ARL 80, médecin de ce secteur. Tous les appels passent par le centre 15.

Le succès de la maison médicale est en grande partie dû à la volonté et la mobilisation des médecins du secteur et à l'information concise et anticipée apportée aux patients. L'évolution favorable du nombre d'appels pendant la garde pourrait conduire à passer à un seul médecin d'astreinte sur tout le secteur.

Par ailleurs, l'association SOS Médecins a ouvert sur Amiens un cabinet médical permettant d'élargir leur activité, essentiellement basée sur les visites à domicile, en assurant des consultations.

Toutefois, chaque secteur, par sa situation et ses acteurs, ne peut fonctionner de façon identique. Aussi, si la maison médicale de garde est une idée intéressante et séduisante, elle doit être adaptée au contexte local. Ses modalités d'installation et de fonctionnement doivent respecter les objectifs de départ à savoir assurer une permanence de soins efficace en répondant aux besoins de soins des usagers en dehors des horaires de fermeture des cabinets médicaux et en couvrant un territoire défini par la sectorisation.

Les projets d'implantation doivent répondre à des besoins identifiés et évalués avec des objectifs précis et clairement énoncés faisant l'objet d'une évaluation annuelle.

Aujourd'hui des maisons médicales se développent en France. Elles répondent à l'évolution des pratiques des médecins libéraux. Ces maisons sont souvent très hétérogènes en termes de modalités de fonctionnement. Certaines ont pour objectif d'être complémentaires aux services d'urgences, d'autres constituent une modalité d'organisation de la permanence des soins des médecins libéraux, voire un mode d'exercice de la médecine générale.

En outre, la régulation médicale libérale ne peut que s'améliorer. En effet, les praticiens qui y participent ont une expérience qui s'accroît à chaque garde. La nécessité ou non de prolonger leur participation pendant la seconde partie de nuit est à évaluer. Par ailleurs, la sectorisation est toujours en évolution et des discussions continuent d'être menées entre les acteurs de terrain et les membres de la commission des gardes du CDOM. Quant à l'éducation des patients, un renforcement de l'information devrait permettre une amélioration en ce sens.

## 7 CONCLUSION

Après la grève des gardes des médecins libéraux de 2002, la DDASS de la Somme a entrepris de réorganiser la permanence des soins en collaboration avec tous les acteurs, en s'appuyant sur le protocole du 1<sup>er</sup> mars 2002 et la circulaire du 15 juillet 2002. Depuis de nombreux textes réglementaires se sont ajoutés en donnant un cadre à la permanence des soins ambulatoires. L'expérience menée dans le département de la Somme a permis de mettre en place une régulation des appels de médecine générale au centre 15 assurée par les médecins libéraux et une sectorisation géographique engendrant une diminution du nombre de secteurs de garde. L'enquête réalisée auprès des médecins généralistes du département a mis en évidence un bilan positif. La majorité des médecins basculent leurs appels au centre 15 pendant la garde et sont plutôt satisfaits de cette évolution. Le nombre d'appels et de visites a globalement diminué. Enfin la qualité de vie des médecins est plutôt améliorée. En revanche une communication spécifique destinée aux patients doit être mise en oeuvre afin de les informer sur les avantages du dispositif et sur le bon usage de ce dernier. Des supports de communication sont en cours d'élaboration.

La réalisation d'une enquête complémentaire relative à l'installation de maisons médicales de garde dans d'autres départements permettrait de colliger des retours d'expérience autres que ceux de la Somme. Les résultats de cette étude seraient particulièrement utiles dans les discussions et les négociations autour de projets éventuels de création de maisons de garde et dans l'anticipation des difficultés potentielles.

A l'heure où le SROS de troisième génération<sup>37</sup> est en cours d'élaboration, il est important d'approfondir le travail d'articulation entre les soins hospitaliers et le secteur ambulatoire. La concertation et la collaboration entre professionnels de santé qu'ils soient libéraux ou du secteur public sont nécessaires au renforcement du réseau ville hôpital.

En outre, les efforts nationaux d'aide à l'installation des médecins généralistes dans les zones rurales sont à encourager afin de remédier à la pénurie de médecins envisagée ces prochaines années.

---

<sup>37</sup> Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

---

# Bibliographie

---

## LOIS ET TEXTES REGLEMENTAIRES

Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

Loi n°87-565 du 22 juillet 1987 relative à l'organisation de la sécurité civile, à la protection de la forêt contre les incendies et à la prévention des risques majeurs.

La loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003

Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

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

Décret n° 95-647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé.

Décret n° 95-648 du 9 mai 1995 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre l'activité de soins « Accueil et traitement des urgences ».

Décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

Décret n° 97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé.

Décret n° 97-619 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique.

Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence de soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de santé publique.

Décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale.

Décret n° 2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire et modifiant le décret n°87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres.

Arrêté du 31 janvier 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes.

Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes.

Arrêté du 23 juillet 2003 fixant les périodes de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire.

Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

Circulaire n° 88-23 du 28 décembre 1988 relative au concours du service public hospitalier et à la participation des médecins d'exercice libéral à l'aide médicale urgente. Conditions d'un partenariat.

Circulaire du 18 septembre 1992 relative aux relations entre le SDIS et les établissements publics hospitaliers dans les interventions relevant de la gestion quotidienne des secours.

Circulaire du 12 décembre 1994 relative à l'interconnexion des numéros d'appel 15, 17, et 18.

Circulaire n° 98-483 du 19 juillet 1998 relative à la participation des transporteurs sanitaires privés à l'aide médicale urgente.

Circulaire DHOS/O1 n° 2001-76 du 5 février 2001 relative à la participation des transporteurs sanitaires privés dans la prise en charge des urgences pré hospitalières.

