

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin inspecteur de santé publique

Promotion - 2003

**LA PERMANENCE DES SOINS DE VILLE
DANS LE DEPARTEMENT DE L'AIN
Le volontariat des médecins généralistes :
un pari risqué ?**

Bruno MOREL

Remerciements

Je remercie sincèrement pour leur aide toutes les personnes qui de près ou de loin ont contribué aux différentes étapes de la réalisation de ce travail et tout particulièrement :

- M. THIELLET, directeur de la DDASS de l'Ain
- Dr SCHOULER, médecin inspecteur de santé publique (DDASS 01)
- Le personnel de la DDASS 01
- Dr BUCHER, président de l'APSUM 01
- Dr DE HAAS, secrétaire général de MG-France et vice-président de MG-France 01
- Dr PONCELIN, responsable du SAMU 01
- Mme HGOBURU, responsable de département (CPAM 01)
- M. MARIE (MSA 01)
- M. RONCO (CMR Rhône-Alpes)
- Mme MALBOS (URCAM Rhône-Alpes)
- Toutes les personnes qui ont accepté d'être interviewées
- L'équipe "mémoire" de l'ENSP et spécialement Mme QUELIER
- Mes collègues médecins inspecteurs stagiaires de la promotion 2002-2003

Sommaire

1 INTRODUCTION GENERALE	1
2 CONTEXTE	5
2.1 DÉFINITION DES CONCEPTS	5
2.1.1 LES SOINS DE VILLE	5
2.1.2 LA PERMANENCE DES SOINS	6
2.2 L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS	9
2.2.1 LES BASES RÉGLEMENTAIRES : UNE BASE JURIDIQUE TRÈS RÉCENTE À LA PERMANENCE DES SOINS	9
2.2.2 LES ACTEURS	11
2.3 LES RAPPORTS D'EXPERTS :	16
2.3.1 LES RAPPORTS DES ANNÉES 1990 : DES PROPOSITIONS TOUJOURS D'ACTUALITÉ.	16
2.3.2 LES RAPPORTS DES ANNÉES 2000	17
2.4 LES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES RÉCENTES	21
2.4.1 LES ÉVOLUTIONS CONVENTIONNELLES	21
2.4.2 LE PROTOCOLE NATIONAL SUR LA PERMANENCE DES SOINS ENTRE L'ÉTAT, LE CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS ET L'ASSURANCE MALADIE SIGNÉ LE 1 ^{ER} MARS 2002	23
2.4.3 LA CIRCULAIRE DHOS/SDO N° 2002-399 DU 15 JUILLET 2002 RELATIVE À LA PERMANENCE DES SOINS EN VILLE	24
2.4.4 L'AVANT PROJET DE DÉCRET RELATIF AUX MODALITÉS D'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS ET AUX CONDITIONS DE PARTICIPATION DES MÉDECINS À CETTE PERMANENCE	24
2.5 LA PERMANENCE DES SOINS DANS L'AIN : UNE ORGANISATION QUI ÉVOLUE	25
3 MATÉRIEL ET MÉTHODES	28
3.1 LE QUESTIONNEMENT ET LES HYPOTHÈSES	28
3.2 LES MÉTHODES	29
3.2.1 LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	29
3.2.2 LE RECUEIL DE DONNÉES QUANTITATIVES	29
3.2.3 LE RECUEIL DE DONNÉES QUALITATIVES	30

