

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé publique

Promotion - 2003

ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

**QUELLE METHODOLOGIE POUR DEFINIR UNE SECTORISATION OPTIMALE DANS UN
DEPARTEMENT, L'EXEMPLE DU LOIRET**

Jean-Pierre EPAILLARD

Sommaire

1	<u>INTRODUCTION</u>	1
1.1	<u>La permanence des soins est un sujet d'actualité</u>	1
1.2	<u>Le contexte général</u>	2
1.2.1	<u>Les constats</u>	2
1.2.1.1	<u>La crise des urgences en France</u>	2
1.2.1.2	<u>La grève des gardes des médecins généralistes</u>	3
1.2.1.3	<u>La position des autres acteurs de la permanence des soins</u>	4
1.2.1.3.1	<u>La CNAMTS et la CPAM</u>	4
1.2.1.3.2	<u>Les Centres 15</u>	4
1.2.1.3.3	<u>Les patients</u>	5
1.2.2	<u>Le contexte du mémoire</u>	5
1.2.2.1	<u>Choix de ce thème et délimitation</u>	5
1.2.2.2	<u>La problématique</u>	6
1.2.2.3	<u>Les hypothèses</u>	6
1.2.2.4	<u>Les objectifs du mémoire</u>	6
1.2.2.5	<u>Moyens et méthodes</u>	7
1.2.2.6	<u>Annonce du plan</u>	8
2	<u>DEMANDE, BESOIN ET OFFRE</u>	9
2.1	<u>Les soins de proximité, une tradition française</u>	10
2.2	<u>Accessibilité et recours aux soins</u>	10
2.2.1	<u>Mesures de l'accessibilité</u>	10
2.2.2	<u>Les facteurs de l'accessibilité</u>	11
2.2.2.1	<u>Le coût financier</u>	11
2.2.2.2	<u>La distance</u>	11
2.2.2.3	<u>Le milieu urbain ou rural</u>	12
2.2.2.4	<u>La sévérité perçue</u>	12
2.2.2.5	<u>Facteurs de qualité</u>	12
2.2.3	<u>Proximité des soins et indicateurs de résultats</u>	12
2.2.4	<u>Quelques chiffres en France</u>	13
2.3	<u>Que retenir pour notre étude</u>	13
3	<u>LA GEOGRAPHIE DE LA SANTE ET LA SANTE PUBLIQUE</u>	14
3.1	<u>Principe de la géographie de la sante</u>	14
3.2	<u>L'intérêt de la géographie de la santé</u>	14
3.2.1	<u>Objectiver des disparités spatiales</u>	14
3.2.2	<u>Donner un sens aux représentations spatiales</u>	15
3.2.3	<u>Approcher une planification de l'offre de soins centrée sur les besoins</u>	15

<u>3.3</u>	<u>Le système d'information géographique : un outil pour l'aide à la décision en sante publique</u>	15
4	<u>URGENCE ET MÉDECINE GÉNÉRALISTE DANS LA PERMANENCE DES SOINS</u>	16
<u>4.1</u>	<u>L'organisation des urgences en France</u>	16
<u>4.1.1</u>	<u>L'évolution des urgences</u>	16
<u>4.1.2</u>	<u>Les acteurs de l'urgence</u>	18
<u>4.2</u>	<u>La place des médecins généralistes dans l'urgence</u>	18
<u>4.2.1</u>	<u>Une obligation déontologique</u>	18
<u>4.2.2</u>	<u>Une mission d'intérêt général</u>	19
<u>4.2.3</u>	<u>Les recommandations de la mission Descours</u>	19
<u>4.3</u>	<u>La permanence des soins dans d'autres pays d'Europe</u>	20
5	<u>BILAN DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS</u>	21
<u>5.1</u>	<u>La prise en charge des urgences dans le Loiret</u>	21
<u>5.1.1</u>	<u>La démographie médicale dans la région Centre et le département du Loiret</u>	21
<u>5.1.2</u>	<u>Le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Centre</u>	23
<u>5.1.2.1</u>	<u>La prise en compte des urgences dès le SROS 1</u>	23
<u>5.1.2.2</u>	<u>L'évaluation du volet urgence du SROS 2</u>	24
<u>5.1.3</u>	<u>L'évaluation plus spécifique du SAMU 45 et des SMUR</u>	26
<u>5.1.3.1</u>	<u>L'activité du SAMU 45</u>	26
<u>5.1.3.2</u>	<u>Pertinence d'une régulation au Centre 15 par un médecin généraliste</u>	27
<u>5.2</u>	<u>L'organisation des gardes pour les médecins generalistes</u>	29
<u>5.2.1</u>	<u>Coexistence de deux sectorisations géographiques divergentes</u>	29
<u>5.2.2</u>	<u>Le processus</u>	30
6	<u>DEMARCHE POUR LE CHOIX D'UN ZONAGE GÉOGRAPHIQUE THEORIQUE OPTIMAL</u>	33
<u>6.1</u>	<u>Une démarche de santé publique pour l'aide a la décision</u>	33
<u>6.2</u>	<u>La méthodologie</u>	33
<u>6.2.1</u>	<u>Le choix des critères d'agrégation pour la détermination des secteurs</u>	33
<u>6.2.2</u>	<u>Les préalables</u>	35
<u>6.2.3</u>	<u>Les suppositions</u>	35
<u>6.3</u>	<u>Le processus</u>	35
<u>6.3.1</u>	<u>Une approche théorique cartographique</u>	36
<u>6.3.2</u>	<u>Une approche pratique participative progressive</u>	37
<u>6.4</u>	<u>Les résultats et leur analyse</u>	37
<u>6.4.1</u>	<u>Proposition 1</u>	37

6.4.1.1	<u>Les secteurs actuels</u>	37
6.4.1.2	<u>Analyse et discussion de la proposition</u>	37
6.4.2	<u>Proposition 2</u>	39
6.4.2.1	<u>Les secteurs regroupés</u>	39
6.4.2.2	<u>Analyse et discussion de la proposition</u>	40
6.4.2.2.1	<u>Première étape</u>	40
6.4.2.2.2	<u>Deuxième étape</u>	47
6.4.3	<u>Proposition 3</u>	50
6.4.3.1	<u>La modélisation géographique</u>	50
6.4.3.2	<u>Analyse et discussion de la proposition</u>	52
6.5	<u>Conclusion de la démarche : des choix de zonages géographiques théoriques optimaux</u>	53
6.5.1	<u>L'utilisation de critères dans le processus décisionnel</u>	54
6.5.2	<u>Approche intuitive ou technique ?</u>	54
6.6	<u>La sectorisation définitive</u>	54
6.6.1	<u>La demande des professionnels de santé</u>	55
6.6.2	<u>La demande de la population</u>	55
7	<u>LA DEMARCHE DU LOIRET : UN MODELE POUR D'AUTRES DEPARTEMENTS ?</u>	55
7.1	<u>Sectorisation dans d' autres departements</u>	55
7.2	<u>Proposition d'une méthodologie pour d'autres départements</u>	56
8	<u>CONCLUSION</u>	58
9	<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	59
10	<u>LISTE DES ANNEXES</u>	64

Liste des sigles utilisés

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

C 15 : Centre 15

CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins

CHAM : Centre hospitalier de l'agglomération montargoise

CHRO : Centre hospitalier régional d'Orléans

CNAMTS : Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNOM : Conseil national de l'ordre des médecins

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.

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CREDES : Centre de recherche, d'étude et de documentation en économie de la santé

DDASS : Direction départementale de l'action sanitaire et sociale

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

ECG : Electrocardiogramme

MISP : Médecin inspecteur de santé publique

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

OMS : Organisation mondiale de la santé

PARM : Permanencier auxiliaire de régulation médicale

PLFSS : Projet de loi de financement de la sécurité sociale

POSU : Pôle spécialisé d'urgence

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SAU : Service d'accueil et de traitement des urgences

SMUR : Service mobile d'urgence et de réanimation

SROS : Schéma régional de l'organisation sanitaire

UPATOU : Unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

1 INTRODUCTION

1.1 LA PERMANENCE DES SOINS EST UN SUJET D'ACTUALITE

La grève des gardes chez les médecins généralistes, l'engorgement des services d'urgences hospitalières l'ont bien rappelé dans les derniers mois : la profession médicale rencontre des difficultés pour accomplir cette obligation déontologique qu'est la permanence des soins.

Que recouvre exactement ce terme de permanence des soins et quel sens lui donner dans le cadre de ce travail ?

Si les débats sur la permanence des soins ont ressurgi à l'occasion de ceux sur les urgences et de la participation des médecins généralistes aux services de garde de jour et de nuit, la permanence des soins est une notion beaucoup plus globale qui ne devrait pas se limiter au cadre de l'urgence et dans laquelle il faudrait distinguer :

- La réponse à une demande de soins, sans délai dans une situation d'urgence : la demande peut être un soulagement devant des symptômes aigus, qu'ils soient physiques ou psychiques, ou une urgence vraie correspondant à des situations médicales qui, faute d'une réponse rapide et adaptée, mettraient en péril la sécurité du patient ou d'autrui.
- La continuité des soins : un patient pris en charge pour une affection doit pouvoir recourir à un médecin en cas d'évolution de son état de santé

Dans le rapport du 22 janvier 2003 du groupe de travail ministériel sur la permanence des soins, réuni sous la présidence de l'ancien sénateur Charles Descours, la commission s'est attachée dans un premier temps à apporter une définition commune et précise à la notion de permanence des soins : « La permanence des soins peut se définir 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 généralistes et en l'absence d'un médecin traitant.»¹

¹DESCOURS C. *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins*. 22 janvier 2003, 20p.

La circulaire ministérielle du 12 juillet 2002² va dans le même sens puisqu'elle évoque 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.

Le cadre de la réflexion est donc bien la situation d'urgence «vraie », 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.

Nous retiendrons la définition donnée dans le rapport de la mission Descours et l'étude sera focalisée sur la permanence des soins, compris comme des soins délivrés par des médecins généralistes des secteurs urbains et ruraux. Ce volet fait partie des urgences pré - hospitalières³, mais est indissociable du contexte de l'urgence hospitalière toujours présente dans les réflexions.

Les problèmes liés à la permanence des soins se situent donc dans une perspective de coordination des activités hospitalières et des activités ambulatoires afin de mieux organiser la sécurité sanitaire et la santé publique de la population d'une zone géographique donnée.

1.2 LE CONTEXTE GENERAL

1.2.1 Les constats

1.2.1.1 La crise des urgences en France

Les urgences en France sont depuis quelques mois un sujet très médiatisé et constituent un dossier prioritaire pour le nouveau gouvernement.

Les médias ont surtout parlé des urgences hospitalières avec les attentes inacceptables, voire indignes : les délais d'attentes moyens ont augmenté, surtout pour les pathologies non vitales dans des créneaux horaires de grande affluence. Les services des urgences du Centre Hospitalier Régional d'Orléans (CHRO) et du Centre Hospitalier de Montargis (CHAM) ont vu leur fréquentation augmenter respectivement de 15% et 28% au cours des

² Circulaire DHOS/SDO/2002/399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville.

³ Appel primaire sur le SAMU – Centre 15 mettant en œuvre l'un des moyens médicaux d'intervention pré – hospitalière : médecins généralistes, SMUR ou antenne SMUR.

quatre dernières années⁴, sans voir leurs moyens augmenter pour y faire face. De même la salle de régulation du SAMU a reçu 2 fois plus d'appels en 2002 qu'en 1996⁵.

Cette surcharge des urgences hospitalières reflète une modification des modes de recours aux médecins, et le récent mouvement de grève des gardes des médecins généralistes en est une illustration. Ces derniers n'acceptent plus d'assurer la prise en charge des urgences de leur secteur 24h sur 24 et revendiquent des conditions de vie plus acceptables.

Les urgences associent les secteurs public, privé et généraliste et devraient former un système fonctionnant de façon optimale avec une bonne coordination : c'est l'objectif fixé par les textes de la réforme de 1996 avec la création du CODAMU⁶.

1.2.1.2 La grève des gardes des médecins généralistes

Aujourd'hui, l'existence même d'une permanence des soins se trouve remise en cause à la fois par les aspirations des médecins à de meilleures conditions d'exercice de la profession et par l'indisponibilité de personnel médical sur certaines parties du territoire, notamment en zone rurale.

L'organisation en secteurs, support géographique de l'organisation de la permanence des soins mis en place par les médecins généralistes eux-mêmes, validée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, est elle aussi remise en cause.

Différents dispositifs ont été mis en œuvre pour trouver une solution à cette situation :

- Le protocole du 1^{er} mars 2002 signé entre l'Etat, le Conseil national de l'ordre des médecins et l'assurance maladie
- Des expériences en vue d'améliorer la permanence des soins en application de l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002
- Les dispositions inscrites dans l'avenant n°8 et n° 10 à la convention médicale.

A ce jour, c'est le statut quo, avec une permanence des soins plutôt mal assurée dans l'ensemble des départements.

⁴ Agence Régionale de l'Hospitalisation du Centre. Evolution de la restructuration des urgences en région Centre. 2002. 22 p.

⁵ BETHULEAU P. Rapport d'activités 2002 du SAMU 45 – SMUR - Janvier 2003

⁶ Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente

1.2.1.3 La position des autres acteurs de la permanence des soins.

1.2.1.3.1 La CNAMTS et la CPAM

Le 3 mai 2002, la CNAMTS a adressé aux CPAM une circulaire⁷ ayant pour objectif la mise en œuvre du dispositif de financement de la permanence des soins par les organismes d'assurances maladies, reconnaissant ainsi les dispositions de l'avenant n° 8 complété par le protocole national signé le 1^{er} mars 2002.

La réduction du nombre de secteurs de garde ainsi que la rationalisation de l'organisation de la permanence des soins en fonction des besoins de la population dans un secteur géographique sont à la base de la mise en place du dispositif de financement des gardes.

La garde sera rémunérée pour une disponibilité du médecin la nuit de 20h00 à 8h00 et le dimanche et les jours fériés de 8h00 à 20h00.

Il est précisé aux caisses primaires que l'organisation de la permanence des soins sous la forme de garde ne remet pas en cause les organisations locales ayant fait leur preuve. Ainsi, la mise en œuvre du protocole peut être immédiate si la sectorisation déjà existante est fonctionnelle.

Un médecin de garde doit figurer sur la liste établie mensuellement par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM).

Conformément aux dispositions du paragraphe 3.3.3 de l'avenant n°8, la garde est rémunérée forfaitairement à 50 euros pour une période de 12 heures, à laquelle s'ajoute la facturation des cotations des actes réalisés le cas échéant par le médecin durant cette même période.

1.2.1.3.2 Les Centres 15

Lors de la grève des gardes des médecins généralistes, le centre d'appel du SAMU a été le centre névralgique de la régulation au niveau départemental. N'ayant pas toujours les ressources potentielles pour faire face à cette nouvelle charge de travail, il a dû gérer la crise « dans l'urgence ».

Le centre 15 serait prêt à assumer son rôle régulateur et à l'organiser dans la mesure où un système se met en place avec tous les acteurs de l'urgence. Ainsi, il participe pleinement à l'exercice de sectorisation départementale.

⁷ CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS ET SALARIES. « Mise en œuvre du protocole national sur la permanence des soins ». Circulaire n° 71/2002 du 3/05/2002.

1.2.1.3.3 *Les patients.*

Les plaintes arrivant au Conseil Départemental de l'Ordre, à la DDASS témoignent des problèmes vécus dans le département. Les répondus des médecins sont activés en dehors des heures ouvrées, voire même entre 12h et 14h en semaine, aiguillant les patients vers le 15, qui les renvoient vers le médecin de garde le plus proche dans la mesure où ce dernier l'assure effectivement.

Si le patient n'a pas la chance d'avoir son médecin qui assure une garde de patientèle, la quête d'un médecin la nuit aboutit soit à un renoncement aux soins si la situation ne compromet pas le pronostic vital, soit à un déplacement vers le service d'urgence le plus proche

1.2.2 **Le contexte du mémoire**

1.2.2.1 Choix de ce thème et délimitation

L'Etat, garant de l'accès aux soins pour tous les citoyens, a demandé à ses services déconcentrés, par circulaire du 12 juillet 2002², d'apporter un appui aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins pour revoir l'organisation des secteurs afin d'assurer une permanence des soins.

Le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Loiret souhaitait trouver une solution consensuelle pour sortir de la «non – permanence » au niveau du département, mais manquait d'outils et de méthode pour appréhender le problème et ses solutions.

Le MISP, interlocuteur privilégié du CDOM de par son appartenance au corps médical, a en charge de coordonner ce dossier et d'y apporter son regard de santé publique.

Le mémoire ne peut traiter l'ensemble de l'organisation de la permanence des soins, le sujet étant trop vaste et la démarche ne faisant que commencer. Le souhait de faire de ce travail un outil pratique de résolution d'un problème, il restait à cerner la partie de ce thème qui était prioritaire à traiter dans ce processus d'organisation.

Les différentes étapes de ce processus ont été listées chronologiquement, avec les principales activités à réaliser et les données à recueillir. Un état des lieux et l'élaboration d'une sectorisation théorique ont été choisis comme thème de base. Au vu des différents constats décrits par les acteurs du système, une problématique commune s'est dégagée de ce thème.

1.2.2.2 La problématique

Les secteurs de garde, tels que définis actuellement dans le département du Loiret, et leur organisation ne répondent plus aux attentes des différents acteurs (patients, médecins, institutions) pour réguler les urgences.

1.2.2.3 Les hypothèses

Afin de mieux cerner cette problématique, trois hypothèses ont été posées et vont servir de base de travail.

Hypothèse 1

Les secteurs définis actuellement n'assurent pas une couverture acceptable pour l'ensemble de la population du département.

Hypothèse 2

Les patients ayant besoin en urgence du recours à des soins ambulatoires de ville, les nuits et jours fériés, n'ont pas toujours accès à un médecin de garde.

Hypothèse 3

Une sectorisation selon des critères de santé publique, peut être redéfinie en consensus avec les acteurs devant assurer la permanence des soins.

1.2.2.4 Les objectifs du mémoire

Objectif général

Sur la base de critères de santé publique, proposer au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, une méthodologie pour optimiser la sectorisation actuelle des médecins généralistes afin qu'une permanence acceptable des soins ambulatoires soit assurée sur l'ensemble du département.

Objectifs spécifiques

Objectif spécifique 1 (objectif état des lieux géographiques)

Mettre en évidence les zones couvertes et non couvertes par les secteurs de garde définis par les médecins généralistes du département.

Objectif spécifique 2 (objectif état des lieux médecin)

Décrire l'organisation actuelle des gardes sur le département, en milieu rural et urbain, en mettant en évidence la charge de travail qu'impliquent ces gardes chez les médecins.

Objectif spécifique 3 (objectif état des lieux patient)

Analyser de manière indirecte les problèmes d'accessibilité des patients à un médecin généraliste et leurs conséquences.

Objectif spécifique 4 (objectif de méthodologie)

Proposer des critères pertinents permettant une sectorisation réaliste du département pour la permanence des soins d'urgence.

Objectif spécifique 5 (objectif de méthodologie)

Proposer une démarche de travail avec les différents acteurs pour une appropriation de la méthodologie et une acceptation de la sectorisation retenue.

1.2.2.5 Moyens et méthodes

Pour atteindre les objectifs énoncés, ceux ci ont été déclinés en activités à réaliser, en données à recueillir en précisant leur mode de recueil, puis le mode d'exploitation de ces données a été précisé. L'ensemble se retrouve dans le tableau A en annexe 1 déjà mentionné pour la description du processus.

Le recueil des données a été effectué selon deux modalités :

- Compilation des données existantes : listes des communes, de population, de médecins, résultats d'enquêtes, sectorisation existantes.
- Extraction sélective de données par requête sur des bases existantes pour certaines variables : appels au SAMU en fonction des heures et du type d'appel...

L'analyse des données a fait appel essentiellement à la représentation cartographique. Une formation à l'utilisation du logiciel Arc View version 3.2 a permis une exploitation directe et continue des données au travers de cartes. Le calcul des temps d'accès a fait appel au logiciel Network Analyst, outil permettant de réaliser des cartes illustrant les itinéraires optimaux. Sur certains trajets, la vitesse d'un véhicule a été mesurée en situation réelle, ce qui nous a amené à effectuer un paramétrage précis du logiciel selon les voies utilisées :

- Sur les autoroutes : 110 km/h
- Sur les nationales : 60 km/h
- Sur les départementales : 50 km/h
- Sur les autres voies : 40 km/h

La cartographie a aussi été utilisée pour construire et représenter différentes simulations, établies sur la base de critères.