Circulaire 71/2002 du 3 mai 2002 de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) relative à la mise en œuvre du protocole national sur la permanence des soins.

Circulaire DHOS/SDO n° 2002-339 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins de ville.

Circulaire n°195/DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

Circulaire n° 587/DHOS/O1/2003 du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

Circulaire n°101/DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

Circulaire interministérielle n°151 du 29 mars 2004 relative au rôle des SAMU, des SDIS et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente.

Protocole national du 1<sup>er</sup> mars 2002 sur la permanence des soins entre l'Etat, le Conseil national de l'ordre des médecins et l'assurance maladie.

## **PERIODIQUES**

COUSIN S. *Permanence de soins : serez-vous volontaires ?* Impact médecin, 31 janvier 2003, vol.24, pp.36-40.

FREMEAUX P. *Grève des médecins : des responsabilités partagées.* Alternatives économiques, février 2002, n°200, pp.6-9.

GAUDIN F. *Revenus. La qualité de vie privilégiée.* Impact médecin, 14 mars 2003, n°26, pp.28-32.

KELLER B. *Les leçons d'un conflit.* Décision santé, janvier 2001, n°181, pp.9.

LE BORGNE C. *L'exercice hors du cabinet*. Le concours médical, 1<sup>er</sup> octobre 2003, vol.125, n°28, pp.1649-1651.

LEVISSE P., DERMAUD G., LEMAIRE L., HENNETTE J. *Services de garde en médecine générale : états des lieux de la région Nord-Pas-de-Calais*. La revue du praticien, médecine générale, 11 octobre 1999, n°472, pp.1534-1535.

MALEY E. *Les libéraux entrent aux urgences*. Stratégie santé, avril 1995, n°70, pp.10-11.

MEDARD J. *La garde de nuit en médecine générale de campagne*. La revue du praticien, 11 septembre 1995, vol.9, n°308, pp.31-33.

MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE. *Assurance maladie : Mieux reconnaître le métier de généraliste*. Bulletin d'information de la mutualité sociale agricole, mars 2003, n°22, S 2198, pp.18-20.

NAIDITCH M, BREMOND M. *La grève des médecins généralistes : des praticiens en quête de repères*. Laennec, 2002, n°4, pp.8-15.

NIEL X. *La démographie médicale à l'horizon 2020. Une réactualisation des projections à partir de 2002*. Etudes et résultats – DREES, mars 2002, n°161.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. *Gardes et urgences : comment assurer la continuité des soins ?* Bulletin de l'ordre des médecins, septembre 2000, n°7, pp.10-12.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS, CENTRE DE RECHERCHE D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE LA SANTE (C.R.E.D.E.S). *La démographie médicale française*. Question de sécurité sociale, janvier 2003, n°586, pp.21-29.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. *Une nouvelle organisation pour la permanence des soins*. Bulletin de l'ordre des médecins, février 2004, n°2, pp.14-15.

PENEAU C. *Permanence des soins : Rennes expérimente le cabinet de garde collectif*. Impact médecin, 19 octobre 2001, n°552, pp.103.

POINDRON P-Y. , GAUDIN F. *Démographie médicale. Agir maintenant contre la pénurie*. Impact médecin, 7 décembre 2001, n°559, pp.36-41.

PROVILLE S. *Réflexions sur le rôle, les missions et les attentes des médecins généralistes*. Bulletin juridique de la santé publique, octobre 2002, n°55, pp.17-19.

ROBELET M. *Médecins généralistes : les voies étroites du réenchantement professionnel*. Regard sur l'actualité, juin 2002, n°282, pp.45-57.

ULMANN P. *Réformes pour la santé. La France va-t-elle manquer de médecins ?* Regards sur l'actualité, février 2003, n°288, pp.27-36.

## **RAPPORTS, ETUDES**

### **Nationaux**

Rapport pour la Conférence des Présidents des Unions Régionales de Médecins en exercice Libéral. *Livre blanc : organisation de la permanence des soins en médecine libérale*. Juillet 2001, pp1-77.

DESCOURS C. *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence de soins*. 22 janvier 2003

## **Locaux**

*Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de Picardie 2<sup>ème</sup> génération, volet Urgences.* ARH de Picardie, 2001-2005.

*Croisement d'Informations Régionalisées.* ORS de Picardie, juin 2003, n°6, 191p.

*Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social.* DRASS de Picardie, juillet 2003. 34p.

*Croisement d'Informations Régionalisées.* ORS de Picardie, juin 2003, n°6, 191p.

## **MEMOIRES**

EPAILLARD JP. *Organisation de la permanence des soins. Quelle méthodologie pour définir une sectorisation optimale dans un département, l'exemple du Loiret.* Mémoire pour le diplôme de médecin inspecteur de santé publique : Ecole nationale de santé publique Rennes, 2003.

MOREL B. *La permanence des soins de ville dans le département de l'Ain. Le volontariat des médecins généralistes : un pari risqué ?* Mémoire pour le diplôme de médecin inspecteur de santé publique : Ecole nationale de santé publique Rennes, 2003.

## **THESES**

BARNOIN S. *Evaluation de la pertinence de l'envoi d'un médecin généraliste par les SAMU 80.* Thèse pour le doctorat d'Etat en médecine. Faculté de médecine d'Amiens, Université de Picardie Jules Verne, 2002. 75p.

CHODOSAS M. *Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans cinq pays européens : la France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie et le Portugal.* Thèse pour le doctorat d'Etat en médecine. Faculté de médecine Lariboisière – Saint – Louis, Université Paris VII, 2002. 181p.

---

## Liste des annexes

---

- **ANNEXE 1 :**
- Questionnaire
  
- **ANNEXE 2 :**
- Plan de codage.