4	LES RÉSULTATS	31
<hr/>		
4.1	LES SOURCES DE DONNÉES QUANTITATIVES	31
4.1.1	LES DONNÉES DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE	31
4.1.2	LES DONNÉES DU CENTRE 15	32
4.2	LES SOURCES DE DONNÉES QUALITATIVES	32
4.2.1	LES RÉUNIONS	32
4.2.2	LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	32
4.2.3	LES REPRÉSENTANTS D'INSTITUTIONS OU D'ORGANISATIONS	33
4.3	LA PERMANENCE DES SOINS , UNE COMPÉTENCE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	33
4.3.1	UNE APPROCHE QUANTITATIVE DE L'ACTIVITÉ DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE PENDANT LA PERMANENCE DES SOINS	33
4.3.2	LA PERCEPTION PAR LES GÉNÉRALISTES DE L'ADÉQUATION ENTRE LEURS COMPÉTENCES ET L'ACTIVITÉ AU COURS DE LA PERMANENCE DES SOINS	37
4.4	LA PERMANENCE DES SOINS : UNE ACTIVITÉ VÉCUE COMME UNE OBLIGATION PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE	38
4.5	LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET LE VOLONTARIAT	40
4.5.1	LES MÉDECINS NE CROIENT PAS AU VOLONTARIAT	40
4.5.2	LA MOITIÉ DES MÉDECINS SE DÉCLARE NON VOLONTAIRES	42
4.5.3	LES MESURES INCITATIVES AU VOLONTARIAT	44
5	DISCUSSION	50
<hr/>		
5.1	LIMITES MÉTHODOLOGIQUES DE L'ÉTUDE	50
5.1.1	LES LIMITES DES DONNÉES QUANTITATIVES	50
5.1.2	LA NON-REPRÉSENTATIVITÉ DES MÉDECINS ENQUÊTÉS	50
5.1.3	LIMITES ET INTÉRÊT DES ENTRETIENS	51
5.2	LE VOLONTARIAT DES MÉDECINS : UN PARI RISQUÉ	51
5.2.1	LA PERMANENCE DES SOINS : DES ACTIVITÉS DIFFICILES À CHIFFRER ET DES DONNÉES DISCORDANTES	51
5.2.2	LA PERMANENCE DES SOINS : DE L'URGENCE VITALE À L'URGENCE DE CONFORT	53
5.2.3	LE VOLONTARIAT : UNE REVENDICATION SYNDICALE ET NON UNE REVENDICATION DE LA BASE	54
6	RECOMMANDATIONS	59
<hr/>		
6.1	PRENDRE DES MESURES PERMETTANT DE RÉDUIRE LA CHARGE DE TRAVAIL DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES PENDANT LA PERMANENCE DES SOINS	59

6.1.1	PRENDRE DES MESURES VISANT À RÉDUIRE LA DEMANDE DE SOINS	59
6.1.2	OPTIMISER L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS	60
6.1.3	OUVRIR LE DÉBAT SUR LA RECONNAISSANCE D'UN REPOS DE SÉCURITÉ POUR LES LIBÉRAUX	63
6.2	ASSOCIER, AU SEIN DU SOUS -COMITÉ MÉDICAL DU CODAMU, LES MÉDECINS DE L'ASSURANCE MALADIE ET DU CONSEIL GÉNÉRAL	63
6.3	ASSURER LA LÉGITIMITÉ DE L'ORDRE ET DU CODAMU POUR ÉVITER SI POSSIBLE LE RECOURS AUX RÉQUISITIONS	64
7	CONCLUSION	64
<hr/>		
	Bibliographie	65
<hr/>		
	Liste des annexes	70
<hr/>		