Les expériences limitrophes et d'autres régions ont été exploitées au travers de la littérature, par des contacts téléphoniques et des visites sur place.

Enfin, un point important de la méthodologie ayant guidée ce mémoire doit être souligné : le travail a été piloté conjointement par le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins et la DDASS à travers le médecin – inspecteur stagiaire, associant très étroitement le SAMU. Des réunions techniques restreintes associées à des réunions plénières des deux entités ont rythmé l'avancement de ce mémoire, assurant une démarche consensuelle et une appropriation progressive de ses différentes étapes.

1.2.2.6 Annonce du plan

Après cette partie introductive dans laquelle le concept de permanence des soins a été précisé et remis dans un contexte plus général de prise en charge des urgences, plusieurs éléments doivent être développés afin de mieux appréhender la démarche qui a été suivie pour écrire les différentes hypothèses de la sectorisation du département.

Dans un premier temps de cadrage général, constitué de trois grands chapitres, la notion d'accessibilité, facteur princeps pour la sectorisation, sera discutée au regard de trois concepts de base de la santé publique, à savoir, la demande, le besoin et l'offre.

La méthodologie faisant appel à l'outil cartographique, un chapitre explicitera de manière générale l'apport de la géographie de la santé pour la santé publique, et plus précisément son intérêt pour l'aide à la décision.

Enfin un dernier chapitre, rappelant l'organisation des urgences, la place des médecins généralistes dans ce système, et illustrant le fonctionnement de la permanence des soins dans d'autres pays d'Europe, clôturera cette partie générale.

Un deuxième temps sera consacré au bilan de la prise en charge des urgences par les médecins généralistes, recadrant leur intervention, d'une part dans le schéma régional d'organisation des soins, d'autre part dans leur relation avec la régulation départementale des urgences assurée par le SAMU et avec le Conseil départemental de l'ordre des médecins, garant de la coordination voire de l'organisation de la permanence des soins. Une première représentation cartographique du bilan de la sectorisation actuelle posera alors le problème et sera la base de nos analyses et propositions.

Les propositions de sectorisations constitueront un troisième temps, avec analyses et discussions pour chacune d'elles. Le déroulement de la méthodologie retenue aura été argumenté auparavant, et plus particulièrement le choix des critères ayant dirigé le découpage du département en secteurs.

A partir de ces propositions, nous présenterons un modèle de sectorisation pour la permanence des soins, qui pourra servir de base à d'autres départements pour organiser de façon plus rationnelle des secteurs.

En guise de conclusion, nous verrons la suite qui pourrait être donné à ce travail, première étape de la réorganisation de la permanence des soins, voir du système de prise en charge des urgences dans sa globalité.

2 DEMANDE, BESOIN ET OFFRE

Les enjeux du système de santé en général sont dans l'équilibre et les interactions entre ces trois composantes que sont la demande, exprimée par les patients, les besoins, exprimés par les professionnels de santé, et l'offre qui est la réponse résultant de la décision des acteurs institutionnels.

Dans l'organisation de la permanence des soins, la réflexion sera toujours en balance entre cette demande des patients et ce besoin des médecins, mais un autre facteur important à considérer sera la demande des médecins eux-mêmes. C'est d'ailleurs ce dernier point qui a été le facteur déclenchant de la réorganisation en cours et la demande des médecins généralistes a été évoquée dans les constats.

La demande des patients reste un facteur décisif dans l'évolution du système de soins, et certaines composantes, comme la proximité et l'accessibilité, méritent quelques précisions utiles lors de la sélection de nos critères de sectorisation.

2.1 LES SOINS DE PROXIMITE, UNE TRADITION FRANÇAISE.

En dehors de la France, dans aucun autre pays européen n'apparaît ce concept de proximité, pris au sens d'accès géographique aux soins, comme axe directeur de l'organisation des soins. Dans ces pays, la préoccupation première est l'accessibilité financière et l'accessibilité temporelle, l'accessibilité géographique apparaissant seulement comme une résultante de ces choix fondamentaux.

La tradition de visite à domicile du médecin généraliste est une exception française, enviée par les patients des pays voisins, mais une tradition qui tend à disparaître très rapidement, suite aux revendications des médecins. Ce point est important à souligner car il sera l'un des préalables à la sectorisation du département pour les gardes.

2.2 ACCESSIBILITE ET RECOURS AUX SOINS

Il n'est pas facile de trouver une définition prenant en compte tous les aspects de l'accessibilité, aussi sera-t-elle plutôt approchée par l'analyse de ses facteurs facilitants et bloquants.

2.2.1 Mesures de l'accessibilité

L'utilisation d'une structure de soins et la distance parcourue sont en général prises comme indicateurs de l'accessibilité, prenant en compte la distance géographique mais aussi sociale et culturelle. Une analyse complète de l'accessibilité devrait prendre en compte trois critères plus spécifiques : la disponibilité, mesurant seulement la présence de la structure de soins ; l'accès effectif, mesurant la présence des moyens appropriés ; l'accès efficace, mesurant la qualité de l'utilisation des moyens mis à disposition.

L'utilisation d'une structure n'est qu'une mesure partielle de l'accessibilité, car cet indicateur ne mesure que la demande satisfaite. Une mesure objective de l'accessibilité consisterait à prendre en compte les facteurs de renoncement aux soins en raison de difficultés d'accès, ce qui est rarement fait en France. Il est important de passer en revue certains des facteurs limitants ou favorisants de l'accessibilité afin de déterminer si l'étude devrait en tenir compte.

2.2.2 Les facteurs de l'accessibilité

La décision d'une personne de recourir aux soins médicaux dépend de plusieurs facteurs⁸ :

2.2.2.1 Le coût financier

Bien que des difficultés d'accès puissent être décrites pour des populations en grande précarité ou en situation irrégulière, l'accessibilité financière ne sera pas étudiée dans ce mémoire, car c'est un facteur jugé peu influent pour le thème retenu.

2.2.2.2 La distance

C'est un facteur essentiel étudié par les géographes de la santé qui ont proposé des modèles théoriques pour étudier l'influence de ce facteur sur l'accessibilité. Nous pouvons en citer quelques unes, qui justifieront les critères retenus pour la sectorisation.

- La théorie de la place centrale, qui propose une partition de l'espace en une hiérarchie hexagonale avec un seuil de population requis pour permettre l'implantation d'un service.
- La friction de la distance, qui exprime que le taux d'utilisation d'un service diminue avec la distance selon un modèle exponentiel.

Ce dernier phénomène n'est pas une preuve que la distance est le facteur dissuasif, car des facteurs de confusions ne sont pas contrôlés. Par exemple, l'existence d'un service génère une utilisation excessive des habitants résidant à proximité, correspondant à des soins inappropriés ou irrationnels, sans que l'on puisse en déduire à contrario que la desserte est inéquitable pour les personnes éloignées des ressources.

Ces deux modèles, dits gravitaires car utilisant le principe de la gravité universelle de Newton, sont à la base de formulations d'attraction hospitalière et de définitions de bassin de santé. Une remarque fondamentale pour l'intégration des concepts de ces modèles gravitaires dans notre travail : ils sont beaucoup plus descriptifs que prédictifs et sont donc tout à fait imprécis pour prévoir le profil d'utilisation d'un service.

⁸ LUCAS-GABRIELLI V., NABET N., TONNELIER F., *Les soins de proximité : une exception française ?* CREDES, juillet 2001, n° 1354, pp. 17-18.

2.2.2.3 Le milieu urbain ou rural

La ruralité représente –t-elle une barrière additionnelle indépendamment de la distance ? Dans une typologie de zones d'emploi, il a été démontré que le pourcentage de ménages sans voiture est supérieur à la moyenne dans les zones rurales isolées⁸.

L'opinion de la population sur l'évolution de son état de santé diffère également entre les zones urbanisées et les zones rurales isolées : dans ces dernières l'évolution de l'état de santé est perçue de manière beaucoup plus optimiste, constat à mettre en parallèle avec la pourcentage plus faible de personnes ayant renoncé aux soins pour des raisons financières ou géographiques. Le renoncement aux soins ne semblerait donc pas dépendre directement et uniquement de l'accessibilité.

2.2.2.4 La sévérité perçue

Dans le cas des urgences, correspondant à une sévérité vraie ou perçue, plusieurs études⁸ ont montré l'effet dissuasif de la distance : les patients utilisent le service d'urgence le plus proche.

Le cas peut être différent pour les soins programmés ou non urgents, hospitaliers ou ambulatoires, le service le plus proche étant souvent contourné, pour des questions culturelles, religieuses, historiques...

2.2.2.5 Facteurs de qualité

L'effet négatif de la distance serait diminué voir annulé par l'efficacité attendue du traitement, indissociable de la notion de qualité de service rendu.

2.2.3 Proximité des soins et indicateurs de résultats

Si la demande de la population tient une place primordiale dans l'accessibilité à une structure de soins, le côté « besoin », exprimé par les professionnels de santé, doit aussi être pris en compte sur la base de critères techniques liés aux résultats attendus.

Il n'existe pas d'études ayant mis en évidence une corrélation directe entre la distance d'accès aux soins et le résultat des soins. Même l'étude de York⁸ sur l'accessibilité reste très prudente en déclarant dans sa synthèse : « dans certains cas, on peut s'attendre à ce que la distance en terme de temps passé avant de recevoir des soins influence le résultat ». C'est

sans doute dans le domaine de l'urgence cardiologique qu'il serait possible d'avoir les résultats les plus exploitables.

En France, le seuil de 30 minutes adopté par les services d'urgences résulte en fait d'un consensus basé sur des notions empiriques. Dans le cadre qui nous préoccupe le plus dans ce travail, la définition de seuil d'accès à un médecin généraliste dans le cadre des urgences relèvera aussi d'un consensus de professionnels de la santé.

Il est intéressant de noter à ce stade la différence fondamentale entre les français et les anglo-saxons sur le concept de prise en charge de l'urgence, accentuant encore plus notre exception ; Pour les anglo-saxons, l'évacuation d'une urgence vers l'hôpital doit être immédiate après des gestes de base, tandis qu'en France, les soins sur place priment avant l'évacuation. Cette divergence de vue a entraîné une vive polémique lors de l'accident de la princesse Diana à Paris.

2.2.4 Quelques chiffres en France

En France, en 1990⁸, 87% de la population résidait dans une commune disposant d'un médecin, la distance moyenne pondérée séparant un patient d'un médecin généraliste était de 1,7 kilomètre, et le temps moyen d'accès de 8 minutes. Dans la même étude, 87% de la population résidait à moins de 3 kilomètres d'une commune avec médecin et 96,4% à moins de 5 kilomètres.

2.3 QUE RETENIR POUR NOTRE ETUDE

Les patients utilisant dans l'urgence le service le plus proche, le taux d'utilisation diminuant avec la distance parcourue mais taux pondéré par la qualité du service rendu, l'accessibilité pourra être retenue comme un facteur de base dans notre étude. Elle sera comprise comme la disponibilité géographique et temporelle d'une structure d'accueil des urgences relevant de la médecine générale,

3 LA GEOGRAPHIE DE LA SANTE ET LA SANTE PUBLIQUE

3.1 PRINCIPE DE LA GEOGRAPHIE DE LA SANTE

En 1849, John Snow fit une observation, devenue célèbre, de l'épidémie de choléra de Londres, décrivant sur une carte la répartition des différentes fontaines publiques et de leur bassin d'approvisionnement. Ce fût la première utilisation de la géographie pour décrire l'étiologie des maladies

Le concept de risque géographique, et pas seulement environnemental, apparut beaucoup plus tard. En effet, les faits économiques et sociaux n'étaient pas considérés comme des déterminants pathogènes. C'est seulement depuis une vingtaine d'année que la géographie des maladies a évolué vers une géographie des soins, élargissant la notion de milieu naturel à celle de milieu social, économique et culturel.

Ainsi, la connaissance du cancer et celle des maladies cardio - vasculaires a bénéficié de l'apport des recherches géographiques.

La géographie de la santé peut être définie comme l'analyse spatiale des disparités de niveau de soins et de santé des populations et des facteurs environnementaux qui concourent à expliquer ces inégalités⁹.

3.2 L'INTERET DE LA GEOGRAPHIE DE LA SANTE

3.2.1 Objectiver des disparités spatiales¹⁰

C'est le volet descriptif qui est ici mis en valeur, avec l'utilisation d'indicateurs de géographie de santé, qui sont, pour l'essentiel, ceux de l'épidémiologie et de la santé publique : le mariage entre santé publique et géographie commence là.

L'expert en santé publique aura reconnu au préalable des problèmes et des besoins de santé, les aura traduits en indicateurs dont le géographe de la santé assurera un traitement spatialisé, avec un logiciel de cartographie assisté par ordinateur et des systèmes d'information cartographiques.

⁹ VIGNERON E. *Les noces d'Asclépios et de Gaïa : géographie et santé publique*. Santé publique, Ellipses, Paris, 2000 : 130 – 156.

¹⁰ SALEM G. *Espace, santé et territoire en zone intertropicale*. Cahier de Santé Publique, 1998, p. 419-420.

La mise en valeur cartographique de ces indicateurs peut ainsi apporter des éléments de réponse aux questions essentielles de l'équité et de l'efficacité du système de soins, des inégalités nord-sud, des inégalités ville - campagne.

3.2.2 Donner un sens aux représentations spatiales

Objectiver des disparités spatiales répond au « comment » des dispositifs spatiaux mais l'exercice serait incomplet si le « pourquoi » n'était pas expliqué : la géographie de la santé est aussi explicative. C'est l'étape d'identification des déterminants de santé.

La géographie de la santé s'inscrit alors comme méthode scientifique pour répondre à des questions de santé publique.

3.2.3 Approcher une planification de l'offre de soins centrée sur les besoins.

L'organisation du système de soins a longtemps reposé sur une vision totalement abstraite, détachée du territoire, ne se souciant pas des flux des individus, des contraintes climatiques et topographiques.

L'approche géographique des problèmes de santé permet de prendre en compte les populations, leurs besoins, leurs demandes et leurs pratiques de consommation, notamment spatiales.

Elle privilégie une planification populationnelle, celle où le critère « population » détermine les besoins et l'offre, en accord avec une planification institutionnelle qui privilégie plus les critères de normes et d'efficacité. Une telle approche peut remettre en question, par exemple, le maillage administratif d'un territoire.

La géographie de la santé apparaît donc comme un élément nécessaire à une juste planification de la santé et est déjà largement appliquée au Québec et au Royaume – Uni.

La démarche actuelle des schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale est orientée de plus en plus vers les besoins, faisant largement appel à l'approche cartographique pour définir au mieux la répartition de ces besoins et adapter l'offre de soins.

3.3 LE SYSTEME D'INFORMATION GEOGRAPHIQUE : UN OUTIL POUR L'AIDE A LA DECISION EN SANTE PUBLIQUE

Les systèmes d'information géographique, base de travail du géographe de la santé, ne sont rien d'autres que l'association de fonds de cartes et de traitement de l'information à des données géocodées contenues dans des tableurs ou des systèmes de gestion de bases de données. Le résultat de l'utilisation de ces systèmes d'information géographique est la production de carte

La carte, n'est qu'un outil et il serait imprudent de s'en servir sans en connaître les fondements théoriques et méthodologiques. Comme les statistiques, on peut faire dire ce que l'on veut à une carte !

Un dernier principe est important en cartographie : une carte doit représenter le problème que l'on veut traiter et la solution apportée.

4 URGENCE ET MEDECINE GENERALISTE DANS LA PERMANENCE DES SOINS

4.1 L'ORGANISATION DES URGENCES EN FRANCE

Un bref aperçu de la structuration des urgences est indispensable pour mieux comprendre les simulations de sectorisation qui seront proposées dans ce travail, en particulier le choix des critères qui ont déterminé le découpage départemental.

4.1.1 L'évolution des urgences

En 1984 le Pr. Steg avait rédigé un premier rapport¹¹ d'où découla la loi du 6 janvier 1986¹² relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. Il rédigea un second rapport¹³ en 1989, intitulé « L'urgence à l'hôpital » donnant lieu à la parution de deux circulaires relatives à l'amélioration de l'accueil des urgences.

Malgré ces rapports et les mesures relatives à la prise en charge des urgences, aucune réelle structuration des services d'urgences n'a eu lieu.

Il faudra attendre le troisième rapport du Professeur A. Steg en 1993¹⁴, suivi des décrets de 1995^{15 16}, modifiés en 1997 suite aux ordonnances d'avril 1996, pour que le paysage des urgences change.

¹¹ STEG A., *L'urgence médicale*, Rapport du Conseil économique et social, Paris, 1984

¹² Loi n° 86 – 11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, Journal officiel du 7 janvier 1986, 327 – 329.

¹³ STEG A., *L'urgence à l'hôpital*, rapport du Conseil économique et social, Paris, 1989.

¹⁴ STEG A., *La médicalisation des urgences*, rapport de la Commission nationale de restructuration des urgences, Paris, 1993.

¹⁵ Décret n° 95 – 647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé, Journal officiel du 10 mai 1995, 27 - 32

Si les décrets de 1995 ont été peu appliqués, les textes révisés en 1997 régissent actuellement le système des urgences qui peut être résumé ainsi :

- L'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) se voit confier un rôle essentiel dans l'organisation des soins d'urgences et dans la réalisation d'un schéma régional d'organisation sanitaire « urgence » (SROS urgence)¹⁷
- Dans ce même décret, la notion de réseau de soins en vue d'améliorer la prise en charge et le traitement des urgences est abordée, ce réseau pouvant associer des médecins généralistes et d'autres professionnels dans le but d'assurer une meilleure continuité des soins (Article R. 712 – 69). La réintégration du médecin généraliste dans la chaîne de l'urgence est donc explicitement recommandée.
- Deux types de structures de niveaux de prise en charge différents sont prévus : le service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) et l'unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU). Ces deux structures ont pour mission « d'accueillir, sans sélection, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, toute personne se présentant en situation d'urgence y compris psychiatrique et la prendre en charge, notamment en cas de détresse et d'urgence vitale ».
- Les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) sont aussi organisés sous la régulation du Service d'aide médicale urgente (SAMU).
- La professionnalisation des équipes d'urgentistes est exigée, avec un médecin « senior », c'est à dire titulaire du doctorat de médecine et avec une expérience professionnelle d'un an dans les urgences.

¹⁶ 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 », Journal officiel du 10 mai 1995, 33 – 37.

¹⁷ Décret n° 97 – 615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé, Journal officiel du 1^{er} juin 1997, 211 – 6.

4.1.2 Les acteurs de l'urgence

Le schéma ²¹ suivant résume les interactions entre les différents acteurs de l'urgence.

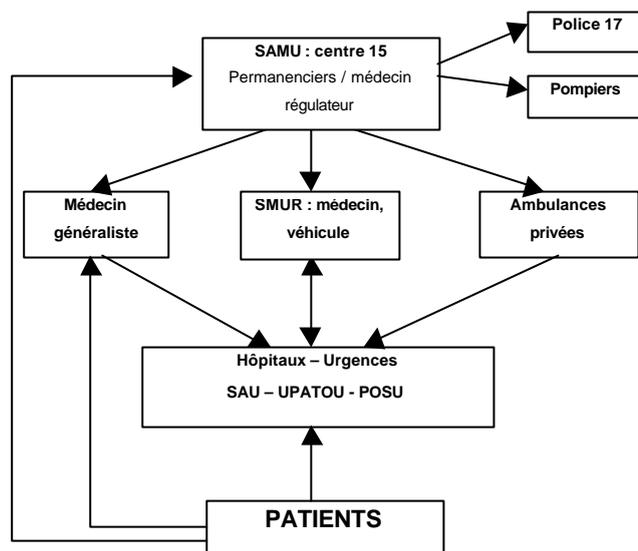


Schéma n° 1

4.2 LA PLACE DES MEDECINS GENERALISTES DANS L'URGENCE

4.2.1 Une obligation déontologique

L'article 77 du Code de déontologie médicale stipule que, « dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit ». Autour de cet article, les positions sont très partagées ; les syndicats de médecins demandent la suppression de cet article ; le Conseil national de l'Ordre des médecins préférerait une modification en profondeur à une suppression pour laquelle il a déjà mis son veto.

C'est en fait autour du mot « devoir » que toute la polémique s'est installée.