## ANNEXE 1 : questionnaire

### LES MEDECINS GENERALISTES ET LA PERMANENCE DES SOINS DANS LE DEPARTEMENT DE LA SOMME

Ce questionnaire est destiné aux médecins généralistes installés. Il a deux objectifs principaux : avoir votre avis sur l'organisation actuelle des gardes mise en place en avril 2003 et colliger vos suggestions pour l'améliorer. Par ailleurs, il permet de mieux vous connaître et d'avoir une idée plus précise de vos contraintes. Son analyse sera intégrée dans le mémoire de médecin inspecteur de santé publique que j'effectue dans le cadre de ma formation. Il est anonyme.

Je vous remercie de participer à cette enquête en renvoyant ce questionnaire dans l'enveloppe jointe, **avant le 15 avril 2004** à :

*DDASS de la Somme  
Dr Astrid DERODE  
3, boulevard Guyencourt,  
BP 2704  
80027 AMIENS cédex 1*

#### I- VOTRE SITUATION AUJOURD'HUI

1- Vous êtes médecin généraliste installé dans une commune de :

moins de 2000 habitants.....                       10001 à 50000 habitants.....   
2001 à 10000 habitants.....                       plus de 50000 habitants.....

2- Votre habitation se trouve :

dans la commune de votre cabinet.....                       dans une autre commune.....

3- Vous travaillez :

seul(e).....                       en association.....

4- Avez-vous une autre activité médicale ?..... OUI     NON

Si oui laquelle ?.....

Combien d'heures par semaine y consacrez-vous ? \_\_\_\_\_ heures

5- Combien d'heures estimez-vous travailler par semaine en moyenne toutes activités confondues (en dehors des gardes)?.....

6- Selon vous quelles sont les deux principales qualités nécessaires pour être médecin généraliste ? (*Hiérarchisez vos réponses*)

1.....

2.....

#### II- VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL

7- Avez-vous obtenu un ou des diplôme(s) autre(s) que le doctorat en médecine :

OUI     NON

Si oui, reportez le(s) ci-dessous :

.....  
.....  
.....

8- Vous avez commencé dans la profession :  
comme remplaçant(e).....  
comme médecin salarié.....  
en vous installant tout de suite après vos études.....  
autre(*Précisez*).....

9- Depuis quand êtes-vous installé(e) dans votre cabinet actuel ?.....

10- Est-ce votre première installation ?..... OUI  NON

### III- POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

11- Vous êtes.....un homme  une femme

12- Vous êtes né(e) en 19\_\_\_\_

13- Vous êtes Picard de naissance ?.....OUI  NON

14- Quel est votre situation familiale actuelle ?  
célibataire  séparé(e)  marié(e)   
divorcé(e)  veuf(ve)  autre(*préciser*).....  
*Si vous vivez seul(e), passez directement à la question 16.*

15- Indiquez précisément la profession de votre conjoint et son statut (*indépendant ou salarié*) .....  
Exerce-t-il à temps plein ?.....OUI  NON

16- Avez-vous des enfants ? OUI  NON   
Si oui, combien?.....  
Indiquez leur année de naissance .....

17- Vous habitez :  
un logement individuel..... un logement collectif.....

### IV- CONCERNANT LA PERMANENCE DES SOINS DE VILLE

#### VOTRE SITUATION ACTUELLE

18- Dans quel secteur de garde travaillez-vous ?.....

19- Combien de médecins généralistes y travaillent ?.....

20- Selon vous combien de médecins participent à la garde dans ce secteur?.....

21- Combien de gardes assurez-vous par mois en moyenne (*week-end et jours fériés compris*) ?.....

22- Combien assurez-vous de week-end de gardes par an en moyenne ?.....

**VOTRE AVIS SUR LA REGULATION**

23- Participez-vous à la régulation au centre 15 ?..... OUI  NON

24- Souhaiteriez-vous y participer ?  
 OUI  NON  NE SAIS PAS

25- Faites-vous réguler vos appels de garde par le centre 15 ?.....OUI  NON   
 Si oui, quand basculez-vous vos appels ?  
 de 20h00 à 0h00.....  durant toute la garde.....  
 de 0h00 à 8h00.....  autre (précisez).....

26- Toutefois, vous est-il arrivé de communiquer votre numéro de téléphone personnel à certains patients ?  
 OUI  NON

27- Actuellement les médecins libéraux participent à la régulation de 20h00 à 0h00 en semaine, de 12h00 à 0h00 le samedi et de 8h00 à 0h00 le dimanche et les jours fériés.

➤ Diriez-vous que l'organisation actuelle des gardes est :

	Très satisfaisante	Plutôt satisfaisante	Plutôt insatisfaisante	Très insatisfaisante	Sans opinion
En matière d'horaires de régulation des médecins libéraux					
En matière de rémunération des régulateurs libéraux					
En matière de rémunération de la garde de terrain					

(Cochez une case par ligne)

➤ Selon vous quelle est la principale modification à apporter ?

.....

**VOTRE AVIS SUR LA SECTORISATION**

28- Lors de la nouvelle sectorisation du département actée le 31 mars 2003, diriez-vous que :

➤ la taille de votre secteur de garde :  
 a augmenté.....  est restée identique.....  
 a diminué..... ne sais pas.....

➤ le nombre de médecins participant à la garde dans votre secteur  
 a augmenté.....  est identique.....  
 a diminué..... ne sais pas.....

## VOTRE IMPRESSION GENERALE

**29-** Estimez-vous que depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003, le nombre d'appels pendant les gardes  
a augmenté.....  a diminué.....   
est stable.....  ne sais pas.....