Liste des sigles utilisés

Agence régionale d'hospitalisation	A.R.H.
Association des permanences de soins et urgences médicales de l'Ain	A.P.S.U.M.
Bourg secours santé	B.S.S.
Bourg urgences médicales	B.U.M.
Caisse maladie régionale des professions indépendantes	C.M.R.
Caisse primaire d'assurance maladie	C.P.A.M.
Capacité d'aide médicale urgente	C.A.M.U.
Centre hospitalier	C.H.
Code de la santé publique	C.S.P.
Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé	C.R.A.E.S.
Comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires	C.O.D.A.M.U.
Comité départemental de l'aide médicale urgente, des transports sanitaires et de la permanence des soins	C.O.D.A.M.U.P.S.
Conseil départemental de l'ordre des médecins	C.D.O.M.
Conseil national de l'ordre des médecins	C.N.O.M.
Direction départementale de l'action sanitaire et sociale	D.D.A.S.S.
Fonds d'aide à la qualité des soins de ville	F.A.Q.S.V.
Inspecteur des affaires sanitaires et sociales	I.A.S.S.
Médecin inspecteur de santé publique	M.I.S.P.
Mutualité sociale agricole	M.S.A.
Permanente auxiliaire de régulation médicale	P.A.R.M.
Pôle spécialisé d'accueil des urgences	P.O.S.U.
Schéma régional d'organisation sanitaire	S.R.O.S.
Service d'accueil des urgences	S.A.U.
Service d'aide médicale urgente	S.A.M.U.
Service départemental d'incendie et de secours	S.D.I.S.
Service mobile d'urgence et de réanimation	S.M.U.R.
Union régionale de médecins libéraux	U.R.M.L.
Union régionale des caisses d'assurance maladie	U.R.C.A.M.
Unité de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences	U.P.A.T.O.U.

1 INTRODUCTION GENERALE

La permanence des soins : un dossier d'actualité

L'organisation de la permanence des soins est un des enjeux majeurs de notre système de santé. Les services d'urgence sont surchargés par un nombre croissant de patients se présentant spontanément¹ et pour des pathologies de faible niveau de gravité (la fréquentation des services d'urgence a augmenté de 45 % entre 1990 et 1998 alors que le pourcentage d'hospitalisations liées à un passage dans ces services d'urgence n'a augmenté dans le même temps que de 1 % par an²). La grogne des usagers et des professionnels de santé est ainsi depuis plusieurs années croissante. Les usagers se plaignent des délais de prise en charge dans les services d'urgence³ comme dans les soins de ville. La prise en charge des urgences fait l'objet d'attaques médiatiques répétées. Les urgentistes hospitaliers menacent de cesser le travail. Les médecins généralistes ont pour leur part, entamé à l'automne 2001 une grève des gardes et des urgences très largement suivie jusqu'à l'été 2002 et qui persiste encore dans quelques départements. Même si ce mouvement était initié pour des revalorisations d'honoraires, il a servi, aux pouvoirs publics mais également à la profession elle-même, de révélateur des contraintes et des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans l'exercice de la permanence des soins.

La permanence des soins : une compétence partagée par différents acteurs (annexe 1)

Une permanence des soins est assurée notamment par les médecins libéraux, le secteur hospitalier et les services départementaux d'incendie et de secours. Mais, comme le souligne la Cour des Comptes⁴, en raison de bases réglementaires différentes, de modes de financement cloisonnés et de tutelle distincte, leur fonctionnement se caractérise par un manque de coordination.

¹ CARRASCO V., BAUBEAU D. "Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale". Etudes et résultats, DREES, janvier 2003, n°212, pp1-8.

² POINDRON P-Y. "Le grand casse-tête des gardes et des urgences". Le Concours Médical, 2001, vol . 123, n°14, pp. 991-993.

³ BAUBEAU D., CARRASCO V. "Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières". Etudes et résultats, DREES, janvier 2003, n°215, pp1-12.

⁴ Cour des Comptes. Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale 2001.

Les médecins libéraux sont tenus par le code de déontologie, dont le conseil départemental de l'ordre des médecins (C.D.O.M.) est le garant, d'assurer une permanence des soins ; ils dépendent des Unions régionales des caisses d'assurance maladie (U.R.C.A.M.) et des Unions régionales des médecins libéraux (U.R.M.L.).