Dans une enquête¹⁸ réalisée dans l'Essonne auprès de 1165 médecins généralistes, environ 80% ne sont pas prêts à reprendre les gardes comme par le passé selon les termes de

¹⁸ Le Quotidien du Médecin. *Une enquête dans l'Essonne : les médecins considèrent la garde comme une mission de service public.* N° 7210 du jeudi 31 octobre 2002.

l'article 77 du code de déontologie. Ils considèrent le volontariat comme un préliminaire indispensable pour jeter les bases d'un réseau ville – hôpital de permanence des soins.

4.2.2 Une mission d'intérêt général

Dans l'enquête de l'Essonne précédemment citée, la quasi – totalité des médecins voit dans la permanence des soins une mission de service public nécessitant un cadre juridique et financier garanti par l'Etat et les collectivités locales.

Un amendement au PLFSS¹⁹, déposé par le Sénat en novembre 2002, assimile, dans son premier article, la permanence des soins à une mission d'intérêt général : les médecins généralistes 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'Etat. Le deuxième article prévoit un mode de rémunération autre que le paiement à l'acte.

C'est un grand pas en avant vers un consensus, avec une base juridique et un principe de rémunération, mais reste à régler le problème du volontariat demandé comme base pour les gardes.

4.2.3 Les recommandations de la mission Descours¹

Le rapport Descours a repris ces points importants en redéfinissant la permanence des soins comme une mission d'intérêt général et en articulant ses propositions autour de trois axes constituant les piliers de la permanence des soins : la participation à la garde et le volontariat, la régulation et la sectorisation.

La participation des médecins à la permanence des soins sur la base du volontariat est un des principes généraux retenus. Tout médecin non volontaire devra s'assurer, au titre de la continuité des soins à sa patientèle, que ses patients seront bien pris en charge dans le cadre de la permanence des soins. En l'absence de volontaire, c'est le CDOM qui a été retenu comme l'autorité compétente pour organiser la permanence des soins

Chaque département définira au travers d'un cahier des charges son organisation spécifique qui sera validée par le CODAMUPDS²⁰, organisation qui pourra varier d'un secteur à l'autre au sein d'un même département.

¹⁹ Amendement n° 165, article additionnel avant l'article 24 du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2003.

²⁰ Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des Transports Sanitaires et de la Permanence des Soins.

Ce rapport recommande aussi la mise en place d'une sectorisation garantissant une réponse rapide et adaptée ainsi qu'une régulation médicale centralisée des demandes de soins non programmés. Le numéro d'appel unique, le 15, sera la solution à privilégier.

La dernière recommandation s'adresse à l'endroit des usagers qui doivent être associés à la réorganisation de cette permanence et informer par des campagnes de communication du bon usage de la permanence des soins.

4.3 LA PERMANENCE DES SOINS DANS D'AUTRES PAYS D'EUROPE

Une thèse²¹ récente a fait le point sur l'organisation des urgences dans 5 pays européens.

Dans les pays étudiés, la permanence des soins est une obligation déontologique. En Allemagne, comme en France, ce sont les médecins libéraux qui assurent la permanence des soins ambulatoires, en s'organisant en tours de garde, participant ainsi à la prise en charge des urgences extra – hospitalières. En réalité, cette obligation déontologique n'est pas toujours appliquée.

C'est en Espagne que la permanence des soins semble la mieux organisée : les médecins généralistes organisent des tours de garde et il existe en plus des centres de santé fonctionnant aux heures ouvrables, d'autres fonctionnant 24h/24 et des unités de soins à domicile, ces dernières étant gérées par des centres de régulation et assurant des soins médicaux et infirmiers avec véhicule et chauffeur. Cette organisation repose sur un système public (90% des médecins généralistes adhèrent au système national de santé)

Au Portugal et en Italie, il existe des centres de santé publics et des services d'assistance permanente, mais les délais sont longs, incitant les patients à consulter directement les urgences.

Des expériences de maisons médicales ont été menées dans divers pays avec des résultats très divergents :

En Finlande, Norvège et Suède, l'accueil d'urgence dans des centres de santé animés par des médecins généralistes a réduit la fréquentation des services d'urgences hospitaliers.

La même expérience au Royaume – Unis n'a pas désengorgé de manière pérenne les urgences hospitalières, mais en plus les centres de santé publics ont très vite été saturés avec des délais d'attente parfois très longs, comme au Portugal et en Italie.

²¹ 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. 181 p.

5 BILAN DE LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PAR LES MEDECINS GENERALISTES DANS LE CADRE DE LA PERMANENCE DES SOINS.

5.1 LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES DANS LE LOIRET

5.1.1 La démographie médicale dans la région Centre et le département du Loiret²²

En 2001, la densité de médecin (tous confondus) en France est de 332 pour 100 000 habitants. Elle est bien inférieure en région Centre et plus particulièrement dans le département du Loiret avec respectivement 264 et 245 médecins pour 100 000 habitants.

Les projections réalisées à partir des tendances passées prévoient une décroissance de - 20,6% pour la France entre 2001 et 2020 et plus forte en région Centre avec - 23,2%, ce qui correspondrait à 190 médecins pour 100 000 habitants en 2020 (cf schéma n° 2)

La pyramide des âges des médecins généralistes met bien en évidence l'effet du numérus clausus de 1972 avec des effectifs plus nombreux dans la tranche 45 – 55 ans. La féminisation aussi s'accroît et environ 1 médecin sur 3 est une femme en région Centre. A l'horizon 2020, le taux de féminisation des médecins de la région Centre sera d'environ 50%

²² DRASS DE LA REGION CENTRE, la démographie des médecins de la région Centre de 1984 à 2020, service statistique régional, septembre 2002.

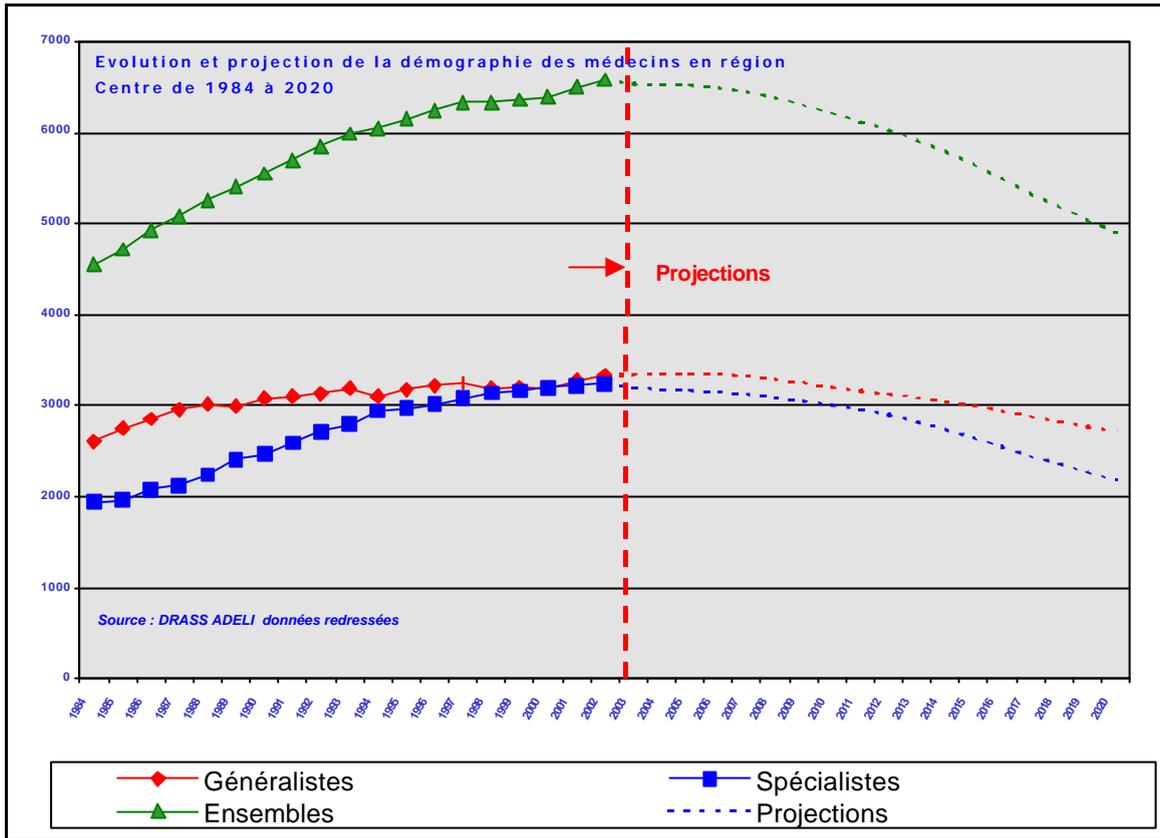


Schéma n° 2

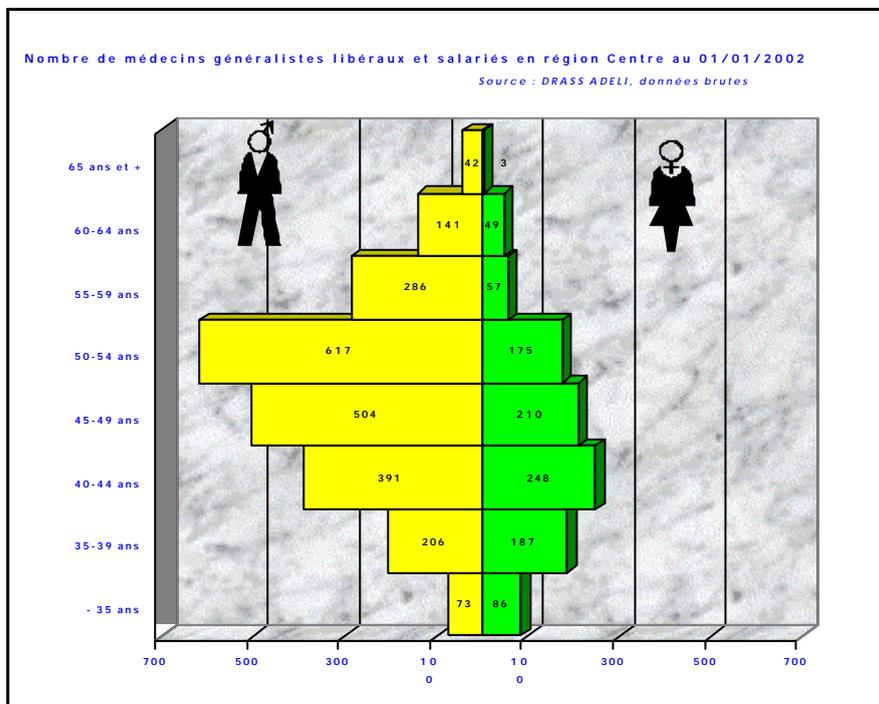
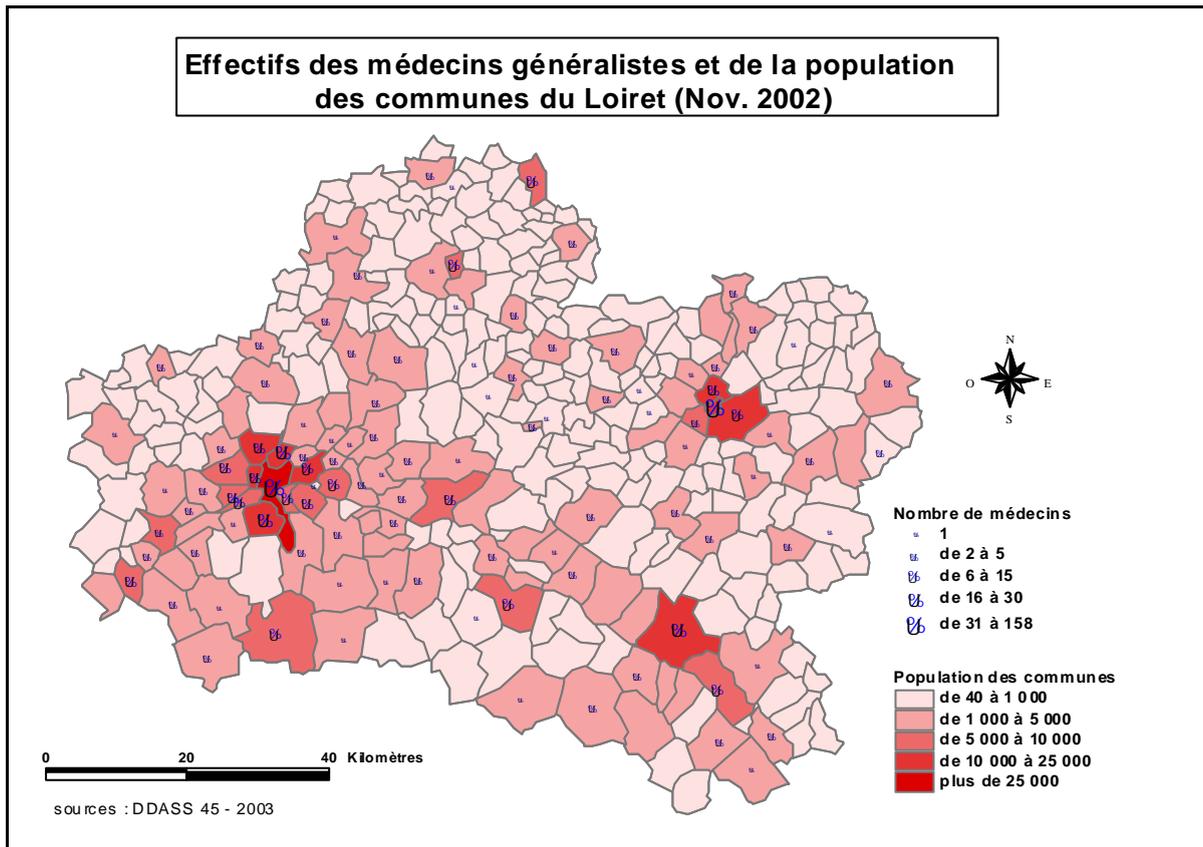


Schéma n° 3

Si nous considérons la situation des médecins généralistes dans le département du Loiret, leur nombre est de 565, ce qui correspond à une densité de 91 médecins pour 100 000 habitants avec des disparités géographiques importantes.

La carte n° 1 montre bien l'hétérogénéité de la répartition des médecins généralistes et de la population dans le département.



Carte n° 1

5.1.2 Le schéma régional d'organisation sanitaire de la région Centre

5.1.2.1 La prise en compte des urgences dès le SROS 1

Suite à la loi hospitalière du 31 juillet 1991, le premier schéma régional de l'organisation sanitaire (SROS) de la région Centre a été arrêté le 1^{er} août 1994²³ et comportait déjà un

²³ Arrêté préfectoral du 1^{er} Août 1994 portant détermination du SROS pour le court séjour et les équipements lourds.

objectif « assurer la permanence et la continuité des soins » et une priorité « la prise en charge des urgences ».

Il faudra attendre le SROS 2⁴, arrêté en juillet 1999, pour que le volet urgence soit réellement pris en compte, appuyé par les décrets parus entre temps en mai 1995 et mai 1997.

« Les urgences » seront un des volets prioritaires de ce SROS de deuxième génération. Dans ce volet urgence, huit priorités d'action ont été définies et nous noterons plus spécialement la priorité n° 5 « favoriser la participation de la médecine de ville à l'urgence ».

5.1.2.2 L'évaluation du volet urgence du SROS 2

En octobre 2001, l'Agence Régionale d'Hospitalisation soulevait différentes problématiques rencontrées dans l'organisation des urgences en région Centre et demandait à un groupe de travail de procéder à une évaluation⁴ à mi-parcours du volet urgence du SROS.

Parmi les questions que s'est posées ce groupe de travail, deux intéressent directement notre réflexion sur la sectorisation dans le cadre de la permanence des soins de médecine générale :

- Question 1 : Le nombre de services d'urgence actuellement autorisés est – il suffisant pour répondre aux besoins de la population, notamment dans les zones géographiques à forte concentration démographique ?
- Question 2 : Quelle est la pertinence et surtout la faisabilité d'associer la médecine ambulatoire à la prise en charge de l'urgence ?

Pour répondre à la première question, le groupe de travail a évalué l'éloignement des communes aux SAU et UPATOU et calculé les délais d'intervention des SMUR aux différentes communes de la région en s'aidant de représentations cartographiques. Les cartes A et B sont en annexe n° 2. Malgré les installations de SAU, UPATOU, de SMUR et de POSU, la couverture de l'urgence reste insatisfaisante sur la région

Pour le département du Loiret, l'ensemble des sites d'urgences programmés a été ouvert. La grande majorité des communes se trouvent à moins de 30 minutes d'un site d'urgence. Seules une cinquantaine (environ 14% des communes), principalement localisées dans une bande comprise entre Gien et Orléans sont entre 30 et 45 minutes d'un service d'urgence.

²⁴ Agence Régionale de l'Hospitalisation du Centre. *Schéma régional de la région Centre SROS 2* 1999. 141 p.

L'accessibilité des communes du département à un site d'urgence peut être considérée comme satisfaisante.

L'objectif du SROS étant de tendre vers cette médiane de l'ordre d'une demi – heure pour l'accès à un SMUR, nous pouvons dire qu'il n'y a pas de problème d'accessibilité pour le dispositif extra – hospitalier SAMU/SMUR dans le département du Loiret.

Dans ces propositions, le groupe de travail recommande l'implantation d'une UPATOU dans certaines grandes agglomérations, siège de SAU, et Orléans serait le premier site concerné par cette mesure.

Concernant la question 2, les propositions de la priorité n° 5, qui allaient dans le sens d'une logique commune à la médecine de ville et à la médecine hospitalière ont été évaluées :

Consultation de médecine générale « privée » à proximité du service des urgences

Ce concept nouveau répond à celui des « maisons médicales », dont il est beaucoup question maintenant et qui pourrait être un élément de la réorganisation des gardes de médecine générale. Ce concept sera développé plus loin avec des expériences dans d'autres départements.

Aucune réalisation n'a été faite en région Centre et la mission d'évaluation a recommandé de dresser un cahier des charges incluant les aspects juridiques et financiers.

Participation des médecins généralistes au fonctionnement du service des urgences.

Deux modes de participation avaient été envisagés :

- Soit une participation à la prise en charge de toutes les urgences, ce qui nécessitent des compétences comparables à celles des médecins hospitaliers.
- Soit une intervention dans le cadre d'une consultation de médecine générale publique sur le site d'urgence.

Certains sites ont intégré des médecins généralistes mais le développement de cette participation a buté sur des problèmes de rémunération non résolus à l'échelon national.

La participation à la mission de régulation

Cette participation pouvait revêtir deux formes :

- La participation directe, le médecin généraliste assurant la fonction de régulation.
- La collaboration – relais, les appels qui arrivent à la régulation et qui ne paraissent pas relever d'un transfert étant transmis à des praticiens organisés pour assurer des visites urgentes.

Comme précédemment, des problèmes de rémunération non résolus n'ont pas permis d'aller plus loin dans cette proposition.

Propositions susceptibles de répondre à des particularités locales

Nous retiendrons par exemple la proposition de télétransmission d'information comme des ECG pour lecture par une personne compétente et diagnostic déjà sur place. Ceci pourrait être un élément à envisager dans les futures maisons médicales.

Actions générales

Education du public par des campagnes d'information sur le bon usage du numéro d'urgence « 15 » et des services d'urgences.