**30-** Estimez-vous que depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003, le nombre de visites pendant les gardes  
a augmenté.....  a diminué.....   
est stable.....  ne sais pas.....

**31-** Estimez-vous que depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003, le nombre de consultations pendant les gardes  
a augmenté.....  a diminué.....   
est stable.....  ne sais pas.....

**32-** Estimez-vous que depuis la mise en place d'une nouvelle organisation de la permanence  
de soins de ville, votre qualité de vie s'est  
améliorée.....  dégradée.....   
maintenue.....  ne sais pas.....

## V- VOTRE AVENIR

**33-** Vous est-il arrivé de conseiller à un jeune médecin généraliste de s'installer en libéral ?  
OUI  NON  NE SAIS PAS   
Si non, pourquoi ?.....

**34-** Pensez-vous poursuivre votre activité libérale ?  
OUI  NON  NE SAIS PAS

**35-** Si vous cessiez votre activité, vers quelle activité vous orienteriez-vous ?.....

**36-** Qu'est-ce qui est le plus difficile à supporter dans votre métier en 1 idée?  
●.....

**37-** Q'est-ce qui est le plus pénible dans les gardes en 1 idée ?  
●.....

**38-** Quelles améliorations de l'organisation de la permanence des soins de ville proposeriez-vous ?

Je vous remercie.

## ANNEXE 2 : plan de codage

<p><b>1 – Vous êtes médecin généraliste installé dans une commune de :</b></p> <p>1 : non réponse 2 : moins de 2000 habitants 3 : de 2001 à 10000 habitants 4 : de 10001 à 50000 habitants 5 : plus de 50000 habitants</p> <p><b>2 – Votre habitation se trouve</b></p> <p>1 : non réponse 2 : dans la commune de votre cabinet 3 : dans une autre commune</p> <p><b>3 – Vous travaillez</b></p> <p>1 : non réponse 2 : seul(e) 3 : en association</p> <p><b>4 – Avez-vous une autre activité médicale ? Si oui laquelle ?</b></p> <p>1 : non réponse 2 : non 3 : oui activité hospitalière ➤ Régulateur, ARL 80, centre 15, attaché à l'hôpital, attaché aux urgences, urgence-SMUR, praticien hospitalier 4 : oui activité dans le secteur médico-social ➤ Attaché maison de retraite, médecin coordonnateur EHPAD, médecin dans un IME 5 : oui activité d'enseignement ➤ Enseignement, FMC, formation médecin généraliste, maître de stage 6 : oui médecin sapeur pompier 7 : oui médecin du sport 8 : oui médecin expert 9 : oui médecin de la commission médicale des permis de conduire 10 : oui autre ➤ Planning familial, vacataire, contrôle des arrêts de travail</p> <p><b>Combien d'heures par semaine ?</b></p> <p>1 : non réponse 2 : non objet 3 : une demie journée maximum 4 : une journée maximum 5 : une journée et demie maximum 6 : deux journées au maximum 7 : plus de deux jours</p>	<p><b>5 – Combien d'heures estimez-vous travailler par semaine en moyenne toutes activités confondues (en dehors des gardes) ?</b></p> <p>1 : non réponse 2 : moins de 40 heures 3 : de 40 à 45 heures 4 : de 46 à 50 heures 5 : de 51 à 55 heures 6 : de 56 à 60 heures 7 : de 61 à 65 heures 8 : de 66 à 70 heures 9 : de 71 à 75 heures 10 : de 76 à 80 heures</p>
--	---

**6 – Selon vous quelles sont les deux principales qualités nécessaires pour être médecin généraliste ? (Hiérarchisez vos réponses)**

- 1 : non réponse
- 2 : disponibilité
- 3 : écoute
  - Ecoute, attentif
- 4 : patience
  - Patience, calme, attente
- 5 : compétence
  - Compétence, médicalement bon, savoir faire, connaissance médicale, professionnalisme, bon sens, polyvalence, mémoire, polyvalence, conscience professionnelle, coordonner, synthétique, responsable, efficacité, savoir répondre, compétence multidisciplinaire
- 6 : psychologie
  - Aptitude à décrypter le discours, mise en confiance, diplomate, psychologue
- 7 : courage
  - Courageux, travailleur, volontariste
- 8 : *altruisme*
  - Aider les autres, aimer les autres, empathie, respect, relationnel, ouvert aux autres, contact, dévouement, humanité, humanisme, générosité, communicant, intérêt pour les gens, proximité
- 9 : vocation
  - Vocation, motivation, passion, aimer son métier, aimer la médecine, abnégation, intéressé, content de pratiquer le métier, médecin de famille, ne pas compter son temps, avoir la foi
- 10 : rigueur
  - Rigoureux, organisé, constant, sérieux, tenace, appliqué, consciencieux, connaissance de soi, connaissance de ses limites, honnêteté
- 11 : bonne santé
  - Santé de fer, physiquement et psychologiquement fort, forme physique, endurance, résistance, performant, bonne santé, résistant, énergie
- 12 : curiosité
  - Curieux, s'intéresser à tout, curiosité intellectuelle
- 13 : humilité
- 14 : savoir évoluer
  - Se remettre en cause, esprit critique vis-à-vis de ses compétences, se remettre en question, faire des FMC, maintien à

**8 – Vous avez commencé dans la profession : (2 réponses au maximum)**

- 1 : non réponse
- 2 : comme remplaçant(e)
- 3 : comme médecin salarié
- 4 : en vous installant tout de suite après vos études
- 5 : autres
  - missions humanitaires
  - FFI

dans une association

**9 - Depuis quand êtes-vous installé(e) dans votre cabinet actuel ?**

- 1 : non réponse
- 2 : avant 1970
- 3 : entre 1970 et 1975
- 4 : entre 1976 et 1980
- 5 : entre 1981 et 1985
- 6 : entre 1986 et 1990
- 7 : entre 1991 et 1995
- 8 : entre 1996 et 2000
- 9 : après l'an 2000