Récemment, les structures d'accueil des urgences ont connu d'importantes évolutions réglementaires. Hiérarchisées en pôles spécialisés d'accueil des urgences (P.O.S.U.), en services d'accueil des urgences (S.A.U.) et en unités de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (U.P.A.T.O.U.) elles ont pour mission l'accueil et le traitement, 24 heures sur 24, tous les jours de l'année, de toutes les urgences y compris psychiatriques. Elles sont comme les services d'aide médicale urgente (S.A.M.U.) et les services mobiles d'urgence et de réanimation (S.M.U.R.) sous tutelle de l'Agence régionale d'hospitalisation (A.R.H.). Leur financement provient d'une dotation globale pour les établissements publics et d'une rémunération forfaitaire de l'activité d'urgence pour les établissements privés.

Le service départemental d'incendie et de secours (S.D.I.S.) intervient dans une logique de prompt secours. Il a la responsabilité des secours en cas d'évènements accidentels et est placé sous l'autorité du préfet.

De nombreux autres professionnels de santé (transporteurs sanitaires, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, masseurs kinésithérapeutes..) organisent également une permanence des soins.

Une coordination insuffisante des acteurs soulignée dans plusieurs rapports^{5,6,7}

En milieu hospitalier, la prise en charge des urgences a fait l'objet dans les dix dernières années de plusieurs rapports au gouvernement. Ces rapports, commandés pour proposer des solutions aux problèmes des services d'urgence devenus, en milieu urbain, la structure de premier recours des patients, soulignent la nécessité d'une meilleure articulation entre l'hôpital et la médecine libérale.

En milieu libéral, l'organisation de la permanence des soins de ville est confrontée à des difficultés bien identifiées^{8,9,10,11} qui soulignent la nécessité d'une réforme : baisse

⁵ STEG A. Commission nationale de restructuration des urgences. " Rapport sur la médicalisation des urgences ", Septembre 1993

⁶ BARRIER G. " Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences ". Septembre 1994.

⁷ NICOLLE D. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. "Rapport sur les groupes de travail sur les urgences". Octobre 2001.

progressive de la démographie médicale, féminisation de la profession, développement des activités à temps partiel ou des modes d'exercice particulier (acupuncture, homéopathie...). Ces difficultés structurelles sont aggravées par l'absence de régulation de la demande des patients. Ceux-ci, en effet, bénéficient d'un libre accès au système de soins. Devenant plus complexe et plus judiciaire, confronté à l'émergence de l'urgentologie, nouvelle spécialité transversale, le métier de médecin généraliste évolue et le vécu de sa pénibilité s'accroît. Celle-ci est d'autant plus mal vécue que la société vit une réduction du temps de travail dont les médecins généralistes voudraient également bénéficier.

Une nouvelle donne : le volontariat des médecins

Chargé par le ministre de la santé de proposer des solutions aux problèmes identifiés dans l'organisation de la permanence des soins de ville, le sénateur Charles Descours a remis en janvier 2003 les conclusions de son groupe de travail¹². La participation des médecins généralistes à la permanence des soins sur la base du volontariat est une des propositions phare du rapport. Cette proposition devrait être reprise dans le décret en Conseil d'État prévu par la loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003. Celui-ci doit donner les bases juridiques d'une nouvelle organisation de la permanence des soins de ville.

A l'origine de la démission du bureau du conseil national de l'ordre des médecins en mai 2002 et revendiqué par les syndicats de médecins généralistes, ce principe du volontariat nécessite une réécriture de l'article 77 du code de déontologie médicale qui fait encore à ce jour l'objet d'intenses discussions entre l'ordre des médecins et les syndicats représentatifs de la profession.

⁸ Union Professionnelle des médecins libéraux de Rhône-Alpes. "Les chantiers de l'Union : les urgences : organisation de la permanence des soins en Rhône-Alpes".[en ligne]. [Visité le 19 janvier 2003]. Disponible sur Internet : <http://www.upmlra.org/doc/doc_41_doc.pdf>

⁹ Rapport pour la Conférence des Présidents des Unions régionales de Médecins en exercice libéral. "Livre blanc : organisation de la permanence des soins en médecine libérale." Juillet 2001, pp1-77.

¹⁰ Sénat. "Urgences et permanence de soins. Actes du colloque du 29 juin 2000".