5.1.3 L'évaluation plus spécifique du SAMU 45 et des SMUR

5.1.3.1 L'activité du SAMU 45

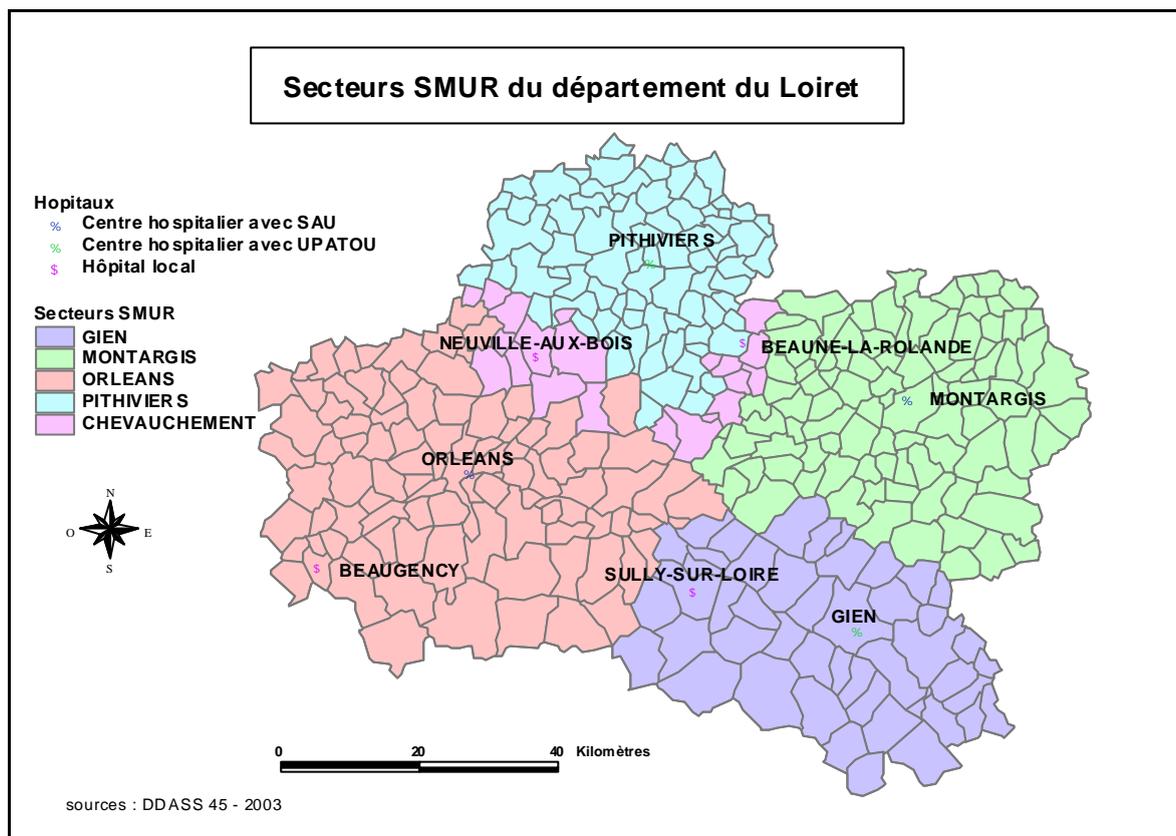
Le service d'aide médicale urgente du Loiret est installé au niveau du Centre Hospitalier Régional d'Orléans et a les missions suivantes :

- Centre 15 : régule les appels médicaux d'urgence. Les appels sont régulés par un permanencier auxiliaire de régulation médicale (PARM) et un médecin régulateur. Pour chaque appel, un dossier informatique est créé et, s'il donne lieu à une réponse à caractère médical, il est dénommé « Affaire ²⁵ ».
- SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) : Montargis, Gien, Pithiviers et Orléans disposent d'un SMUR. A chaque SMUR correspond un secteur, l'ensemble du département étant couvert. La carte n° 2 représente les limites de ces quatre secteurs (il existe une zone de chevauchement correspondant à l'intervention possible du SMUR de l'un ou l'autre secteur selon la charge de travail).

Comme dans tous les Centres 15, le nombre d'appels ne cesse d'augmenter et le coefficient d'augmentation est de 220 % dans le Loiret entre 1996 et 2002⁵

Nombre d'appels au Centre 15	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
	34 200	35 900	41 600	47 500	58 700	61 000	74 800

²⁵ L'appel est défini comme un coup de téléphone reçu au Centre 15 et l'affaire est définie comme un appel donnant lieu à la mise en œuvre d'une aide médicale.



Carte n° 2

5.1.3.2 Pertinence d'une régulation au Centre 15 par un médecin généraliste.

Les entretiens avec les médecins régulateurs du SAMU ont fait ressortir qu'une part importante des appels serait du ressort d'un médecin généraliste, soit sous forme d'un conseil téléphonique soit sous forme d'une intervention médicale. Nous avons voulu quantifier ces appels relevant de la médecine généraliste, dans le but d'estimer la charge de travail d'un médecin généraliste qui assurerait une régulation au centre 15. L'idéal serait que le médecin généraliste puisse tout réguler, et pas seulement les appels relevant de la médecine générale. En pratique, dans les Centres 15 où cette participation existe, un médecin urgentiste est souvent présent en binôme.

Au moyen d'une requête informatique dans la base de données du SAMU, les appels relevant de la médecine générale ont été identifiés sur une période de 3 mois, allant du 15 juillet au 15 octobre 2002. Tous les appels ayant faits l'objet de l'ouverture d'un dossier, c'est à dire classés comme affaires, ont été sélectionnés. Dans cette première sélection, une seconde requête s'est basée sur tous les appels relatifs à un conseil médical et à l'envoi d'un

médecin de garde, provenant de domiciles de particuliers ou de maison de retraite. Ces différents critères de recherche correspondent, dans la classification d'intervention du SAMU, à des affaires qui pourraient être traitées par un médecin généraliste.

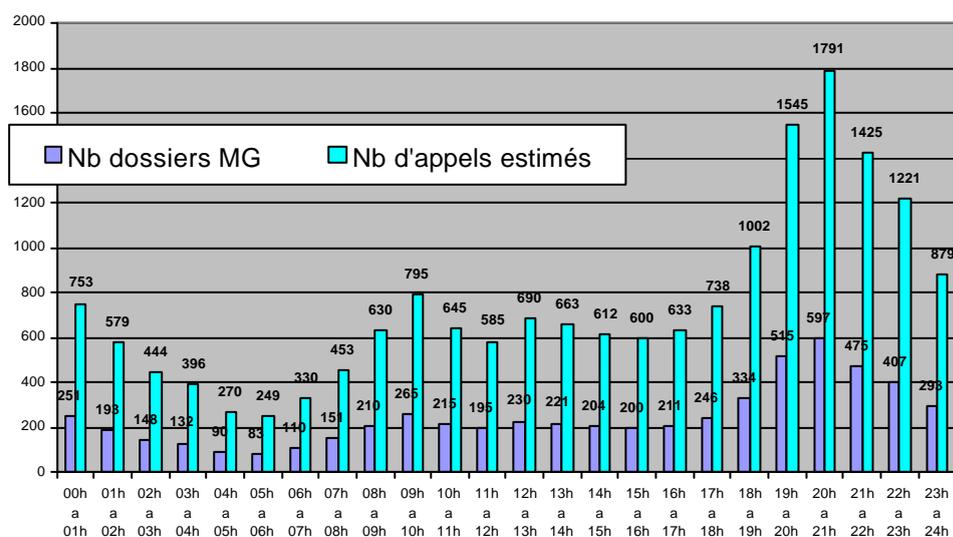
Cette exploitation de données confirme les constats des médecins régulateurs puisque 42% des affaires régularisées relèveraient de la compétence d'un médecin généraliste. Le tableau ci-dessous détaille les résultats pour la période étudiée.

MOIS	AFFAIRES REGULEES	AFFAIRES RELEVANT DE LA MEDECINE GENERALE	
		Nombre	Pourcentage
15 - 31 Juillet 2002	2751	1122	41%
1 ^{er} - 31 Août 2002	4575	1908	42%
1 ^{er} - 30 Septembre 2002	4685	1889	40%
1 ^{er} - 15 Octobre 2002	2002	1003	50%
TOTAL	14 013	5922	42%

Tableau 2 : pourcentage des affaires régularisées relevant de la médecine générale sur une période de 3 mois au Centre 15 du Loiret

Dans le cadre de l'éventualité d'une régulation par un médecin généraliste, il a paru intéressant d'analyser la répartition des appels relevant de la médecine générale en fonction des tranches horaires. Une troisième requête dans la base de données a permis de construire le diagramme ci-dessous

Répartition horaire des appels au 15 relevant de l'intervention d'un médecin généraliste (entre le 15/07/02 et le 15/10/02)



Il est intéressant de noter sur ce graphique deux points :

- Des appels beaucoup moins fréquents la nuit à partir de 0h, allant décroissant jusqu'à environ 6h du matin.
- Une recrudescence d'appels à partir de 18h avec un pic à 20h, qui peut s'expliquer par une plus grande disponibilité des gens après le travail mais une indisponibilité des médecins généralistes qui ferment leurs cabinets aux alentours de 19h.

Si nous rapportons ces données à un jour, nous avons les résultats suivants qui sont un élément pour apprécier la charge de travail d'un médecin généraliste régulateur au Centre 15 :

- De 19h à 00 h : 25 appels relevant de la médecine générale
- De 00h à 7 h : 11 appels relevant de la médecine générale
- De 7h à 19h : 30 appels relevant de la médecine générale

Ces données ne sont qu'indicatives car il y a un biais dans la comptabilisation des appels de nuit. Étant donné que les gardes ne sont pas effectuées par les médecins généralistes entre 0h et 7h, le centre 15 peut envoyer une ambulance directement sur place, mais dans ce cas le dossier reçoit un autre codage qui n'a pas l'objet de la requête car il inclut d'autres situations. Le nombre d'appels entre 0h et 7h est donc légèrement sous-estimé.

5.2 L'ORGANISATION DES GARDES POUR LES MEDECINS GENERALISTES

5.2.1 Coexistence de deux sectorisations géographiques divergentes

Le département est divisé en 38 secteurs géographiques, basés sur un regroupement d'aires d'attraction de cabinets médicaux. La construction de cette sectorisation résulte de l'obligation de gardes, les relations personnelles entre les médecins généralistes, et aussi les habitudes de déplacements de la population.

D'emblée lors de ce bilan des secteurs, s'est posé un problème majeur : la sectorisation fournie par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins ne recouvrait pas celle utilisée par le Centre 15 lors de ses régulations.

Un premier travail a consisté à recenser les secteurs et leurs limites dans les deux situations, puis à retenir la sectorisation qui était effectivement opérationnelle.

La carte n° 3 visualise les 38 secteurs déclarés par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, sur la base de la liste fournie mensuellement à la DDASS. Sur les 335 communes du département, 53 d'entre elles (16%), apparaissant en jaune, n'ont pu être rattachées à aucun secteur, du moins pas avec certitude, même après discussion et vérification avec le Conseil. Les tableaux de garde sont faits à partir de ces listes de secteurs n'englobant pas l'exhaustivité des communes. Ce premier constat de couverture incomplète n'avait jamais été fait auparavant.

Le même travail a été réalisé à partir de la liste fournie par le Centre 15 et la carte n° 4 visualise les résultats. L'ensemble du département est couvert par les 40 secteurs déclarés. La liste est tenue à jour chaque semaine par les permanenciers du Centre 15 qui prennent contact avec les médecins de garde de chaque secteur pour confirmer la prise de leur garde et le numéro de téléphone auquel ils sont joignables. En accord avec le Conseil de l'Ordre, cette sectorisation opérationnelle a été retenue pour servir de référence de base à la redéfinition des secteurs.

Il est intéressant de noter que pour les deux sources de données, le Conseil de l'Ordre et le Centre 15, aucune représentation cartographique n'était disponible et que les divergences entre les limites des secteurs établis n'avaient jamais été constatées.

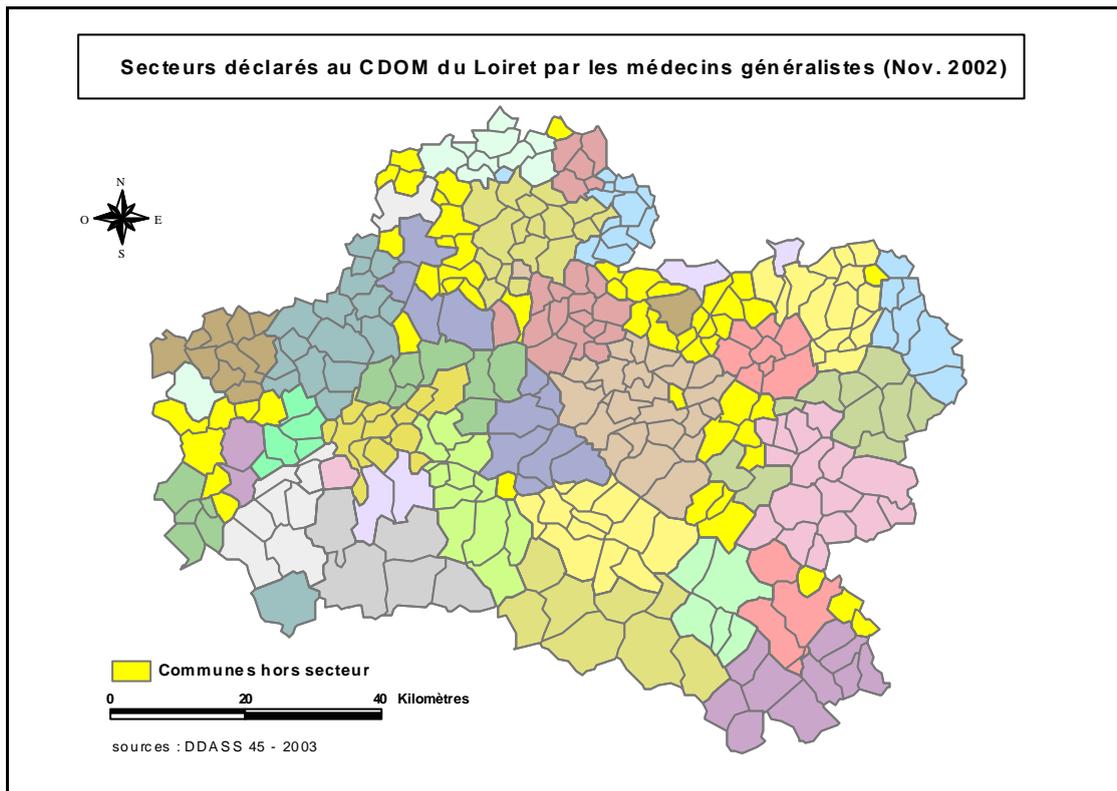
Les deux cartes visualisent bien la non concordance des secteurs. Si dans l'ensemble, les secteurs ont le même centrage sur les chefs lieux de cantons, seuls 3 secteurs ont des limites identiques.

5.2.2 Le processus

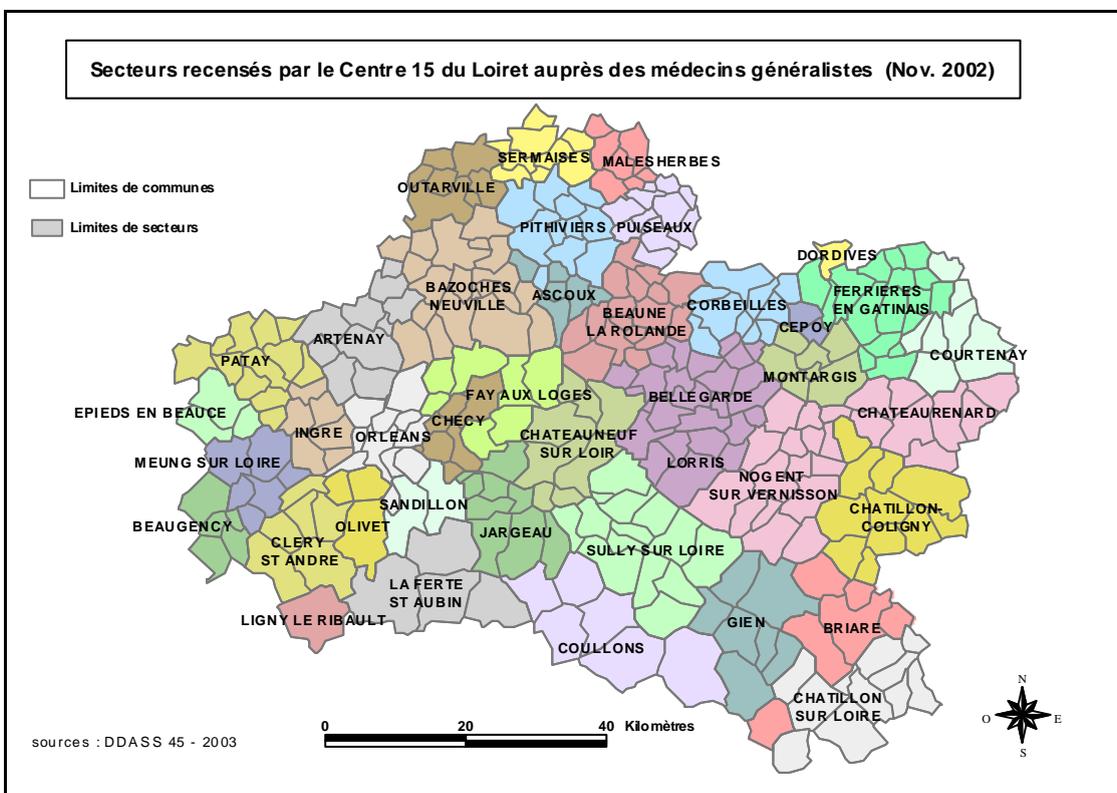
Si le manque de communication explique en partie la divergence des deux sectorisations, l'analyse du processus d'organisation des gardes apporte d'autres éléments.

Avant les récentes grèves des médecins généralistes, les gardes reposaient sur une organisation informelle des médecins entre eux. Cette organisation s'est formalisée avec les réquisitions pour lesquelles une liste de garde devait être établie mensuellement par secteur, communiquée au CDOM et transmise à la DDASS et au C 15.

Le C 15 vérifie hebdomadairement la validité de la liste en téléphonant à chaque médecin de garde sur le secteur. La réalité est souvent différente de la liste fournie.



Carte n° 3



Carte n° 4

Le médecin de garde reçoit des appels directement des patients du secteur (informé par voie de presse) ou via le C 15 qui les aura dirigés vers les secteurs respectifs.

Les médecins ont la possibilité de se faire rémunérer les gardes de secteur (circulaire CPAM⁷) pour une garde de nuit de 20h00 à 8h00 et le dimanche et jour férié de 8h00 à 20h00. Il est nécessaire qu'ils figurent sur la liste de garde fournie par le CDOM à la CPAM.

En réalité, les gardes sont assurées seulement de 19h à 24h, de 7h à 24 h les samedi, dimanche et jour férié et les médecins de garde pas toujours joignables : les patients, qui ont été dirigés par le C 15 vers le médecin de garde, retéléphonent fréquemment car ce dernier est injoignable ou a laissé un message sur son répondeur pour appeler... le C 15 ! De plus en plus de plaintes de patients sont relatives à ce problème.

6 DEMARCHE POUR LE CHOIX D'UN ZONAGE GEOGRAPHIQUE THEORIQUE OPTIMAL

6.1 UNE DEMARCHE DE SANTE PUBLIQUE POUR L'AIDE A LA DECISION

Face aux imprécisions rencontrées dans le découpage sectoriel, la démarche proposée s'est voulue une aide à la décision. L'objectif est de proposer une approche rationnelle du découpage sectoriel, basé sur des réalités, à la fois de démographie (densité médicale, nombre de médecins et d'habitants par secteur) et de géographie (accessibilité et couverture d'un territoire). Ce découpage sectoriel rationnel devra reposer sur des critères objectifs et logiques, qui se substituent à des découpages historiques aux fondements parfois incertains. La méthodologie qui sera développée essaiera d'optimiser sur un territoire défini, la meilleure adéquation entre la demande, le besoin et l'offre.

La cartographie sera l'outil de recherche et de communication dans cette démarche d'optimisation du découpage des secteurs, préambule indispensable à la discussion avec les acteurs concernés (médecins, ordre) sur le découpage définitif à arrêter.

S'il s'agit bien d'apporter en premier lieu une base de discussion objective, notre approche doit dépasser le cadre restreint de l'organisation des gardes et considérer déjà l'organisation future vers un secteur organisé en réseau de soins (cette organisation ne sera pas abordée dans ce travail)

6.2 LA METHODOLOGIE

6.2.1 Le choix des critères d'agrégation pour la détermination des secteurs

Dans un premier temps, l'ensemble des facteurs qui semblaient être des déterminants pour délimiter des secteurs de garde a été listé, puis chacun a été analysé pour décider si il pouvait être retenu comme critère opérationnel pour faire la sectorisation.

Le tableau en annexe n° 1 détaille cette étude. Certains facteurs n'ont pas été retenus, d'autres retenus comme des préalables ou des suppositions à notre travail, d'autres comme des indicateurs, enfin d'autres comme critères. Parmi ces derniers, nous avons directement scindé les critères en « premier niveau », utilisable en première intention comme outils de sectorisation, puis en « deuxième niveau », plutôt retenu comme outils pour affiner les secteurs définis.

Dans les trois propositions de sectorisation qui seront développées, nous avons travaillé essentiellement avec les trois premiers critères que peuvent être qualifiés de discriminants pour la sectorisation. Les critères 4,5,6 et 7 ont été utilisés pour vérifier, en première intention, la fonctionnalité des secteurs définis à partir des trois premiers critères.