**10 - Est-ce votre première installation ?**

- 1 : non réponse
- 2 : oui
- 3 : non

**11 – Vous êtes :**

- 1 : non réponse
- 2 : un homme
- 3 : une femme

**12 – Vous êtes né(e) en :**

- 1 : non réponse
- 2 : avant 1940
- 3 : entre 1940 et 1945
- 4 : entre 1946 et 1950
- 5 : entre 1951 et 1955
- 6 : entre 1956 et 1960
- 7 : entre 1961 et 1965
- 8 : entre 1966 et 1970
- 9 : entre 1971 et 1975
- 10 : après 1975

**13 – Vous êtes Picard de naissance ?**

- 1 : non réponse
- 2 : oui
- 3 : non

**14 – Quelle est votre situation familiale actuelle ?**

- 1 : non réponse
- 2 : célibataire
- 3 : séparé(e), divorcé(e)
- 4 : marié(e)
- 5 : veuf (veuve)
- 6 : concubin (concubine)

**15 – Indiquez précisément la profession de votre conjoint et son statut**

- 1 : non réponse

<p>niveau des connaissances, mise à jour des connaissances</p> <p>15 : autres réponses</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Adaptation, suivi des patients, indifférent, indépendant, idiot, naïf, « kleenex » des patients, célibataire, sérénité, masochisme</li> </ul> <p>16 : non objet</p> <p><b>7 – Avez-vous obtenu un ou des diplôme(s) autre(s) que le doctorat en médecine (2 réponses)</b></p> <p>1 : non réponse</p> <p>2 : non</p> <p>3 : oui, diplôme de « spécialisation » médicale</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Urgence (11)* : urgence, oxyologie, CMU, CAMU, CAPAMU, CATA, Catastrophe</li> <li>➤ Sport (30) : biologie et médecine du sport, médecine de sport, médecine de plongée</li> <li>➤ Gériatrie (22) : gériatrie, gérontologie, capacité, DU...</li> <li>➤ Gynécologie (4), pédiatrie (4), angiologie (2), audiologie (1), médecine exotique (1), tropicale (1), agricole (1), du travail (2), DU de médecine générale (3), santé publique (1), soins palliatifs (2), traitement de la douleur (1), médecine légiste (1), réparation de dommages corporels (5), expertise médicale (2), médecine aérospatiale (5), médecine statutaire et agréée (1)</li> </ul> <p>4 : oui, diplôme de médecine particulière</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Homéopathie (11)</li> <li>➤ Acupuncture (5)</li> <li>➤ Médecine manuelle et ostéopathie (5)</li> <li>➤ Mésothérapie (1)</li> </ul> <p>5 : oui, autres diplômes</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Puériculture (1), sophrologie et hypnose médicale (2), biomécanique (1), anatomie (2), protection sociale/sécurité sociale (2), droit médical (1), évaluation médicale et qualité des soins (1), maîtrise de biologie humaine (1), histologie et cytologie (1), biologie de la reproduction (1), investigation clinique (1)</li> <li>➤ Kinésithérapeute (1), technicien de laboratoire (1), anglais (1), psychologie (1), biologie végétale (1), hydrologie et climatologie médicale (1), DESS administration des entreprises (1)</li> </ul> <p>* Effectifs des médecins pour le diplôme</p>	<p>2 : agriculteurs exploitants</p> <p>3 : artisans, commerçants et chefs d'entreprise</p> <p>4 : cadres et professions intellectuelles supérieures</p> <p>5 : professions intermédiaires</p> <p>6 : employés</p> <p>7 : ouvriers</p> <p>8 : retraités</p> <p>9 : sans activité professionnelle</p> <p><b>Exerce t-il à temps plein ?</b></p> <p>1 : non réponse</p> <p>2 : non objet</p> <p>3 : oui</p> <p>4 : non</p> <p><b>16 - Avez-vous des enfants ? Et si oui combien ?</b></p> <p>1 : non réponse</p> <p>2 : non</p> <p>3 : oui, un</p> <p>4 : oui, deux</p> <p>5 : oui, trois</p> <p>6 : oui, quatre</p> <p>7 : oui, cinq</p> <p>8 : oui, sans précision</p> <p><b>Quelle est son année de naissance ?</b></p> <p>1 : non réponse</p> <p>2 : non objet</p> <p>3 : avant 1970</p> <p>4 : entre 1970 et 1975</p> <p>5 : entre 1976 et 1980</p> <p>6 : entre 1981 et 1985</p> <p>7 : entre 1986 et 1990</p> <p>8 : entre 1991 et 1995</p> <p>9 : entre 1996 et 2000</p> <p>10 : après l'an 2000</p> <p><b>17 – Vous habitez</b></p> <p>1 : non réponse</p> <p>2 : logement individuel</p> <p>3 : logement collectif</p>
--	---