¹¹ MAFFIOLI C. "Urgences : l'état de siège". Le médecin de France, 2001, n° 977, pp. 9-28.

¹² DESCOURS C. "Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins". 22 janvier 2003.

Le volontariat : une perspective qui inquiète les directions départementales des affaires sanitaires et sociales

Au sein des directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS), la proposition génère beaucoup d'inquiétudes. En effet, la grève des médecins généralistes a fortement mobilisé ces services déconcentrés et notamment les médecins inspecteurs de santé publique (M.I.S.P.) chargés d'assurer, au moyen de réquisitions préfectorales, le maintien de la permanence des soins sur le département.

Ainsi, en mai 2002, date de mon arrivée à la DDASS de l'Ain, la quasi-totalité du temps du seul MISIP en poste est occupée à la gestion du dossier de la permanence des soins alors que, dans ce dossier, prévalait avant la grève une auto-organisation satisfaisante de la profession, validée par l'ordre et le CODAMU. Outre les réquisitions qui mobilisent également à temps partiel deux inspecteurs des affaires sanitaires et sociales (I.A.S.S.) et une secrétaire, il s'agit également de mener les négociations sur la déclinaison, au niveau départemental, du protocole national sur la permanence des soins entre l'Etat, le Conseil national de l'ordre des médecins (C.N.O.M.) et l'Assurance maladie signé le 1^{er} mars 2002. Ce protocole prévoit, en échange d'une rémunération des astreintes des médecins généralistes comme reconnaissance de la participation à une mission de service public, une nouvelle organisation de la permanence des soins.

Cette nouvelle organisation est reprise dans le rapport Descours. Elle doit être proposée par les instances représentatives des professionnels concernés et assurée par des médecins généralistes volontaires. Cependant, en cas de carence, différents filets de protection sont prévus avec en dernier recours la possibilité pour le préfet de réquisitionner les médecins ce qui pourrait à nouveau peser lourdement sur le fonctionnement des services.

Ce travail se propose donc d'explorer les perspectives de participation, sur la base du volontariat, des médecins généralistes du département de l'Ain à la permanence des soins de ville et d'en définir les éventuelles conditions.

La permanence des soins : un dossier de la compétence du médecin inspecteur de santé publique

Le médecin inspecteur de santé publique a dans le dossier de la permanence des soins de multiples rôles. Le MISIP en effet :

- est membre de droit du Comité médical de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires (C.O.D.A.M.U.) et préside son sous-comité médical,

- est un des garants de l'application des dispositions législatives et réglementaires,
- participe aux négociations sur la déclinaison départementale de l'accord tripartite État, Assurance maladie, ordre des médecins qui ouvre droit à la rémunération des astreintes des médecins libéraux,
- veille à la bonne articulation de l'offre libérale et hospitalière déclinée dans le schéma régional d'organisation sanitaire (S.R.O.S.) et met en perspective l'évolution de la démographie médicale,
- participe au développement et à l'évaluation de modalités de participation des médecins généralistes (régulation des appels au centre 15 ,maisons médicales de garde...),
- est un interlocuteur privilégié des professionnels de santé.

Le plan du mémoire

Dans un premier chapitre, sera décrit le contexte réglementaire et étudié les différents acteurs de la permanence des soins de ville avec un zoom sur leurs caractéristiques dans le département de l'Ain. Dans une deuxième partie méthodologique, les hypothèses et les méthodes utilisées pour tester celles-ci seront exposées. La présentation des résultats fera l'objet de la troisième partie. La quatrième partie du mémoire sera consacrée à la discussion des résultats. Enfin des recommandations et des pistes de réflexion seront présentées dans un cinquième chapitre.