	CRITERES	PRIORITE		
1	Choix raisonné du lieu d'implantation de la structure d'accueil pour les urgences médicales.	Critère I	base de la sectorisation	CRITERES PREMIER NIVEAU
2	Prise en compte des secteurs actuels	Critère I		
3	Temps d'accès à la structure d'accueil	Critère I		
4	Nombre de médecins suffisant par secteur pour assurer le tour de garde ²⁶	Critère I	1 ^{ère} intention	
5	Densité médicale seuil	Critère I		
6	Seuil de population minimum	Critère I		
7	Référence à un SAU ou UPATOU.	Critère I		
8	Dynamique locale d'organisation	Critère II	Outils d'affinement de sectorisation	CRITERES DEUXIEME NIVEAU
9	Flux habituel des patients	Critère II		
10	Infrastructures routières	Critère II		
11	Réseau fluvial	Critère II		
12	Existence d'associations de médecins spécialisées dans l'urgence	Critère II		
13	Continuité et globalité des soins.	Critère II		
14	Corrélation avec d'autres sectorisations du système de soins	Critère II		

Tableau 3 : Les critères retenus pour la sectorisation de la permanence des soins dans le département du Loiret.

²⁶ Voir en annexe n° 3 la méthode de calcul pour estimer le nombre de médecin minimum pour assurer une garde sur un secteur.

Ce tableau n° 3, élaboré par le médecin - inspecteur de la DDASS, a été expliqué, discuté et accepté par le Conseil de l'Ordre des Médecins comme référence de travail pour proposer des secteurs.

6.2.2 Les préalables

Par préalables, nous entendons ici des facteurs invariables qui font déjà l'objet d'un consensus entre les acteurs, à savoir :

- Une seule structure d'accueil des urgences médicales par secteur
- Une couverture temporelle : quelles que soient les modalités de garde retenues, notre réflexion doit prendre en compte une réponse adaptée 24h sur 24. Dans les faits, les médecins généralistes ne font plus de garde entre 0h et 8h, ce qui semble être pour eux un acquis non discutable.
- Une couverture géographique : l'ensemble du département doit être couvert par la sectorisation et le système mis en place. Une prise en compte de la trans – départementalité, c'est à dire de rattachement de communes à un secteur d'un département limitrophe sera possible dans un temps ultérieur, en se référant au critère n° 9 (tableau 3 p. 34) relatif au flux habituel des patients.
- Pas de déplacement ni de visite à domicile (sauf situation exceptionnelle) : le patient se déplace jusqu'à la structure d'accueil par ses propres moyens ou par ceux organisés dans le cadre du système qui sera mis en place (ambulance privée, taxi)

6.2.3 Les suppositions

Il est important de définir des facteurs qui conditionneront à la base la fonctionnalité des secteurs qui seront proposés. Ces facteurs seront dénommés suppositions et ne sont pas influençables à notre niveau : ils dépendent de décisions stratégiques et politiques du niveau national. Nous en retiendrons deux essentielles :

- La rémunération des médecins de garde est acceptable (négociation nationale)
- La démographie des médecins généralistes se maintiendra à un niveau stable ou aura un taux de croissance très faiblement négatif dans les dix prochaines années.

6.3 LE PROCESSUS

Munis de nos critères, il fallait trouver un point de départ pour définir les limites des secteurs. Ayant déterminé les 3 critères de base de la sectorisation (Tableau 3), il semblait logique de

partir de ceux ci et de faire de chacun d'eux, à tour de rôle, le point de départ de nos réflexions. Ainsi, trois propositions ont été établies :

Proposition 1 : les secteurs actuels sont maintenus → un lieu d'implantation de la structure d'accueil est déterminé → les temps d'accès sont vérifiés.

Proposition 2 : un lieu d'implantation des structures d'accueil est choisi sur la base de 10 secteurs environ → les 10 secteurs sont formés par regroupement des secteurs actuels → les temps d'accès sont vérifiés.

Proposition 3 : le temps d'accès acceptable à la structure d'accueil est défini → à partir de lieux d'implantation de base des zones de desserte sont déterminées → délimitations de secteurs à partir des zones de dessertes.

6.3.1 Une approche théorique cartographique

La représentation cartographique a été l'outil de travail de base, affinée par quelques tableaux. Pour chaque proposition, nous avons retenu de présenter plusieurs cartes :

- Carte détaillée des secteurs avec les communes et leurs noms, l'emplacement de la structure d'accueil, les hôpitaux, SAU et UPATOU, les routes par catégories, les fleuves.
- Carte avec représentation des limites des secteurs avec les limites des communes : noms des secteurs, population, nombre de médecins, emplacement de la structure d'accueil.
- Cartes (deux) avec représentation des zones de desserte à 10,20 et 30 minutes autour des structures d'accueil.
- Carte avec représentation des limites des secteurs et visualisation des communes d'accès supérieur à 20 minutes.
- Carte des secteurs avec représentation du seuil de population et du seuil de médecin.
- Cartes représentant éventuellement la superposition de limites d'autres sectorisations avec les secteurs définis, en particulier les secteurs du SMUR, les bassins de vie et les secteurs actuels.

6.3.2 Une approche pratique participative progressive

La démarche s'est construite au rythme des réflexions, des disponibilités de chacun et s'est étalé sur 6 mois (Sept 2002 – Févr. 2003). Le passage de chacune des étapes nécessitait l'approbation de chacune des parties, c'est à dire le CDOM et la DDASS.

6.4 LES RESULTATS ET LEUR ANALYSE

6.4.1 Proposition 1

6.4.1.1 Les secteurs actuels

Ces quarante secteurs sont représentés sur la carte C (en annexe n°2) et le tableau n° 4 détaille l'analyse des critères appliqués.

6.4.1.2 Analyse et discussion de la proposition.

Temps moyen d'accès à la structure d'accueil

Quel que soit le médecin de garde dans le secteur, les patients y ont accès en moins de 20 minutes

Seuil de population

Seuls les secteurs de Montargis (52.027) et Orléans (208.254) dépassent le seuil retenu de 36.000 habitants.

Nombre minimum de médecins et densité médicale par secteur

Nous retrouvons aussi les secteurs de Montargis et Orléans qui atteignent le nombre minimum de 32 médecins, avec respectivement 50 et 231 médecins. D'autre part, seuls 18 secteurs sur 40 ont une densité comprise entre 0,8 et 1.

Conclusion de la proposition 1

Du point de vue du patient, ce découpage en 40 secteurs resterait acceptable avec une accessibilité très bonne, dans une zone assez restreinte qu'ils connaissent.

Par contre, cette hypothèse n'est pas acceptable pour les médecins qui, en dehors des 2 secteurs de Montargis et Orléans, se retrouveraient avec un nombre de gardes trop

important et non rentable car le nombre de consultants attendus serait faible vu les seuils de population (cf annexe 1, facteur 8).

Sur le plan financier, cette hypothèse ne pourrait non plus être pertinente. La création de 40 « maisons médicales » sur le département n'est pas un projet efficient. De même, la CPAM n'accepterait pas de financer 40 médecins de garde chaque jour selon les conditions décrites dans la circulaire de la CNAM⁷

Secteur		Communes > 20 mn	Médecins	
Nom	Pop		% communes	Nbre
ARTENAY	8 251	0%	6	0,73
ASCOUX	2 931	0%	1	0,34
BAZOUCHES/ NEUVILLE	12 919	0%	12	0,93
BEAUGENCY	11 005	0%	9	0,82
BEAUNE LA ROLANDE	9 537	0%	9	0,94
BELLEGARDE	9 419	0%	8	0,85
BRIARE	8 551	0%	7	0,82
CEPOY	2 646	0%	3	1,13
CHATEAUNEUF SUR LOIR	11 937	0%	8	0,67
CHATEAURENARD	8 520	0%	8	0,94
CHATILLON COLIGNY	7 226	0%	6	0,83
CHATILLON SUR LOIRE	8 910	0%	9	1,01
CHECY	16 846	0%	17	1,01
CLERY SAINT ANDRE	9 229	0%	7	0,76
CORBEILLES	4 467	0%	2	0,45
COULLONS	5 650	0%	4	0,71
COURTENAY	6 571	0%	4	0,61
DORDIVES	2 593	0%	3	1,16
EPIEDS EN BEAUCE	2 177	0%	1	0,46
FAY AUX LOGES	10 086	0%	7	0,69
FERRIERES EN GATINAIS	9 922	0%	4	0,40
FERTE/MENES/MARC/SEN	10 590	0%	8	0,76
GIEN	22 585	0%	22	0,97
INGRE/CHAP/ORMES/WE	23 097	0%	18	0,78
JARGEAU	14 232	0%	11	0,77
LIGNY LE RIBAUT	1 121	0%	2	1,78
LORRIS	5 135	0%	3	0,58
MALESHERBES	7 638	0%	6	0,79
MEUNG SUR LOIRE	13 972	0%	11	0,79
MONTARGIS	52 027	0%	50	0,96
NOGENT SUR VERNISSON	8 412	0%	5	0,59
OLIVET	22 399	0%	18	0,80
ORLEANS	208 254	0%	231	1,11
OUTARVILLE	3 370	0%	1	0,30
PATAY	5 094	0%	4	0,79
PITHIVIERS	16 069	0%	12	0,75
PUISEAUX	6 195	0%	4	0,65
SANDILLON	6 656	0%	6	0,90
SERMAISES	3 184	0%	4	1,26
SULLY SUR LOIRE	18 563	0%	14	0,75
Total	617 986	0%	565	0,91

Tableau 4 : les critères de population, de nombre de médecins et de densité médicale pour les 40 secteurs de la proposition 1

6.4.2 Proposition 2

6.4.2.1 Les secteurs regroupés

Nous rappelons la démarche retenue dans le chapitre 6.3 pour cette proposition 2 : un lieu d'implantation des structures d'accueil est choisi sur la base de 10 secteurs environ (cf annexe 1, facteur 8). Ces 10 secteurs sont formés par regroupement des secteurs actuels et les temps d'accès de chaque commune sont vérifiés.

Ce regroupement s'est effectué en deux étapes, respectant le rythme et l'appropriation de la démarche par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, principal acteur de l'organisation de la permanence des soins.

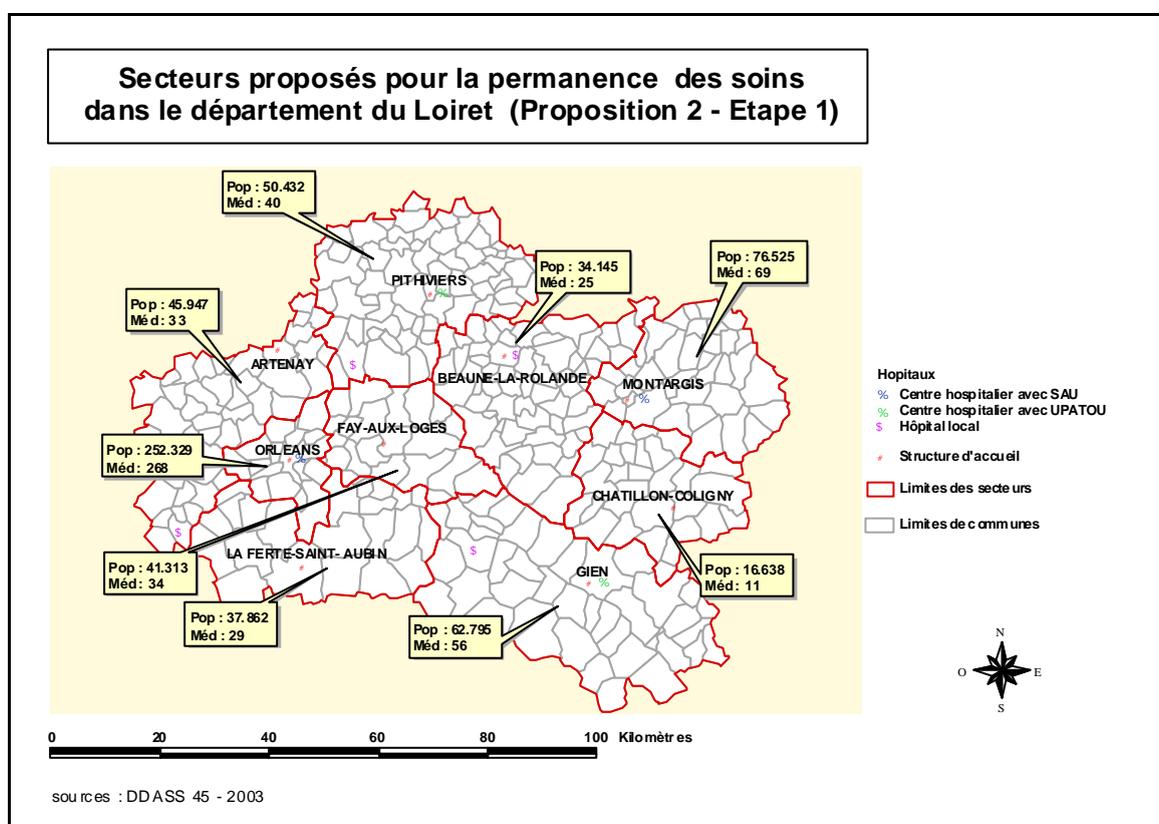
Dans une première étape, le CDOM a proposé, en prenant les trois premiers critères de base de la sectorisation (tableau 3 p. 34), un découpage du département en 9 secteurs (cf carte D, annexe 2). L'utilisation de ces 3 critères s'est effectuée de manière tout à fait intuitive par le bureau restreint du CDOM.

La DDASS a ensuite analysé ce premier découpage selon la grille des critères retenus. Une première série de cartes a été élaborée, puis discutée avec le CDOM. La visualisation cartographique du travail a révélé immédiatement les points faibles de cette première tentative, et aussi des ébauches d'amélioration pour une sectorisation plus fonctionnelle.

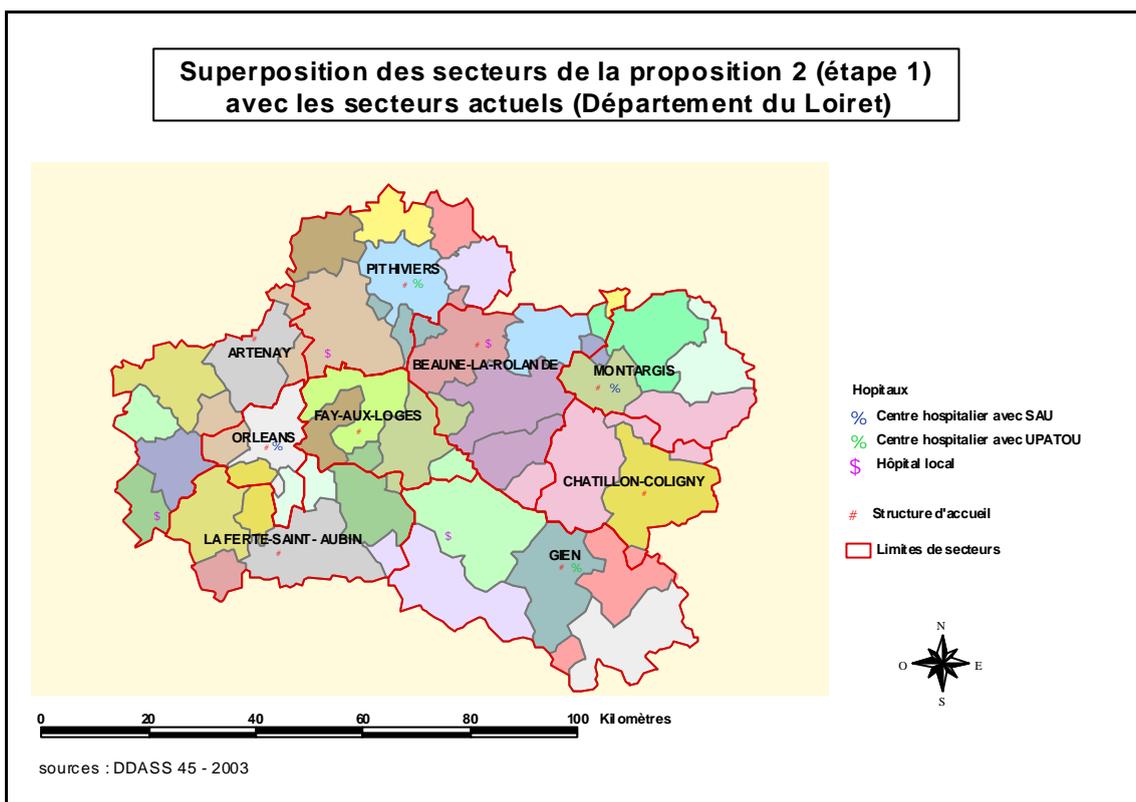
Dans une deuxième étape, une analyse plus fine des cartes ainsi que celle des tableaux détaillés associés, a permis de sortir un autre découpage analysé de la même façon que précédemment par la DDASS, discuté à nouveau en séance avec le CDOM et affiné pour aboutir à une sectorisation théorique que nous avons analysée avec les « critères de vérification de 1^{ère} intention » (cf carte E en annexe 2).

6.4.2.2 Analyse et discussion de la proposition

6.4.2.2.1 Première étape



Carte n° 5



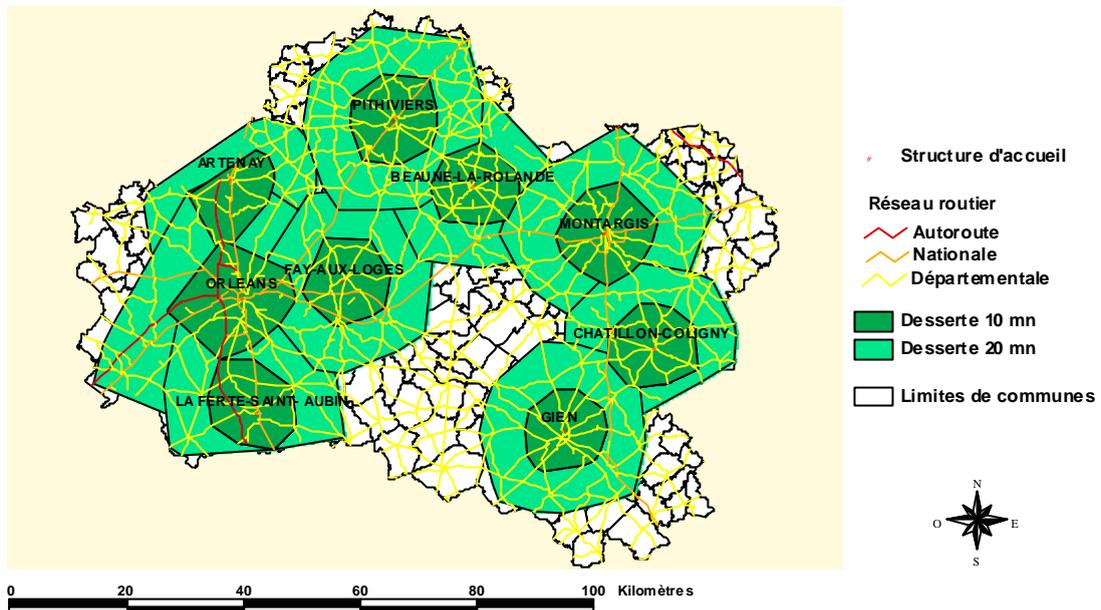
Carte n° 6

Sur la carte n° 6 représentant les 9 secteurs définis et la superposition avec les secteurs actuels, nous remarquons que tous ne sont pas complètement inclus dans les limites des 9 secteurs : environ 50% des secteurs actuels chevauchent avec les 9 secteurs définis. Le groupe de travail s'est basé au départ sur les secteurs existants en les regroupant, mais les limites des 9 secteurs obtenus ont été ajustées en fonction de la connaissance de terrain de chacun. Ce travail « intuitif » a été analysé au travers des critères définis et représenté au travers des cartes et tableaux suivants.

Temps moyen d'accès à la structure d'accueil

Autour des lieux de structures d'accueil retenus, nous avons délimité des zones de desserte de 10, 20 et 30 minutes, représentées sur les cartes n° 7 et 8.