**18 – Dans quel secteur de garde travaillez-vous ?**

- 1 : non réponse
- 2 : aucun
- 3 : Abbeville
- 4 : Acheux en Amienois
- 5 : Albert
- 6 : Ailly sur Noye
- 7 : Amiens
- 8 : Ault
- 9 : Auxi le Château
- 10 : Bernaville
- 11 : Boves
- 12 : Bray sur Somme
- 13 : Conty
- 14 : Corbie
- 15 : Crécy en Ponthieu
- 16 : Domart en Ponthieu
- 17 : Doullens
- 18 : Amiens Sud Ouest
- 19 : Eu
- 20 : Flixecourt
- 21 : Friville Escarbotin ou n°21
- 22 : Gamaches
- 23 : Hallencourt ou n°6
- 24 : Ham
- 25 : Hornoy le Bourg ou n°24
- 26 : Molliens Dreuil
- 27 : Montdidier
- 28 : Moreuil ou n°28
- 29 : Nouvion
- 30 : Nesle
- 31 : Oisemont
- 32 : Péronne
- 33 : Picquigny
- 34 : Poix de Picardie
- 35 : Rosières en Santerre
- 36 : Roisel
- 37 : Roye
- 38 : Rue
- 39 : Saint Riquier
- 40 : Saint Valéry sur Somme
- 41 : Villers bocage
- 42 : Villers Bretonneux

**19 – Combien de médecins généralistes y travaillent**

- 1 : non réponse
- 2 : ne sais pas
- 3 : moins de 5
- 4 : de 5 à 10
- 5 : de 11 à 15
- 6 : de 16 à 20
- 7 : de 21 à 25
- 8 : de 26 à 30
- 9 : de 31 à 35
- 10 : plus de 35

**26 – Toutefois vous est-il arrivé de communiquer votre numéro de téléphone ?**

- 1 : non réponse
- 2 : oui
- 3 : non

**27 – Degré de satisfaction en matière d'horaires de régulation des médecins libéraux**

- 1 : non réponse
- 2 : très satisfaisant
- 3 : plutôt satisfaisant
- 4 : plutôt insatisfaisant
- 5 : très insatisfaisant
- 6 : sans opinion

**en matière de rémunération des régulateurs libéraux**

- 1 : non réponse
- 2 : très satisfaisant
- 3 : plutôt satisfaisant
- 4 : plutôt insatisfaisant
- 5 : très insatisfaisant
- 6 : sans opinion

**en matière de rémunération de la garde de terrain**

- 1 : non réponse
- 2 : très satisfaisant
- 3 : plutôt satisfaisant
- 4 : plutôt insatisfaisant
- 5 : très insatisfaisant
- 6 : sans opinion

**27bis – Selon vous quelle est la principale modification à apporter ?**

- 1 : non réponse
- 2 : amélioration de la régulation
  - Fonction de détresse du patient, ne consiste pas à mettre seulement en contact le médecin de secteur et le patient, régulation des appels, régulation compétente, formation des régulateurs, régulation par médecin du canton en milieu rural, faire une vraie régulation
  - augmentation du temps d'intervention des médecins régulateurs libéraux, toute la nuit, toute la garde, entre 0h00 et 8h00, commencement à 18h00, augmenter nombre de régulateurs le dimanche matin
- 3 : réduction des gardes de terrain
  - Réduction horaire de terrain (de 19h00 à 0h00, de 14h00 à 0h00 le samedi, de 10h00 à 0h00 le dimanche, mêmes horaires que régulateurs, pas de garde entre 23h00 et 7h30, arrêt à minuit, le SAMU se débrouille de 0h00 à 6h00, de 20h00 à 0h00, arrêt de 0h00 à 7h00, arrêt de 0h00 à 8h00, commencer à

<p><b>20 – Selon vous combien de médecins participent à la garde dans ce secteur ?</b>  1 : non réponse  2 : ne sais pas  3 : moins de 5  4 : de 5 à 10  5 : de 11 à 15  6 : de 16 à 20  7 : de 21 à 25  8 : de 26 à 30  9 : de 31 à 35  10 : plus de 35</p> <p><b>21- Combien de gardes assurez-vous par mois en moyenne (week-end et jours fériés compris) ?</b>  1 : non réponse  2 : moins de 2  3 : de 2 à 4  4 : de 5 à 7  5 : de 8 à 10  6 : plus de 10</p> <p><b>22 – Combien assurez-vous de week-end de gardes par an en moyenne ?</b>  1 : non réponse  2 : moins de 5  3 : de 5 à 10  4 : de 11 à 15  5 : de 16 à 20  6 : de 21 à 25  7 : de 26 à 30  8 : plus de 30</p> <p><b>23 – Participez-vous à la régulation au centre 15 ?</b>  1 : non réponse  2 : oui  3 : non</p> <p><b>24 – Souhaiteriez-vous y participer?</b>  <i>(la question n'est pertinente que si la question 23=non)</i>  1 : non réponse  2 : oui  3 : non  4 : ne sais pas</p> <p><b>25 – Faites-vous réguler vos appels de garde par le centre 15 ?</b>  1 : non réponse  2 : non  3 : oui de 20h00 à 8h00  4 : oui de 0h00 à 8h00  5 : oui durant toute la garde  6 : oui selon le contexte  7 : oui en changeant les horaires</p>	<p>19h00)  ➤ réduction du nombre</p> <p>4 : amélioration du service pour le patient  ➤ Diminuer le temps de réponse, limiter temps d'attente au téléphone,  ➤ expliquer aux patients l'intérêt de la régulation au centre 15 (se sentent abandonnés de leur médecin)</p> <p>5 : modification de l'attitude du patient  ➤ Eduquer les patients</p> <p>6 : compensation des gardes  ➤ Récupération le lendemain  ➤ augmentation de rémunération des gardes de terrain, rémunération pour un service public, penser à rémunération de tranche horaire de 12h00 à 20h00 le samedi, 1000€ pour 12h00, en rapport avec rémunération des régulateurs, motivation financière par rapport à surcharge de travail, meilleure rémunération</p> <p>7 : repenser l'organisation  ➤ maison médicale, ne pas décourager les initiatives locales  ➤ réserver le centre 15 aux urgences vitales, supprimer régulation par centre 15, ligne directe avec centre 15 pour les médecins  ➤ volontariat des gardes  ➤ élargissement des secteurs de garde (au moins 10 médecins par secteur), harmonisation entre garde de ville et de campagne  ➤ tout le système à revoir, réforme de la pratique médicale, généraliser le système, faire plus systématiquement appel aux médecins généralistes et moins aux moyens lourds</p> <p><b>28 – Evolution de la taille de votre secteur de garde</b>  1 : non réponse  2 : a augmenté  3 : a diminué  4 : est restée identique  5 : ne sais pas</p> <p><b>Evolution du nombre de médecins participant à la garde dans votre secteur :</b>  1 : non réponse  2 : a augmenté  3 : a diminué  4 : est identique  5 : ne sais pas</p>
---	---