2 CONTEXTE

2.1 Définition des concepts

2.1.1 Les soins de ville

L'article 227-1 du code de la sécurité sociale définit les dépenses de soins de ville comme étant celles correspondant à la rémunération des soins dispensés en ville (par opposition au milieu hospitalier) par les professions médicales, les auxiliaires médicaux et les directeurs de laboratoire. Les soins tarifés à l'acte dispensés dans les établissements privés ne participant pas au service public hospitalier et les honoraires des praticiens exerçant en secteur privé à l'hôpital public sont assimilés aux dépenses de soins de ville.

Le cadre de ce travail sera limité aux soins de ville délivrés par les médecins généralistes dans le cadre de la permanence des soins.

2.1.2 La permanence des soins

A) La permanence des soins : une pluralité de définitions de portée différente

La permanence des soins : une permanence de l'accès aux soins ?

Pour l'ordre national des médecins¹³, la notion de permanence des soins recouvre la nécessité de la permanence de l'accès aux soins. Cette dernière est « une logique d'offre de soins qui répond aux besoins d'une population de plus en plus consumériste. Elle est également une nécessité de réponse aux situations de précarité sociale et sanitaire ».

La permanence des soins : une continuité des soins ?

L'article 47 du code de déontologie médicale pose le principe de la continuité des soins qui doit, quelles que soient les circonstances, être assurée aux malades. Si la continuité des soins sous-entend permanence des soins, elle sous-entend également la continuité de l'information entre les différents acteurs.

Définition utilisée dans le rapport Barrier¹⁴

Dans ce rapport, une différence est faite entre les véritables urgences médicales et la permanence des soins sur un critère de délai de prise en charge : les urgences nécessitent une prise en charge dans l'heure, la permanence des soins dans la demi-journée.

Définition des Unions régionales de médecins en exercice libéral (U.R.M.L.)¹⁵

« La permanence des soins correspond à l'activité quotidienne des praticiens faite de consultations et de visites à domicile à laquelle il faut rajouter les dispositifs de garde mis en place pour répondre à la demande de soins en dehors des heures ouvrables (nuits et week-end). Il s'agit donc en réalité d'une permanence d'écoute avec une capacité d'intervention médicale adaptée ».

Pour les U.R.M.L., la permanence des soins relève davantage d'une approche organisationnelle qui oblige les praticiens et les établissements de santé à offrir une capacité

¹³ Ordre National des Médecins. "L'exercice médical face à la permanence des soins". [en ligne]. [Visité le 26/09/2002]. Disponible sur Internet : <[http://www.conseil-national...d04dad73f6ac1256&c6004"b275](http://www.conseil-national...d04dad73f6ac1256&c6004)>

¹⁴ BARRIER G. "Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences". Septembre 1994.

¹⁵ Rapport pour la Conférence des Présidents des Unions régionales de Médecins en exercice libéral. "Livre blanc : organisation de la permanence des soins en médecine libérale." Juillet 2001, pp1-77.

d'écoute et d'intervention à quiconque en manifeste le besoin quel qu'en soit l'objet, dès lors qu'il s'agit d'une souffrance pour lui.

Définition du groupe de travail Descours¹⁶

« La permanence des soins est 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 heures d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant ».

Il s'agit ici de ce que certains acteurs appellent « la permanence des soins supplémentaires », prestation fournie en plus de la permanence des soins assurée par les praticiens la journée¹⁷.

Les horaires de la permanence des soins peuvent être définis en utilisant la nomenclature des actes professionnels. En effet, l'Assurance maladie reconnaît des tarifs majorés pour l'activité en dehors des heures habituelles d'ouverture des cabinets médicaux : de 20 heures à 8 heures pour la majoration de nuit ; le samedi après 12 heures et le dimanche (de 8h à 20 heures) pour la majoration de dimanche et jour férié.

Le groupe Descours caractérise également la permanence des soins comme une **mission d'intérêt général**. Celle-ci peut donc être confiée à des personnes juridiques de droit public (service public) et/ou déléguée à des personnes de droit privé. Elle n'est pas pour ces experts, contrairement à la définition de l'ordre des médecins exposée ci-dessus, « la continuité des soins, obligation déontologique imposée par l'article 47 du code de déontologie médicale, au praticien envers sa patientèle ».