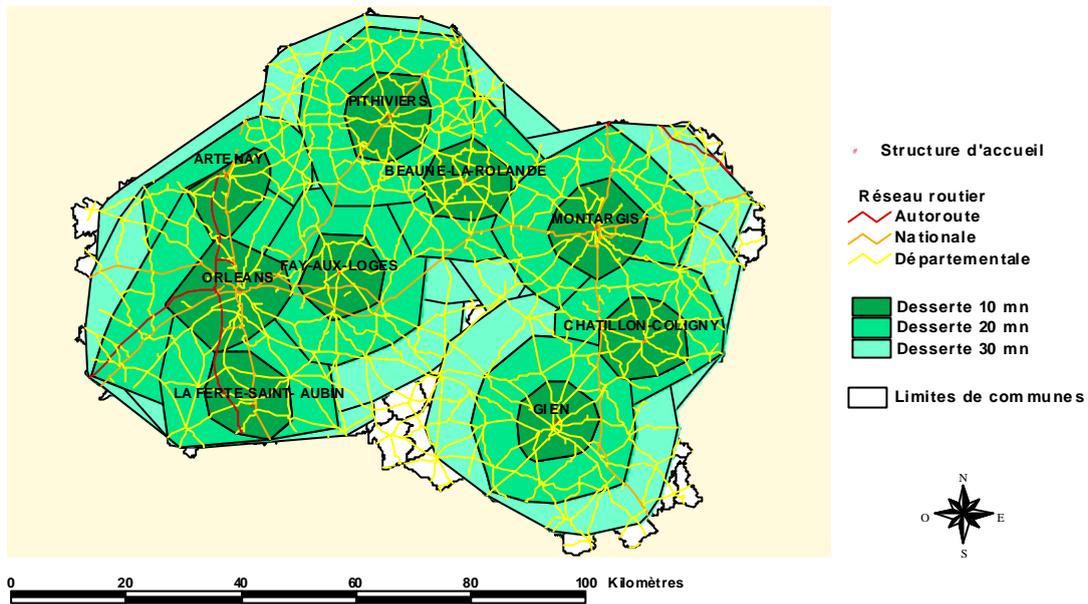
Zones de desserte à 10 et 20 minutes autour des structures d'accueil
Proposition 2 - Etape 1 (Département du Loiret)



Carte 7

La carte n° 7 visualise bien les problèmes de mauvaise accessibilité en périphérie du département ainsi que dans une vaste zone centrale. Pour les communes limitrophes avec d'autres départements, des possibilités d'accès à d'autres structures d'accueil existeront peut-être, mais aucune n'est encore fonctionnelle à ce jour.

**Zones de desserte à 10, 20 et 30 minutes autour des structures d'accueil
Proposition 2 - Etape 1 (Département du Loiret)**



sources : DDA SS 45 - 2003

Carte 8

Si nous étendons la zone de desserte à 30 minutes, la couverture est presque totale (carte n°8)

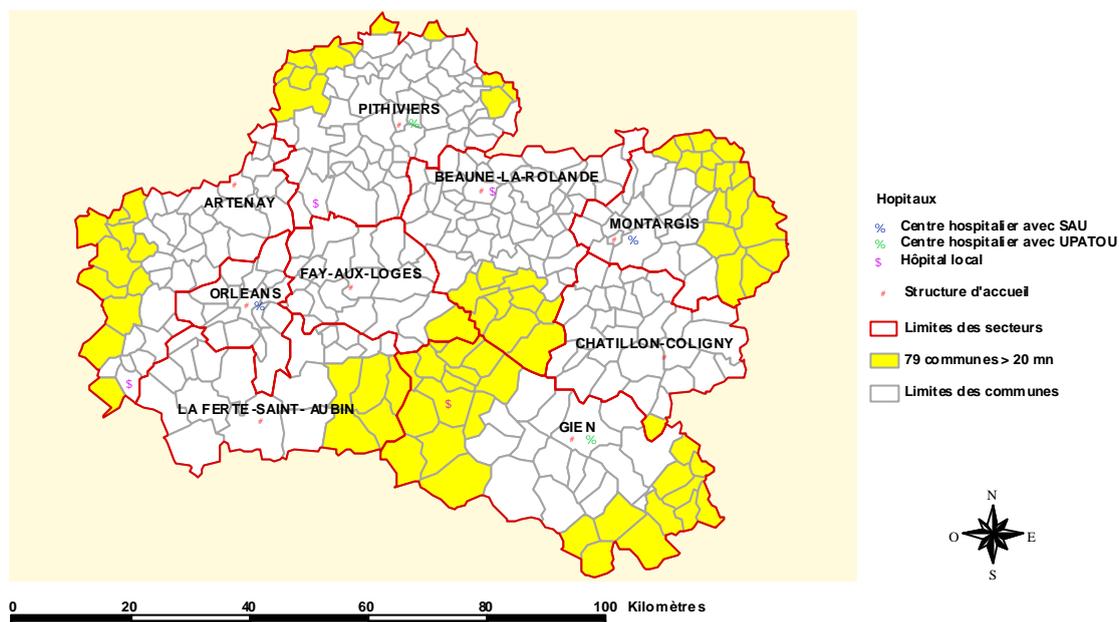
La carte n° 9 et le tableau 5 complètent les données d'accessibilité en objectivant les communes et en quantifiant la population de la zone de desserte au delà de 20 minutes.

Secteur		Communes > 20 mn			
Nom	Pop	Nombre	% communes	Pop concernée	% pop concernée
ARTENAY	45 947	11	26%	5 903	13%
BEAUNE-LA-ROLANDE	34 145	9	16%	6 189	18%
CHATILLON-COLIGNY	16 638	1	3%	78	0%
FAY-AUX-LOGES	41 313	1	5%	864	2%
GIEN	62 795	25	61%	26 892	43%
LA FERTE-SAINT-AUBIN	37 862	5	23%	5 487	14%
MONTARGIS	76 525	16	43%	10 508	14%
ORLEANS	252 329	0	0%	0	0%
PITHIVIERS	50 432	11	17%	6 768	13%
Total	617 986	79	24%	62 689	10%

Secteur avec problème majeur d'accessibilité
 Secteur avec problème relatif d'accessibilité

TABLEAU 5 : Les critères de population et d'accessibilité pour les 9 secteurs de la proposition 2 (Etape 1)

Communes avec accessibilité supérieure à 20 minutes autour des structures d'accueil des secteurs
Proposition 2 - étape 1 (Département du Loiret)



Carte n° 9

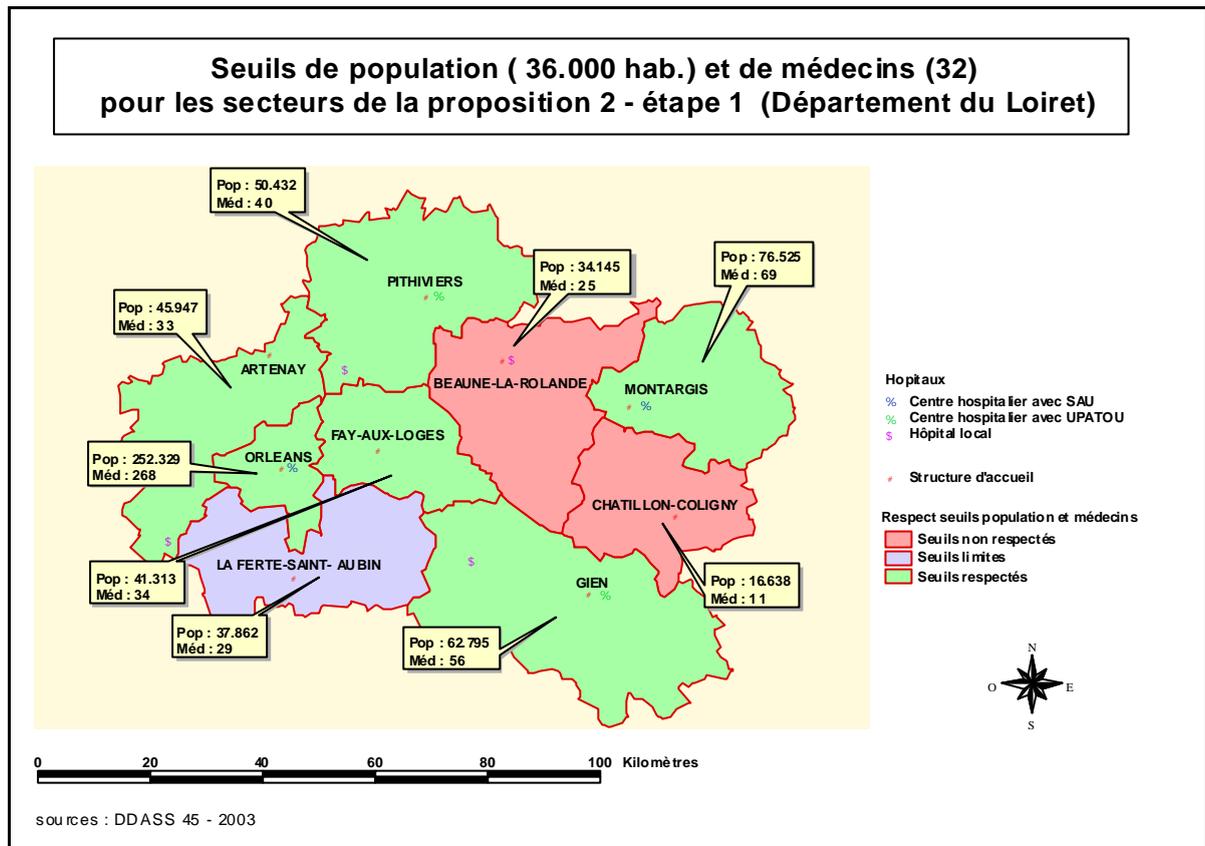
Les problèmes d'accessibilité se rencontrent principalement pour les secteurs de La Ferté Saint Aubin, Beaune La Rolande, Gien, Artenay et Montargis

Si nous considérons l'ensemble du département, 62 689 personnes (10% de la population) réparties dans 79 communes (24% des communes) ont un accès supérieur à 20 minutes à la structure d'accueil.

La situation est hétérogène suivant les secteurs, et 2 d'entre eux présenteraient dans cette hypothèse un problème majeur d'accessibilité, si nous tenons compte du chiffre de population (objectivé en jaune dans le tableau 5).

- GIEN
- MONTARGIS

Seuil de population.



Carte n° 10

Si nous reprenons le seuil minimum de 36.000 habitants, le secteur de Chatillon Coligny poserait problème, avec une population de 16 638 habitants, et dans une moindre mesure le secteur de Beaune la Rolande (34 145 habitants).

Nombre minimum de médecins et densité médicale par secteur

Secteur	Pop secteur	Nbre médecins	Densité /1000H
ARTENAY	45 947	33	0,72
BEAUNE-LA-ROLANDE	34 145	25	0,73
CHATILLON-COLIGNY	16 638	11	0,66
FAY-AUX-LOGES	41 313	34	0,82
GIENS	62 795	56	0,89
LA FERTE-SAINT-AUBIN	37 862	29	0,77
MONTARGIS	76 525	69	0,90
ORLEANS	252 329	268	1,06
PITHIVIERS	50 432	40	0,79
Total	617 986	565	0,91

Médecin < seuil
 Densité < seuil

Tableau 6 : Les critères de population et de densité médicale pour les 9 secteurs de la proposition 2 (Etape 1)

Nous constatons sur le tableau 6 que les secteurs de Beaune La Rolande, La Ferté Saint Aubin et surtout celui de Châtillon Coligny ont un nombre de médecins nettement inférieur au chiffre seuil de 32 retenu pour faire fonctionner une garde sur un secteur. Sur ces 3 secteurs plus celui d'Artenay, la densité médicale est inférieure à 0,8 médecin pour 1000 habitants.

Superposition avec les secteurs SMUR et les bassins de vie

Carte n° 11 (non publiée)

Carte n° 12 (non publiée)

Nous remarquons qu'il y a une certaine similitude entre les secteurs SMUR et les bassins de vie. Ces secteurs incluent globalement des regroupements des 9 secteurs de cette première étape : les secteurs de Pithiviers et de Beaune-la-Rolande sont à cheval sur 2 bassins de vie et 2 secteurs SMUR. Cette constatation est intéressante à retenir pour les discussions lors de la délimitation définitive des secteurs.

Conclusion de la première étape

Sur la base de notre analyse, 3 grandes restructurations ont été proposées :

- Intégration du secteur de Châtillon - Coligny, non viable en terme de médecins disponibles et de population (cf carte n° 10), dans les 3 secteurs limitrophes : Montargis, Gien, Beaune – La - Rolande. Pour ce dernier secteur, le lieu de la structure d'accueil sera déplacé vers le sud pour mieux prendre en compte les communes les moins accessibles.
- Création d'un nouveau secteur centré sur Sully sur Loire, composé des communes limitrophes des secteurs de Gien et la Ferté Saint Aubin ayant une accessibilité > 20 minutes.
- Réorganisation complète des 3 secteurs de l'est du département (Artenay, Orléans, La Ferté - Saint - Aubin) en 3 nouveaux secteurs avec changement du lieu d'implantation de la structure d'accueil : Meung sur Loire, Saran et Olivet. Ces deux derniers secteurs sont urbano – ruraux, centrés sur l'agglomération Orléans sud et nord. Ce dernier

concept est ressorti de la prise en compte de critères de deuxième niveau, retenu pour affiner la sectorisation (cf tableau 3 p. 34)

- Critère 9 : flux habituel des patients
- Critère 10 : Infrastructures routières
- Critère 11 : réseau fluvial

6.4.2.2.2 Deuxième étape

Sur la base de cette nouvelle proposition, la DDASS a élaboré de nouvelles cartes et préparé de nouveaux tableaux d'analyse pour vérifier le respect des critères retenus.

Dans un premier temps, les limites proposées pour les nouveaux secteurs ont été ajustées de façon à inclure la délimitation des secteurs actuellement opérationnels (ceux de l'hypothèse 1), afin de respecter le critère n° 2 de notre méthodologie de sectorisation (tableau 3 p. 34). Les cartes n° 13 et 14 représentent les 9 secteurs remaniés et leur correspondance avec les secteurs actuels. Une carte détaillée est disponible en annexe 2 (Carte n° E)

Carte n° 13 (non publié)

Carte n° 14 (non publiée)

Sur la carte n° 14, nous remarquons que les limites de 5 secteurs actuels sur 40 n'ont pas été respectées, afin de respecter des logiques de flux habituels de population soulevés par le groupe de travail.

Ensuite, nous avons suivi la même démarche que dans la première étape en analysant les critères sur cartes et tableaux.

Temps moyen d'accès à la structure d'accueil

Autour des lieux de structures d'accueil retenus, nous avons délimité des zones de desserte de 10, 20 et 30 minutes, représentées sur les cartes n° 15 et 16. (non publiées)

Carte n° 15 (non publié)

La carte n° 15 visualise bien les problèmes d'accessibilité qui se posent encore si nous voulons respecter le seuil de 20 minutes. Pour les communes limitrophes avec d'autres départements, cette nouvelle sectorisation n'apporte pas de solution. De même, la fusion du

secteur de Châtillon Coligny dans ceux de Montargis et Ladon crée une autre zone de communes éloignées de plus de 20 minutes de la structure d'accueil.

Par contre toute la partie ouest du département, grâce à la création du nouveau secteur de Meung – sur – Loire, respecte nos critères d'accessibilité. De même la création du secteur de Sully – sur – Loire a en partie fait disparaître la zone d'inaccessibilité.

Si nous étendons la zone de desserte à 30 minutes, la couverture du département est presque totale (cf carte n° 16).

Carte n° 16 (non publiée)

La carte n° 17 et le tableau 7 complètent les données d'accessibilité en objectivant les communes et en quantifiant la population de la zone de desserte au delà de 20 minutes.

Carte n°17 (non publiée)

Secteur		Communes > 20 mn			
Nom	Pop	Nombre	% communes	Pop concernée	% pop concernée
FAY-AUX-LOGES	40 533	0	0%	0	0%
GIEN	42 320	12	48%	8 271	20%
LADON	36 970	9	13%	8 781	24%
MEUNG-SUR-LOIRE	28 419	0	0%	0	0%
MONTARGIS	89 505	26	48%	16 772	19%
OLIVET	108 651	3	18%	3 028	3%
PITHIVIERS	52 306	20	28%	13 359	26%
SARAN	185 198	7	18%	3 968	2%
SULLY-SUR-LOIRE	34 083	2	7%	3 509	10%
Total	617 985	79	24%	57 688	9%



Secteur avec problème majeur d'accessibilité
Secteur avec problème relatif d'accessibilité

TABLEAU 7 : Les critères de population et d'accessibilité pour les 9 secteurs de la proposition 2 (Etape 1)

Sur le plan quantitatif, vérifions ce que représente cette restructuration.

Si nous considérons l'ensemble du département, 57 688 personnes (9% de la population) ont un accès supérieur à 20 minutes à la structure d'accueil. La mauvaise accessibilité globale en terme de nombre de personnes a donc peu diminué par rapport à la première

étape, passant de 10% à 9%. Le nombre de communes ayant une accessibilité inférieure à 20mn est de 79 comme dans la première étape.

Le secteur de Montargis présenterait encore dans cette hypothèse un problème majeur d'accessibilité, si nous tenons compte du chiffre de population (objectivé en jaune dans le tableau 7) : partie est et sud du secteur avec 16 772 habitants à plus de 20 minutes. Le même constat peut être fait pour le secteur de Pithiviers.

Seuil de population

Carte n° 18 (non publié)

Si nous reprenons le seuil minimum de 36.000 habitants, le secteur de Meung – sur - Loire poserait problème, avec une population de 28 419 habitants, et dans une moindre mesure le secteur de Sully – sur - Loire (34 083 habitants).

Nombre minimum de médecins et densité médicale par secteur

Secteur	Pop secteur	Nbre médecins	Densité /1000H
FAY-AUX-LOGES	40 533	33	0,81
GIEN	42 320	40	0,95
LADON	36 970	27	0,73
MEUNG-SUR-LOIRE	28 419	22	0,77
MONTARGIS	89 505	78	0,87
OLIVET	108 651	116	1,07
PITHIVIERS	52 306	40	0,76
SARAN	185 198	184	0,99
SULLY-SUR-LOIRE	34 083	25	0,73
Total	617 985	565	0,91

 Médecin < seuil
 Densité < seuil

TABLEAU 8 : Les critères de population et d'accessibilité pour les 9 secteurs de la proposition 2 (Etape 1)

Comme dans la première étape, nous retrouvons 3 secteurs ayant un nombre de médecins inférieur au chiffre seuil de 32 retenu pour faire fonctionner une garde.

Superposition avec les secteurs SMUR et les bassins de vie

Carte n°19 (non publiée)

Carte n° 20 (non publiée)

Conclusion de la deuxième étape

Sur la base de notre analyse, 3 grands points se dégagent :

- Une amélioration minimale de l'accessibilité à 20 minutes : la restructuration permettrait de passer de 10% à 9% de population ayant un accès supérieur à 20 minutes. Mais la comparaison des cartes n° 7 (p. 41) et 15 (p. 48) montre une meilleure répartition géographique de cette mauvaise accessibilité qui sera plus facile à résoudre lors des réunions de terrain.
- Un problème d'accessibilité persiste dans la zone sud du secteur de Montargis : un rattachement de cette zone au secteur de Gien serait envisageable, mais nécessiterait la scission de deux des secteurs actuels (Nogent sur Vernisson et Châtillon Coligny). Ceci devrait être discuté en consensus avec les médecins des secteurs actuels.
- 3 secteurs (Ladon, Meung-sur Loire, Sully-sur Loire) devraient fonctionner avec un nombre restreint de médecins, ce qui est possible mais doit aussi être négocié sur le terrain.

Il ne paraît pas possible d'aller plus loin dans la réflexion théorique sur la sectorisation sans l'avis des acteurs directement impliqués dans les gardes.

6.4.3 Proposition 3

6.4.3.1 La modélisation géographique

Dans les propositions précédentes, notre point de départ était les secteurs préexistants que nous avons essayés de regrouper en fonction de nos critères de base. L'organisation médicale était donc mise en avant.

Dans cette proposition, l'accessibilité sera le critère de base à partir duquel les limites des secteurs seront proposées. Cette modélisation nécessite des points de départ : pour rester très concrets dans notre démarche, les quatre plus grandes villes, abritant d'ailleurs les quatre hôpitaux du département, ont été choisies. Autour de chacune d'elles, des zones de desserte de 10 et 20 minutes ont été matérialisées sur la carte n° 21

Carte n° 21 (non publiée)

Cette carte fait apparaître de larges plages blanches non couvertes pour une accessibilité à moins de 20 minutes. Ayant positionné aussi sur la carte les quatre hôpitaux locaux du département, nous remarquons que trois d'entre eux (Neuville-aux-Bois, Beaune-la-Rolande, Sully-sur-Loire) occupent une place stratégique dans ces zones non couvertes.