**29 – Estimez-vous que depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003, le nombre d'appels pendant les gardes :**

- 1 : non réponse
- 2 : a augmenté
- 3 : est stable
- 4 : a diminué
- 5 : ne sais pas

**30 - Estimez-vous que depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003, le nombre de visites pendant les gardes**

- 1 : non réponse
- 2 : a augmenté
- 3 : est stable
- 4 : a diminué
- 5 : ne sais pas

**31 - Estimez-vous que depuis le 1<sup>er</sup> avril 2003, le nombre de consultations pendant les gardes :**

- 1 : non réponse
- 2 : a augmenté
- 3 : est stable
- 4 : a diminué
- 5 : ne sais pas

**32- Estimez-vous que depuis la mise en place d'une nouvelle organisation de la permanence de soins de ville, votre qualité de vie s'est :**

- 1 : non réponse
- 2 : améliorée
- 3 : maintenue
- 4 : dégradée
- 5 : ne sais pas

**33 – Vous est-il arrivé de conseiller à un jeune médecin généraliste de s'installer en libéral ?**

- 1 : non réponse
- 2 : ne sais pas
- 3 : oui
- 4 : non l'occasion ne s'est pas présentée
  - l'occasion ne s'est pas présentée, aucun ne me l'a demandé
- 5 : non à cause du rythme de travail
  - trop de travail, rythme infernal, activité trop importante, surtout à la campagne, surtout pour les femmes, horaires, responsabilités, trop de continuité
- 6 : non à cause des conditions financières
  - trop de charges, revenus nets stagnent par rapport à charge de travail, finances diminuent, mauvais avenir financier, mal payé, problème de reprise de clientèle, pas assez payé, difficulté à gérer, diminution du niveau de vie
- 7 : non à cause du comportement des patients
  - exigence, patients envahissants
- 8 : non à cause de la déconsidération de la profession

**35 – Si vous cessiez votre activité, vers quelle activité vous orienteriez-vous ?**

- 1 : non réponse
  - 2 : ne sais rien faire d'autre
    - je ne sais rien faire d'autre, c'est bien là le problème, aucune idée, je ne me suis pas posé la question, ne souhaite pas changer
  - 3 : cessation d'activité
    - retraité, cessation d'activité
  - 4 : activité médicale salariée
    - activité médicale salariée, praticien hospitalier, hospitalier, médecin du travail, gérontologie, gériatrie, salarié EHPAD, coordonnateur, PMI, urgentiste, médecine scolaire, médecins générale hospitalière, régulation, enseignement, organiser des FMC
  - 5 : activité médicale autre non salariée
    - remplacement, médecine manuelle ou sexologie, consultant en nutrition et préparation mentale, homéopathie, esthétique, médecin outre mer, SOS médecin
  - 6 : vacances, loisirs
    - « RTTiste », peinture, musique, tourisme, chasse, garde chasse, pêche à la ligne, bricolage, activités manuelles, tour du monde en bateau, joueur de dames, vacances, petits enfants, aucune, repos, cuisine
  - 7 : autres réponses
    - bénévolat médical, médecine humanitaire
    - salarié, fonctionnaire, hostellerie, commerce, restauration, moine, activité de médecine dans un cadre collégial, lectrice dans une maison d'édition, libraire, diététique, informatique, éleveur
- 36 – Qu'est-ce qui est le plus difficile à supporter dans votre métier en une idée ?**
- 1 : non réponse
  - 2 : rythme de travail
    - horaires, durée, charge de travail, rythme, charges professionnelles, responsabilité, temps consacré, disponibilité permanente, être toujours à la hauteur
  - 3 : conditions de vie
    - gardes, manque de récupération, visites de nuit, stress, surmenage, pression, absence de remplaçant, pression permanente, fatigue, programmation impossible, le téléphone,
    - sacrifice de la vie de famille, diminution