Il a semblé intéressant de continuer le travail de construction de zones de dessertes autour de ces trois hôpitaux locaux (carte n° 22), en s'appuyant sur les hypothèses suivantes :

- Les médecins des communes environnantes prennent en charge leurs malades hospitalisés dans les hôpitaux locaux, ceux-ci n'ayant pas de médecin permanent : une organisation existe déjà, avec une habitude des médecins de s'y rendre.
- La population locale connaît l'emplacement de l'hôpital local et se déplacera plus facilement vers un lieu connu.
- Une disponibilité potentielle de locaux rendrait plus réaliste la fonctionnalité d'une structure d'accueil dans des délais acceptables. En effet, la non-disponibilité des locaux sera un frein au succès de l'organisation des secteurs.

Carte n° 22 (non publiée)

Seule une cinquantaine de communes ne se retrouve pas dans une zone de desserte, mais la répartition spatiale fait qu'elles sont en fait très proches d'une des structures proposées. D'ailleurs la carte n° 23 montrent qu'elles sont quasiment toutes incluses dans la zone de desserte de 30 minutes.

Carte n° 23 (non publiée)

Comment passer de la zone de desserte à une délimitation de secteur ?

Dans un premier temps, l'inclusion d'une commune dans une zone de desserte se fera de manière purement technique : toutes les communes ayant leur centre géographique (centre du polygone cartographique) inclus dans la zone de desserte de 20 minutes appartiendront au secteur. Pour les communes se trouvant dans l'aire de superposition de deux zones de

desserte, le choix de l'inclusion s'est fait en fonction de la distance la plus courte aux structures d'accueil des zones.

Dans un second temps, nous avons rattaché les communes hors des zones de desserte de 20 minutes à la zone la plus proche. Nous avons choisi d'abandonner la technique de mesure de temps par le logiciel Network Analyst, car les écarts de temps calculés n'étaient pas assez discriminants pour faire un choix. Nous avons opté pour une méthode plus réaliste de visualisation directe sur la carte, et de rattachement d'une commune à un secteur en fonction de proximité de routes.

La carte n° 24 est le résultat de cette démarche, avec la délimitation de 7 secteurs (voir aussi carte F, annexe 2) Sur les cartes n° 25, 26 et 27 nous visualisons aussi la superposition avec les 40 secteurs actuels, les secteurs SMUR et les bassins de vie.

Carte n° 24 (non publiée)

Carte n° 25 (non publiée)

Carte n° 26 (non publiée)

Carte n° 27 (non publiée)

6.4.3.2 Analyse et discussion de la proposition

Si nous considérons l'ensemble du département, 60.763 personnes (10% de la population) seraient, dans cette proposition 3, à plus de 20 minutes d'une structure d'accueil. En terme de population, les secteurs de Montargis et Orléans seraient les plus défavorisés.

Quatre secteurs ne correspondraient aux critères de nombre minimum de médecins (32), trois d'entre eux ayant également une population inférieure au seuil de 36.000 habitants.

Secteurs					Communes > 20 minutes			
Nom	Pop	Communes	Médecins	Densité médicale	Nbre	% communes	Pop	% Pop
BEAUNE-LA-ROLANDE	21 500	43	18	0,84	6	14%	2202	10%
GIEN	45 461	33	40	0,88	15	45%	8992	20%
MONTARGIS	100 583	72	84	0,84	27	38%	21764	22%
NEUVILLE-AUX-BOIS	19 783	26	17	0,86	1	4%	395	2%
ORLEANS	360 984	80	356	0,99	18	23%	19193	5%
PITHIVIERS	39 944	54	28	0,70	10	19%	3798	10%
SULLY-SUR-LOIRE	29 732	26	22	0,74	3	12%	4419	15%
Total	617 987	334	565	0,91	80	24%	60763	10%

 Critères au dessous des seuils

TABLEAU 9 : Les critères de population, de médecins et de densité médicale pour les 7 secteurs de la proposition 3

Conclusion de la proposition 3

Cette proposition basée sur le critère d'accessibilité a permis de passer à 7 secteurs mais laisse encore 10% de la population au delà de 20 minutes d'une structure d'accueil. D'autre part, 4 de ces 7 secteurs poseraient des problèmes d'organisation liés aux effectifs insuffisants de médecins (par rapport à notre seuil de départ). Malgré tout, elle pourrait présenter des avantages organisationnels par son lien avec les hôpitaux locaux.

6.5 CONCLUSION DE LA DEMARCHE : DES CHOIX DE ZONAGES GEOGRAPHIQUES THEORIQUES OPTIMAUX

Les trois propositions décrites et analysées précédemment nous mettent devant des cartes de secteurs qui devront permettre de choisir une sectorisation optimale.

Si nous reprenons les trois propositions dans un tableau de synthèse (cf tableau 10), la deuxième proposition semble remplir le mieux les critères proposés.

Propositions	Secteurs	Communes > 20 mn		Nombre de secteurs où critères respectés			
		Nombre	Pop	Critère Pop	Critère nombre médecins	Critère Densité médecins	Critère Respect secteurs actuels
Proposition 1							
Effectifs	40	aucune	0	2 / 40	2 / 40	18 / 40	40 / 40
Pourcentage		0 %	0 %	5 %	5 %	45 %	100 %
Proposition 2							
Effectifs	9	79 / 334	57.688	7 / 9	6 / 9	5 / 9	35 / 40
Pourcentage		24 %	9 %	78 %	66 %	56 %	88 %
Proposition 3							
Effectifs	7	80 / 334	60.763	4 / 7	3 / 7	5 / 7	26 / 40
Pourcentage		24 %	10 %	57 %	43 %	71 %	65 %

Tableau 10 : Synthèse des critères des 3 propositions de sectorisation

Maintenant, en regardant les cartes n° 13 (p.47) et n°24 (p.57), nous pouvons faire une toute autre constatation, qui renforcera encore tout l'intérêt de la représentation cartographique : la sectorisation de la proposition 3 semble visuellement plus cohérente. Nous mettons de côté la proposition 1, qui avait plutôt pour objectif de montrer que la sectorisation actuelle n'était pas pertinente.

Sur quelle base pourrons nous statuer sur la sectorisation théorique optimale que nous pourrons proposer à la discussion aux médecins généralistes sur le terrain ?

La réponse à cette question découlera de la discussion sur la divergence des résultats de nos approches et sur l'utilisation des critères.

6.5.1 L'utilisation de critères dans le processus décisionnel

Dans son sens littéral, le critère est « ce qui sert de référence à un jugement ». Nos critères nous ont permis de définir des propositions qui leurs sont naturellement dépendantes. Le fait d'aboutir à des propositions différentes ne remet pas en cause la pertinence du choix des critères, car nous les avons priorisés différemment.

En santé publique, l'utilisation de critères dans le processus décisionnel doit toujours être prudente. Les critères sont nécessaires mais non suffisants pour prendre une décision : ils permettent de faire un tri sélectif dans les éléments soumis à notre analyse, si besoin une classification par pondération. Nos propositions représentent donc chacune un modèle de sectorisation correspondant aux critères sélectionnés.

La décision prendra en compte le modèle mais aussi d'autres éléments non qualifiables en tant que critère, c'est à dire que la décision résultera de l'adaptation du modèle.

6.5.2 Approche intuitive ou technique ?

Nos deux propositions sont donc deux modèles, l'un basé sur une approche dite intuitive, l'autre sur une approche plus technique.

Chacune a ses limites et aucune des deux ne sera la sectorisation retenue. La sectorisation consensuelle sera la rencontre de notre approche intuitive et de notre approche technique auxquels nous aurons ajouté d'autres éléments non mesurables répondant aux besoins et à la demande. Les deux propositions seront présentées comme telle à la discussion avec les acteurs de terrains.

6.6 LA SECTORISATION DEFINITIVE

La sectorisation définitive, c'est à dire celle qui sera opérationnelle, résultera d'une recherche de convergence entre la « demande » des professionnels et la « demande » de la population, autrement dit d'un processus de négociation entre les professionnels de la santé et la population.

6.6.1 La demande des professionnels de santé

Elle sera prise en compte par l'organisation de réunions des représentants des 40 secteurs actuels. Les limites des secteurs seront alors négociées puis arrêtées.

6.6.2 La demande de la population

La demande de la population est beaucoup plus difficile à prendre en compte. Elle souhaitera toujours un service de proximité et l'efficacité des efforts déployés pour recueillir leur souhait risque d'être faible. Pour cela, c'est plutôt dans l'organisation que la demande sera prise en compte : heure d'ouverture des structures d'accueil, temps d'attente acceptable, disponibilité de médicaments ...

7 LA DEMARCHE DU LOIRET : UN MODELE POUR D'AUTRES DEPARTEMENTS ?

La méthodologie que nous avons développée dans le département du Loiret est partie d'une base théorique développée à partir d'hypothèses de travail, puis a été relayée par une démarche pragmatique évoluant au fil de nos réflexions.

L'ensemble des départements sont appelés à revoir leur sectorisation pour les gardes. Certains l'ont déjà réalisé, d'autres sont en cours, d'autres sont sans doute bloqués par manque de méthodologie. Pouvons nous, à partir de notre expérience, proposer une méthodologie pour d'autres départements.

Auparavant, ayons un aperçu des méthodes utilisées dans les départements qui ont refait leur sectorisation.

7.1 SECTORISATION DANS D' AUTRES DEPARTEMENTS

Les situations départementales en matière de sectorisation sont très diverses, allant d'une refonte complète de la sectorisation avec réduction du nombre des secteurs, jusqu'au statu quo sur les secteurs existants. Les cinq autres départements du Loiret sont en cours de discussion pour redéfinir leurs secteurs.

Une expérience intéressante de sectorisation de la garde des médecins généralistes a été réalisée à l'aide d'un système d'information géographique dans le département de la Seine – Maritime²⁷. Les secteurs ont été définis à partir de communes et ont été découpés selon une

²⁷ DRIEU C. MARY J.F. *Sectorisation de la garde des médecins libéraux, importance du SIG pour des propositions à la demande des médecins de Seine – Maritime*. Gestion Hospitalière, juin – juillet 2001, pp. 451 - 456

logique cantonale, sauf pour les grandes agglomérations. La sectorisation a pris en compte la densité de population, le nombre de médecins installés dans chaque commune, ainsi que les secteurs postaux. Le CDOM de ce département gère, par la connexion avec un serveur du réseau de l'aide médicale urgente, les tableaux de gardes par secteur et l'information au public des gardes mises à jour, vérifiées et validées.

7.2 PROPOSITION D'UNE METHODOLOGIE POUR D'AUTRES DEPARTEMENTS

Nous proposerons ici, sous forme d'un schéma, les grandes étapes chronologiques pour la mise en œuvre d'une sectorisation pour la permanence des soins.

Les détails de leurs mises en œuvre, ainsi que le rôle des différents acteurs impliqués, dépendent beaucoup du contexte local, mais peuvent toujours s'inspirer de la démarche décrite dans ce mémoire.

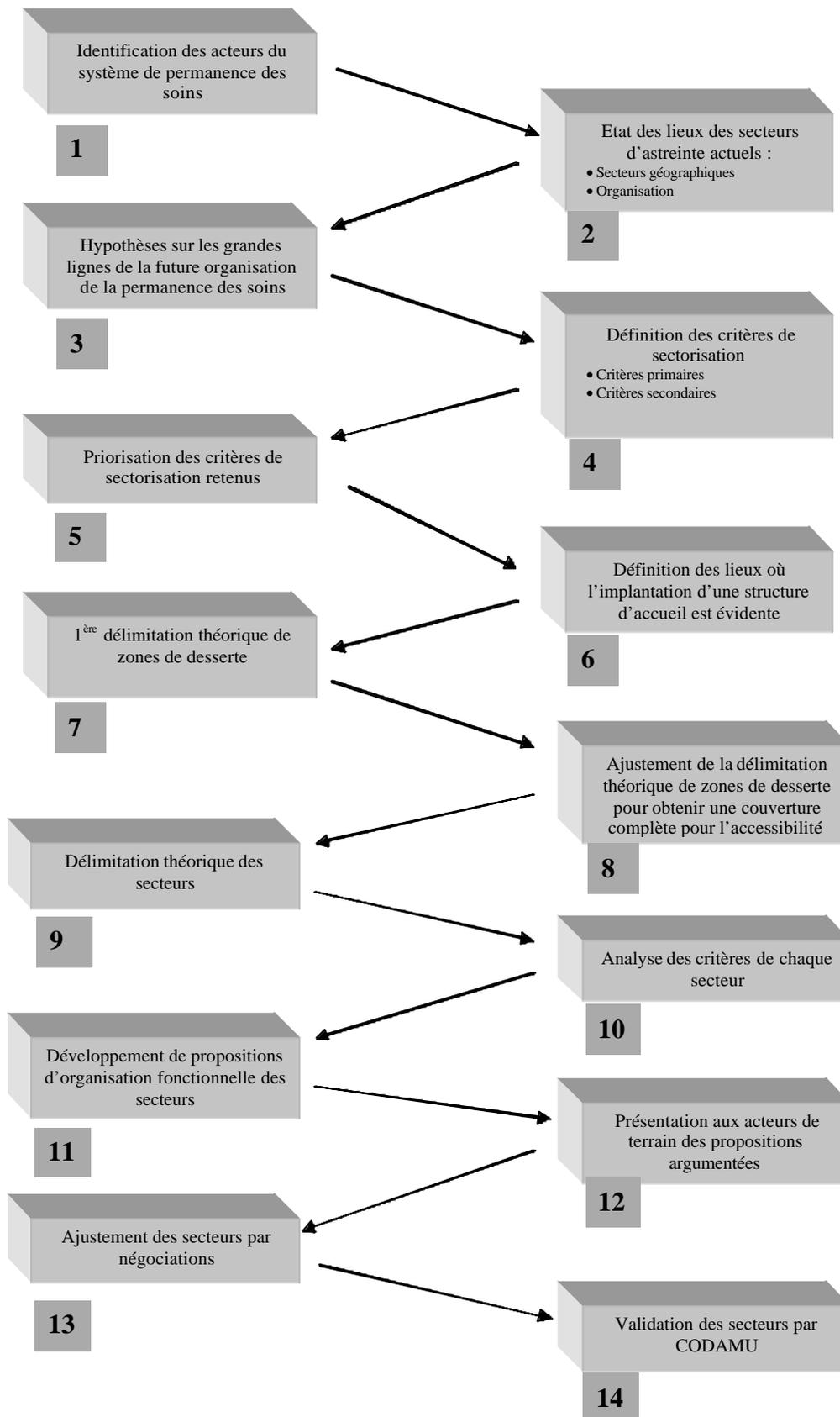


Schéma 4 : Les grandes étapes chronologiques d'une sectorisation pour la permanence des soins.

8 CONCLUSION

L'objectif de ce travail était de proposer au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Loiret une méthodologie pour optimiser la sectorisation actuelle des médecins généralistes pour assurer une permanence des soins acceptable par tous les acteurs.

Les hypothèses formulées au départ ont été à la base de nos réflexions et de construction de la démarche et ont pu être vérifiées.

Nous avons mis en évidence que les quarante secteurs délimités actuellement, n'assurent pas une couverture acceptable dans le cadre de la définition du concept de la permanence des soins. S'ils sont acceptables en terme d'accessibilité géographique pour les patients, l'accessibilité temporelle n'est pas assurée, les médecins généralistes n'acceptant plus les conditions d'organisation des gardes.

Ces problèmes d'accessibilité ont pu être objectivés à travers l'augmentation des plaintes des patients au Conseil de l'Ordre des Médecins et à la DDASS du Loiret, et également par l'analyse des appels au Centre 15 qui reçoit de plus en plus d'appels relevant de la médecine générale, suite à des renvois par les répondeurs des médecins généralistes.

L'impasse dans laquelle a conduit le mouvement conflictuel entre les médecins généralistes, institutions ordinales et étatiques a permis d'engager une démarche commune pour trouver une solution, malgré des objectifs divergents, sauf un, celui de l'obligation de moyens pour une prise en charge de qualité du patient.

A partir de cet objectif, nous avons choisi de construire une réflexion entre médecins dans un premier temps. C'est sous sa « casquette » médicale que le médecin - inspecteur de la DDASS a pu se positionner dans ce processus en tant qu'interface entre la structure ordinale et la structure étatique.

La notion de partenariat s'est développé au cours de cette démarche de restructuration de la permanence des soins : un véritable contrat moral s'est constitué entre les deux partenaires, avec un objectif commun et des engagements de chaque partie.

L'information, le dialogue et la négociation ont été les maîtres mots de toute la démarche et devront l'être aussi dans les prochaines étapes pour les rencontres de terrain avec les médecins généralistes. Notre démarche s'inscrit parfaitement dans celle de l'approche contractuelle, développée actuellement par l'OMS, avec une solution négociée, consensuelle, aboutissant à un véritable contrat écrit entre les médecins généralistes et les caisses d'assurance maladies.

Bibliographie

- AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DU CENTRE. *Evolution de la restructuration des urgences en région Centre*. 2002. 22 p.
- AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DU CENTRE. *Schéma régional de la région Centre SROS 2*. 1999. 141 p.
- BARATTA N. Urgences, des libéraux s'engagent. *Décision Santé*, 15 octobre 2000, n° 165, pp. 21-25.
- BEGUIN M., PUMAIN D. *La représentation des données géographiques : statistiques et cartographie*. Paris : Armand Colin, 1994. 192 p.
- BERTON E., DE ROQUEFEUIL L., PIERRE-LOUIS J. Analyse de la mobilité géographique de la clientèle des médecins libéraux en 1997. *Dossiers Etudes et Statistiques*, 1998, n° 40, 105 p.
- BETHULEAU P. *Rapport d'activités 2002 du SAMU 45 – SMUR - Janvier 2003*
- CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS ET SALARIES. *Mise en œuvre du protocole national sur la permanence des soins*. Circulaire n° 71/2002 du 3/05/2002.
- CHANTELOUP M., GADEL G. Les appels d'urgence au centre 15 en 1997. *Etudes et résultats (DRESS)*, mars 2000, n° 55, pp. 5-7.
- 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. 181 p.
- Circulaire DHOS/SDO/2002/399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. Gardes et urgences : comment assurer la continuité des soins ? *Bulletin de l'Ordre des médecins*, septembre 200, n° 7, pp. 10-12.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. *L'exercice libéral face à la permanence des soins*. Rapport du CNOM, 2001, 41 p.
- CORVEZ A., VIGNERON E. Santé publique et aménagement du territoire : piste de réflexion pour l'action. *Actualité et dossier en santé publique*, 1999, n° 29, pp. 20-22.

- DE SAINT ROMAN H. Permanence des soins : la grève des gardes a complètement modifié la donne. *Le quotidien du médecin*, 18 novembre 2002, n° 7220, pp. 3.
- DEBAISIEUX F. *La sectorisation géographique : outil de planification de la prise en charge des urgences dans l'Aisne*. Mémoire pour le diplôme de médecin – inspecteur de santé publique : Ecole nationale de santé publique Rennes, 1991.
- Décret n° 95 – 647 du 9 mai 1995 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé, Journal officiel du 10 mai 1995, 27 - 32
- Décret n° 97 – 615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé, Journal officiel du 1^{er} juin 1997, 211 – 6.
- 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 », Journal officiel du 10 mai 1995, 33 – 37.
- Démographie médicale : peut-on évaluer les besoins en médecins ?* CREDES – CNAMTS. Séminaire du 11 octobre 2000, CREDES, mars 2001, n° 1341, 126 p.
- DESCOURS C. *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins*. 22 janvier 2003, 20p.[visité le 12.02.2003]. Disponibilité sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/index.htm>
- DESPLANQUES A., VANIER M., GRANJON M., Les découpages du territoire : maillage du savoir, du pouvoir et de l'action. *INSEE Méthodes*, octobre 1997, vol. 76-78, 415 p.
- DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins programmés. *Etudes et Résultats*, juillet 2000, n° 72, pp. 1- 8.
- DOSSIER SPECIAL «GEOGRAPHIE DE LA SANTE ». *Actualités et dossiers en santé publique*, Juin 1997, numéro 19.
- DRASS DE LA REGION CENTRE. *La démographie des médecins de la région Centre de 1984 à 2020*, service statistique régional, septembre 2002.
- DRIEU C. MARY J.F. Sectorisation de la garde des médecins libéraux, importance du SIG pour des propositions à la demande des médecins de Seine – Maritime. *Gestion Hospitalière*, juin – juillet 2001, pp. 451 – 456.
- ECOLE NATIONALE DE SANTE PUBLIQUE. *Santé et territoire : réalité et utilité de l'approche géographique en santé*. Mémoire ENSP du module interprofessionnel de santé (MIP), 2001. 52 p.