<p>➤ peu de reconnaissance, déconsidération du métier, on se moque de nous, mépris des universitaires et des décideurs, que des devoirs et pas de droits</p> <p>9 : non à cause des contraintes administratives</p> <p>10 : non à cause des conditions de vie difficiles</p> <p>➤ gardes, trop d'astreintes, difficulté à se faire remplacer, vie infernale, dégradation des conditions de vie, pas de temps libre, trop de contraintes, trop de tracas, trop de route, stress, pas de qualité de vie, sacrifice de la famille et de la qualité de vie, trop dur à vivre, trop dur, trop prenant, pas de vie de famille ni de loisir</p> <p>11 : non pour d'autres raisons</p> <p>➤ organisation libérale non maximale, ne veut pas être responsable de son malheur, baigne surtout en rural, dilemme entre paiement à l'acte et prendre du temps avec le patient, pas comme moi il faut être en association, pas d'argument favorable, le système libéral va disparaître, difficulté de caser les FMC, avenir peu réjouissant, libéral ça n'existe plus</p> <p>12 : non sans précision</p> <p><b>34 – Pensez-vous poursuivre votre activité libérale ?</b></p> <p>1 : non réponse</p> <p>2 : oui</p> <p>3 : non</p> <p>4 : ne sais pas</p>	<p>de la qualité de vie, absence de temps libre, manque de temps, pas assez de temps libre, organisation de la vie de famille, ne pas voir ses enfants grandir, manque de sommeil, pressions familiales</p> <p>4 : déconsidération</p> <p>➤ manque de considération, déconsidération de nos compétences, prestataire de service, manque de reconnaissance, bien de consommation, dévalorisation, mépris des pouvoirs publics, objet de consommation, incompréhension, aspect commercial</p> <p>5 : charges financières</p> <p>➤ impact économique, charges financières, aspect commercial, taxation, précarité des revenus</p> <p>6 : comportement des patients</p> <p>➤ pression, exigence, bêtise, hypochondriaques, malades, impatience, indiscipline, comportement, manque de respect, infidélité, agressivité, ingratitude, consumérisme, manque de cordialité, incorrection, évolution de la société, changement de mentalité, intolérance, n'assument pas leurs problèmes de santé et les rejettent sur leur médecin, les retraités, « bobologie », abus</p> <p>7 : contraintes administratives</p> <p>➤ contraintes administratives, flicage, CPAM</p> <p>8 : difficulté de la pratique</p> <p>➤ cumul des échecs thérapeutiques, les décès, ne pas nuire, constat de l'absence de chance de bon nombre d'enfants défavorisés, être toujours à la hauteur, solitude</p> <p>9 : autre</p> <p>rien, avenir, incertitude sur l'avenir, sensation d'être bloqué, les confrères, la difficulté d'obtenir des RDV avec confrères, absence de prise en compte du coût de la santé, surtout par les fonctionnaires, routine, gardes après 50 ans, régulation approximative, les ragots</p>
---	--

**37 – Qu'est-ce qui est le plus pénible dans les gardes en une idée ?**

1 : non réponse

2 : rythme de travail

- horaires, disponibilité tout le temps, rythme, surcharge de travail, durée, le nombre, l'obligation, la fréquence, organisation

3 : conditions de vie

- fatigue, diminution du temps de repos, nuit courte, heures en plus de activité, assurer le travail le lendemain, lendemain sur lieu de travail, manque de repos intellectuel, travail du lendemain, pas de récupération le lendemain, absence de journée de récupération, pas de repos compensateur, insomnie, trouble du sommeil, réveils nocturnes, réveils brutaux entre 0h00 et 7h00, manque de sommeil, dette de sommeil, sommeil
- sortir la nuit, déplacement, se lever la nuit, sortir de mon lit, la nuit, appels nocturnes, appels de 0h00 à 8h00, 15km de brouillard à 3h00 du matin, trouver le domicile du patient, peur de ne pas trouver l'appel, être réveillé la nuit
- stress, difficulté à se relâcher entre les appels, attente de l'appel, harcèlement téléphonique
- insécurité, quartiers chauds

4 : déconsidération

- déconsidération, prestataire de service, larbin de service

5 : rémunération

- défaut de rémunération

6 : comportement des patients

- incompréhension des patients, appels pour « conneries », intervenir pour rien, appels de complaisance, appels injustifiés, non motivés, brouilles, « j'en foutisme » des patients, ruse, exigence, mépris, appels non urgents, consumérisme, agressivité, bêtise, ivrognerie, les alcooliques le soir

7 : difficulté de la pratique

- ne pas avoir le dossier du patient, manque de retour d'information sur le patient hospitalisé, l'angoisse de l'urgence grave, le cas désespéré, l'incertitude de l'appel, la peur de l'urgence vitale, urgence difficile à gérer, solitude

8 : autres

- être régulé par le centre 15, manque de connaissance de terrain par les médecins

**38 – Quelles améliorations de l'organisation de la permanence des soins de ville proposeriez-vous ?**

(deux réponses)

1 : non réponse

2 : création de maisons médicales de garde : maison médicale de garde, cabinet de consultation de garde, centre de consultation, maison de permanence, maison de garde, maison médicale, centre d'accueil sécurisé, local spécifique pour consultation, site unique pour permanence des soins, un local équipé pour les gardes, maison de l'urgence

3 : réduction d'horaires : gardes jusque minuit, SAMU prend en charge après minuit

4 : redéfinition des secteurs : agrandir, problème des secteurs interdépartementaux, secteur de clientèle, meilleure répartition, secteur géographique (logique de terrain), diminuer secteur

5 : modification de la régulation : numéro propre pour régulation médecine générale, régulation par médecin généraliste après minuit, amélioration de régulation après minuit, filtre centre 15 plus efficace, meilleure régulation, régulation autonome des maisons médicales, diminuer temps de réponse au téléphone, véritable régulation et non simple mise en conférence avec médecin de garde, régulation par centre 15 obligatoire

6 : satisfait de l'organisation actuelle

7 : éduquer patient : mesures d'éducation des patients, mesures d'information, mesures d'incitation au déplacement vers cabinet (explicatives ou financières)

8 : autres : ne sais pas, création d'un corps de professionnels des gardes, compensation financière, élargir la participation des médecins, volontariat, prise en charge par service public, transports vers cabinet pris en charge, harmoniser les conditions de gardes à la ville et à la campagne, meilleure communication entre médecin généraliste et hospitalier.

<p>régulateurs</p> <ul style="list-style-type: none"><li>➤ inégalités entre ville et campagne</li><li>➤ avoir plus de 50 ans</li><li>➤ taille des secteurs</li><li>➤ n'en fais plus</li><li>➤ manque de retour sur patients hospitalisés</li></ul>	
--	--