- FICHEUX D. Maisons médicales de garde, mais ça marche ! *Panorama du médecin*, 24 octobre 2002, n° 4865, pp. 30-33.
- HOERNI B. Avis public du CNOM sur la permanence des soins. *Lettre ouverte au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité, au Ministre de l'Intérieur, au Ministre délégué à la santé, 5 octobre 2001*. Conseil national de l'Ordre des médecins. [visité le 23.09.2002]. Disponible : <<http://www.conseil-national.medecin.fr/CNOM/Actu.nsf/>>.
- JAFFEUX P. *Attraction hospitalière des établissements de la région Auvergne et détermination des bassins de santé*. DESS Epidémiologie appliquée : Université Joseph Fourier, La Tronche, septembre 1998. 22 p.
- KELLER B. Les leçons d'un conflit. *Décision santé*, janvier 2002, vol. 181, pp. 9.
- LE QUOTIDIEN DU MEDECIN. *Une enquête dans l'Essonne : les médecins considèrent la garde comme une mission de service public*. N° 7210 du jeudi 31 octobre 2002.
- LEDESERT B., BOULAHTOUF H. Simulations d'implantation des SMUR en Languedoc-Roussillon. *Rapport de l'Observatoire Régional de la Santé du Languedoc-Roussillon*, Montpellier, mai 2000, 41 p.
- LEDESERT B., VERDIER R., GINET C. , et al. Parcours de soins et devenir des patients pris en charge dans les établissements de santé du Languedoc-Roussillon. *Rapport de l'Observatoire Régional de la Santé du Languedoc-Roussillon*, Montpellier, avril 1998, 241 p.
- Loi n° 86 – 11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, Journal officiel du 7 janvier 1986, pp.327 – 329.
- LUCAS J. L'exercice médical face à la permanence des soins. *Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 23 juin 2001*, 44p. [visité le 23.09.2002]. Disponible : <<http://www.conseil-national.medecin.fr/CNOM/Actu.nsf/>>.
- LUCAS J. Pour une lecture modernisée de l'article 77. *Bulletin de l'Ordre des médecins*, septembre 2002, p.4.
- LUCAS J. Quel schéma d'organisation pour la permanence des soins. *Bulletin de l'Ordre national des médecins*, octobre 2001, n° 8, pp. 1-3.
- LUCAS V., TONNELIER F. *Distances d'accès aux soins en 1990*. Paris : CREDES, 1995. 59 p.
- LUCAS-GABRIELLI V., NABET N., TONNELIER F., *Les soins de proximité : une exception française ?* CREDES, juillet 2001, n° 1354, pp. 17-18.

- MOREL P. La fin de l'obligation des gardes ? *Le Généraliste*, 18 juin 2002, n° 2211, pp. 3-5.
- ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Tableaux récapitulants divers projets mis en œuvre dans les départements dans le domaine de la permanence des soins et de la réponse aux urgences. *Circulaire n° 2002-103 du 5 novembre 2002*.
- PENEAU C. Rennes expérimente le cabinet de garde collectif. *Impact médecin hebdo*, 19 octobre 2001, n° 552, pp. 103.
- PICHERAL H. Cartes et relations, usages et usagers des cartes sanitaires. *Les politiques sociales*, 1999, n° 1-2, pp. 87-99.
- PICHERAL H. *Dictionnaire raisonné de géographie de la santé*. Montpellier: édition GEOS, 2001.
- PICHERAL H., BAILLY A.S. Les concepts de la géographie humaine - *La géographie de la santé*. Paris : Masson, 1984, pp. 147-156.
- PICHERAL H., LESTIENNE A., CASH E., et al. Santé et territoire. *Technologie et santé*, décembre 2002, vol. 45, 100 p.
- PICHERAL H., SALEM G. De la géographie médicale à la géographie de la santé – Bilan et tendance de la géographie française. *Cahier GEOS*, 1992, n° 22, pp. 1-44.
- Protocole d'accord entre les trois caisses nationales d'assurance maladie et le syndicat de médecins généralistes MG France. *Journal Officiel* du 1^{er} février 2002.
- Protocole national sur la permanence des soins entre l'Etat, le Conseil National de l'Ordre des médecins et l'Assurance maladie*. Communiqué du Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1^{er} mars 2002. [visité le 23.09.2002]. Disponible : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/31_020301b.htm
- QUILLE F. Gardes : les médecins du Nord-Pas-de-Calais pour des maisons médicales. *Le quotidien du médecin*, 26 novembre 2002, n° 7226, pp. 5.
- SALEM G. Espace, santé et territoire en zone intertropicale. *Cahier de Santé Publique*, 1998, pp. 419-420.
- STEG A., *L'urgence à l'hôpital*, rapport du Conseil économique et social, Paris, 1989.
- STEG A., *L'urgence médicale*, Rapport du Conseil économique et social, Paris, 1984
- STEG A., *La médicalisation des urgences*, rapport de la Commission nationale de restructuration des urgences, Paris, 1993.
- SYNDICAT NATIONAL DES JEUNES MEDECINS GENERALISTES. *Infos grève – généralistes*, [visité le 04.02.2003]. Disponible sur Internet : <<http://www.snjmg.com/infos/grevem.html>>

- TONNELIER F. Cartes et relations, cartes et santé : atlas académiques ou cartes d'état major. *Les politiques sociales*, 1999, n° 1-2, pp. 100-109.
- TONNELIER F., VIGNERON E. *Géographie de la santé en France*. Paris : Edition PUF, 1999. 127 p. Collection « Que sais – je ».
- TOUSSAINT J.M. Ouverture de nouvelles structures de soins : la modélisation géographique comme solution. *Gestion Hospitalière*. Juin-juillet 2001. pp 408-410.
- UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCES MALADIES DE BRETAGNE (URCAM). *Les bassins de santé en Bretagne*. Rennes : URCAM, 2000. 100 p.
- VIGNERON E. Les noces d'Asclépios et de Gaïa : géographie et santé publique. *Santé publique*, Ellipses, Paris, 2000. 679 p.
- VIGNERON E., CORVEZ A., SAMBUC R. Santé et territoires : les enjeux du futur à l'horizon 2020. *Territoires 2020*, juin 2001, n°3, pp. 87-89.
- VIGNERON E., GUIGOU J.L. *Distance et santé*. Paris : Presses Universitaires de France, 2001. 127 p. Médecine et société.

Liste des annexes

Annexe 1 Analyse des facteurs influant sur un découpage en secteurs pour la permanence des soins

Annexe 2

Carte A : Temps d'accès aux SMUR de la région Centre

Carte B : Temps d'accès aux SMUR de la région Centre et des départements limitrophes

Carte C : Les 40 secteurs fonctionnels existants et leurs communes (Département du Loiret) : proposition 1

Carte D : Les 9 secteurs de la proposition 2 – étape 1 et leurs communes (Département du Loiret)

Carte E : Les secteurs de la proposition 2 – étape 2 et leurs communes (Département du Loiret)

Carte F : Les secteurs de la proposition 3 et leurs communes (Département du Loiret)

Annexe 3 Méthode de calcul pour estimer le nombre minimal de médecins pour assurer une garde sur un secteur

ANNEXE 1

ANALYSE DES FACTEURS INFLUANT SUR UN DECOUPAGE EN SECTEURS POUR LA PERMANENCE DES SOINS

	FACTEURS	ANALYSE	DECISION	RETENU COMME :
	Facteurs institutionnels			
1	Prise en compte des limites du département	Les patients ont un sentiment d'appartenance à un département (problème de recrutement de patientèle pour les médecins généralistes installés aux limites départementales).	Respect des limites départementales : sera un préalable et non un critère (voir aussi facteur 6)	Préalable
2	Prise en compte des limites des arrondissements	Entités administratives peu perçue par les acteurs de santé	Non retenu comme critère	Non retenu
3	Prise en compte des limites des cantons	Entités administratives peu perçue par les acteurs de santé	Non retenu comme critère	Non retenu
4	Prise en compte des limites des communes	Entité de base administrative, avec des élus, avec une forte reconnaissance, un sentiment d'appartenance. Possibilité de financement intercommunaux (prise en charge d'une structure médicale par exemple)	Retenu comme entité de base de la sectorisation, indivisible : sera un préalable et non un critère	Préalable
	Facteurs organisationnels			
5	Couverture géographique	Elle doit être totale pour le département, sans lacune ni chevauchement entre les secteurs.	Couverture géographique totale	Préalable
6	Prise en compte des limites des secteurs sanitaires	Cette entité opérationnelle, défini par l'ARH, aurait pu être une base de sectorisation dans la mesure où elle est regroupée l'ensemble des acteurs de la santé (?) dans le cadre des conférences de secteurs. Dans le Loiret, le secteur sanitaire est le département.	Respect des limites départementales pour une facilité d'organisation	Préalable
7	Prise en compte des secteurs actuels	Entité opérationnelle construite sur une base d'accessibilité géographique, de flux de patientèle, de liens confraternels entre médecins libéraux.	Entité à conserver et à ne pas couper si possible	Critère

FACTEURS	ANALYSE	DECISION	RETENU COMME :
8 Seuil de population minimum	Si on part sur la base de 10 à15 consultations par jour (moyenne des maisons médicales existantes) , avec une estimation de 0,1 nouveau cas /an / habitant pour les urgences médicales, la taille minimale de la population du secteur devrait être comprise entre 36.500 et 54.750 habitants. Le C15 recevant en moyenne annuelle 7 appels par jour relevant de la médecine générale, et si on estime que cela représenterait 50% des urgences médicales de médecine générale, le chiffre de 15 consultations par jour pourrait être plausible comme hypothèse de travail.	Seuil minimum de population retenu : 36.000 habitants. Pour une population du département de 618.000 habitants, cela correspondrait environ à la délimitation de 17 secteurs. Si on considère l'agglomération d'Orléans comme un secteur plus peuplé, on peut retenir le chiffre de 10 secteurs comme base de travail.	Critère I
9 Lieu d'implantation de la structure d'accueil des urgences médicales.	Préalable accepté d'un seul lieu d'accueil par secteur. Ce lieu doit être accessible facilement, correspondre à une habitude de déplacement des gens du secteur si possible, être le plus central possible par rapport au secteur.	Choisir en priorité les villes où se font les flux administratifs et économiques	Critère I
10 Temps d'accès à la structure	Sur la base des pathologies les plus urgentes, de leur gravité, de leur pronostic selon le délai d'intervention (la référence de base a été l'infarctus du myocarde), de manière empirique le temps moyen acceptable pour un accès à un médecin généraliste a été estimé à 20 minutes.	Temps moyen retenu de 20 minutes.	Critère I
11 Distance par rapport à la structure d'accueil des urgences médicales.	Critère de base mais dépendant de l'état du réseau routier : le temps est un critère plus opérationnel.	Critère indirect, non retenu	Non retenu
12 Infrastructures routières	A corrélér avec la distance et le temps d'accès : pris en compte dans le calcul de ce dernier. A prendre en compte dans un second temps, une fois les secteurs définis dans le cadre des habitudes de trajet.	Critère indirect retenu pour seconde analyse	Critère II
13 Réseau fluvial	A corrélér avec la distance et le temps d'accès : pris en compte dans le calcul de ce dernier. A prendre en compte dans un second temps, une fois les secteurs définis dans le cadre des habitudes de trajet.	Critère indirect retenu pour seconde analyse	Critère II
14 Nombre de médecins par secteur	Une méthode d'estimation a été développée en annexe n° 3, sur la base d'un nombre minimum de médecins par astreinte, d'un nombre acceptable de gardes annuelles par médecin, d'un pourcentage attendu de participation aux astreintes sur la base du volontariat (référence à une enquête départementale).	Le nombre minimum de 32 médecins par secteurs a été retenu.	Critère I

	FACTEURS	ANALYSE	DECISION	RETENU COMME :
15	Densité médicale	La densité médicale optimale retenue par le Ministère de la Santé est de 1 médecin pour 1000 habitants. Pour être réaliste dans le contexte du département du Loiret, nous retiendrons comme acceptable une densité comprise entre 0,8 et 1 médecin pour 1000 habitants.	Densité retenue comprise entre 0,8 et 1 médecin pour 1000 habitants.	Critère I
16	Existence d'associations de médecins spécialisées dans l'urgence	Elles couvrent déjà des secteurs définis, sont organisées et connus du public. Travail d'abord dans une optique de rentabilité économique avant celle de la santé publique. Ne serait pas prise en compte financièrement dans le cadre de l'appui de la CPAM.	Partenaire à inclure dans les discussions, mais leur réseau géographique préexistant ne sera pas un élément décisif pour le découpage sectoriel. A prendre en compte dans un second temps dans l'organisation	Critère II
17	Taux de recours aux soins	Facteur difficile à apprécier dans le cadre de l'urgence vraie, car les parcours sont différents de ceux des soins non urgents. Facteur intéressant à retenir dans le cadre des indicateurs pour l'évaluation du système qui sera mis en place.	Facteur non discriminant pour un découpage sectoriel.	Indicateur d'évaluation
18	Pyramide des âges de la population générale	Si le recours aux soins est plus important dans certaines classes d'âge de la population, ce facteur « âge » n'a pas été jugé assez discriminant pour une délimitation géographique.	Facteur non discriminant pour un découpage sectoriel.	Non retenu
19	Pyramide des âges de la population des médecins généralistes.	Facteur fondamental dans les astreintes mais difficilement exploitable : les vieux médecins seraient –ils plus enclins à prendre des astreintes car ont toujours fonctionné ainsi ou au contraire peu enclins par fatigue ou lassitude ? Quel influence pouvons nous avoir sur la démographie médicale départementale, à court terme ?	Facteur à retenir dans le cadre d'une supposition seulement.	Supposition

	FACTEURS	ANALYSE	DECISION	RETENU COMME :
20	Conditions techniques de fonctionnement	Facteurs très discutés mais qui sont des préalables ou des suppositions. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Astreinte sur base du volontariat ➤ Pas de visite à domicile lors des astreintes ➤ Régulation téléphonique par le C 15 ➤ Pas d'astreinte la nuit de 0h à 8h. ➤ Rémunération acceptable... 	Aucune condition retenue comme critère.	Préalable Supposition
21	Continuité et globalité des soins.	Déterminants fondamentaux du système de permanence des soins. La continuité de la prise en charge avec les pharmacies, les SMUR, les ambulances, les structures d'urgences hospitalières seront à prendre en compte dans un second temps pour ajuster la sectorisation par l'analyse plus précise de l'organisation de chaque secteur. La globalité sera un objectif à plus long terme à développer dans le cadre de l'organisation de réseaux de soins de secteurs par exemple.	Facteurs de continuité intégrés dans d'autres critères.	Critère II
22	Corrélation avec d'autres sectorisations du système de soins	Nécessité de relations opérationnelles avec le SMUR, les ambulanciers privés, les pharmacies : des cartes de secteurs existent pour les astreintes. Pas d'obligation d'avoir une superposition des secteurs : seulement une parfaite connaissance de leurs limites et de leur fonctionnement par les acteurs départementaux. Au sein de chaque secteur, une bonne coordination devra être privilégiée entre les astreintes médicales et celles des pharmacies de garde.	Facteurs à prendre en compte seulement pour le fonctionnement des secteurs.	Critère II
23	Référence à un SAU ou UPATOU.	Importance de la relation avec une structure d'urgence pour la prise en charge des cas entre 0h et 8h, tranche horaire dans laquelle aucune astreinte des médecins généralistes ne serait assurée. Chaque secteur devrait être intégré dans le système de référence hospitalière, au moins par une convention implicite. La sectorisation des SMUR devra sans doute être adaptée suite à la sectorisation pour les astreintes des médecins généralistes.	Corréler chaque secteur à un SAU ou une UPATOU	Critère I

	FACTEURS	ANALYSE	DECISION	RETENU COMME :
	Facteurs d'acceptabilité			
24	Temps que le patient est prêt à accepter pour avoir accès à un médecin d'astreinte	Les différentes études sur l'accessibilité n'ont pas montré de renoncement aux soins pour des raisons d'accessibilité, du moins dans le cadre des fourchettes de distance et de temps qui nous préoccupent. Dans le cadre des urgences, le patient utilise le service de santé le plus proche.	Ce facteur ne sera donc pas retenu pour la délimitation géographique des secteurs	Non retenu
25	Nombre d'astreinte acceptable par chaque médecin pour une période donnée	Des discussions entre médecins il ressort que ces derniers accepteraient de une à deux astreintes de 12h par mois, sous conditions de rémunérations acceptables et sécurité assurée. Le calcul relatif au facteur n°14 du nombre de médecins nécessaire par secteur tient compte de cette remarque.	Facteur indirect retenu dans le critère n° .	Critère II
26	Acceptabilité politique	<p>La perte d'une astreinte de proximité pourrait poser problème à certains élus, mais ce facteur est atténué par :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Le fait que beaucoup de médecins n'assurent pas actuellement leurs astreintes. ➤ Le fait qu'une réduction des secteurs, malgré leur agrandissement et donc une moins bonne accessibilité géographique théorique, s'accompagnera d'une réorganisation complète des astreintes qui devraient rencontrer l'approbation des médecins généralistes si des mesures d'accompagnement telle que la rémunération sont acceptées. <p>Le lieu d'implantation de la structure sera peut être plus problématique dans son acceptation si la ville n'est pas la plus importante du secteur, mais par exemple mieux placée géographiquement.</p>	Facteur non retenu.	Non retenu
27	Dynamique locale d'organisation	Ce facteur devra être respecté et la sectorisation négociée sur la base de l'organisation mise en place. Deux maisons médicales sont en cours de création dans le département, à Montargis et Pithiviers.	Retenir Montargis et Pithiviers comme lieu d'implantation de structures d'accueil des urgences médicales.	Critère II
28	Flux habituel des patients	Facteur essentiel qui est pris en compte dans plusieurs critères (...) et qui pourrait même faire l'objet d'une hypothèse de sectorisation basée sur les bassins de vie.	Faire une hypothèse de travail à part entière basée sur les bassins de vie.	Critère II Hypothèse

ANNEXE 2 (non publiée)

- Carte A :** Temps d'accès aux SMUR de la région Centre
- Carte B :** Temps d'accès aux SMUR de la région Centre et des départements limitrophes
- Carte C :** Les 40 secteurs fonctionnels existants et leurs communes (Département du Loiret) : proposition 1
- Carte D :** Les 9 secteurs de la proposition 2 – étape 1 et leurs communes (Département du Loiret)
- Carte E :** Les secteurs de la proposition 2 – étape 2 et leurs communes (Département du Loiret)
- Carte F :** Les secteurs de la proposition 3 et leurs communes (Département du Loiret)

ANNEXE 3

METHODE DE CALCUL POUR ESTIMER LE NOMBRE MINIMAL DE MEDECINS POUR ASSURER UNE GARDE SUR UN SECTEUR

Hypothèse pour un secteur :

- 1 médecin de garde du lundi au vendredi de 19h à 24h
- 1 médecin de garde le samedi de 14h à 24 h
- 1 médecin de garde le dimanche de 8h à 24 h
- 1 médecin par jour férié (environ 10 jours fériés par an)

Si nous considérons que le médecin des jours fériés peut être un des autres médecins, un minimum de 3 médecins serait nécessaire par semaine.

Calcul du nombre de médecins nécessaire par secteur

Nous nous sommes basés sur les résultats de l'enquête effectuée par le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins qui montrait que 40% des répondants à l'enquête seraient volontaires pour continuer à assurer des gardes.

Pour 1 garde par an

3 médecin par semaine pour 52 semaines = 156 équivalent médecin par an

sur la base du volontariat à 40% (enquête) → $156 / 0,40 = 390$ médecins nécessaires par secteur

Pour 1 garde par trimestre :

$156 / 4 = 39$ médecins

sur la base volontariat à 40% (enquête) → $39 / 0,40 = 97$ médecins nécessaires par secteur

Pour 1 garde par mois

$156 / 12 = 13$ médecins

sur la base volontariat à 40% (enquête) → $13 / 0,40 = 32$ médecins nécessaires par secteur

Cette dernière hypothèse a semblé acceptable et correspond d'ailleurs au chiffre retenu par le département d'Ille et Vilaine pour sa sectorisation (30 à 35 médecins par secteur).