Dans le cadre de ce travail nous utiliserons la définition de la permanence des soins donnée par le groupe Descours.

B) La permanence des soins : une organisation pour couvrir quels besoins ?

Si tous les auteurs semblent s'accorder sur le fait que, à côté des demandes de conseil, l'activité principale dans le cadre de la permanence des soins est la prise en charge des urgences, la définition et la délimitation de celles-ci ne font pas l'objet d'un consensus.

¹⁶ DESCOURS C. "Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins". 22 janvier 2003.

La définition de l'urgence, selon le Pr Lecontour (cité dans le rapport Barrier)¹⁸, diffère entre l'usager, le médecin et l'institution. « Pour l'usager et ses proches, l'urgence peut être associée à la rupture d'un ordre dans le cours de la vie : ce qui est imprévu tend à devenir urgent : je ne veux pas attendre. Pour le médecin, la notion d'urgence repose non sur celle de rupture mais sur celle d'échéance avec un pronostic vital à très court terme : il ne peut pas attendre. Pour l'institution, l'urgence correspond à une perturbation de l'organisation ».

Ces différentes conceptions sont traduites dans les notions d'urgence vraie, d'urgence ressentie et d'urgence déguisée. Un autre groupe de travail¹⁹ parle d'urgence vitale, d'urgence de la demi-heure et d'urgence qui appelle une réponse dans un délai relativement rapide. L'U.R.C.A.M. Rhône Alpes dans une étude récente²⁰ parle de demande de soins rapides ; celle-ci correspond à une demande non programmée, émanant d'un patient, qui ressent le besoin d'une intervention du réseau de prise en charge des urgences dans un délai qui n'excède pas une heure après son appel.

L'urgence peut également être définie²¹ comme une demande de soins non programmés c'est-à-dire comme « tout ce qui est ressenti par le patient comme exigence de soins ne pouvant souffrir le retard. Cela inclut tous les phénomènes qui touchent à la santé et qui surviennent de façon brutale et inattendue et qui surprennent ou inquiètent à tort ou à raison l'intéressé ou son entourage ».

Pour la Cour de Cassation, la condition d'urgence « s 'apprécie exclusivement au regard de l'état du malade et de la nécessité où il se trouve de voir intervenir le praticien sans délai » (arrêt de la Cour de cassation de juin 1996).

¹⁷ 17 : le projet départemental de la permanence des soins ou PS. [en ligne]. [Visité le 17-12-02]. Disponible sur Internet : <<http://www.generalistes2002.net>>

¹⁸ BARRIER G. "Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences". Septembre 1994.

¹⁹ NICOLLE D. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. "Rapport sur les groupes de travail sur les urgences". Octobre 2001.

²⁰ Union Régionale des Médecins libéraux d'Ile de France. " Enquête permanence des soins ". Janvier 2002. [en ligne]. [Visité le 18/01/03]. Disponible sur Internet : <http://www.urml-idf.org/attachement/www/ps0210/psoins02.pdf>

²¹ Rapport pour la Conférence des Présidents des Unions régionales de Médecins en exercice libéral. "Livre blanc : organisation de la permanence des soins en médecine libérale." Juillet 2001, pp1-77.

Cette grande hétérogénéité des besoins exprimés se traduit au niveau de l'organisation de l'offre de soins. Le groupe Descours établit ainsi une distinction entre organisation de la permanence des soins et organisation de la prise en charge des urgences tout en reconnaissant les limites imprécises de ces 2 domaines et donc la nécessité d'organisations coordonnées et médicalement régulées.

Distinction est faite également dans les organisations entre la prise en charge pré hospitalière et la prise en charge hospitalière des urgences.

Dans le cadre de ce travail nous étudierons la participation des médecins généralistes, au cours de la permanence des soins, à la prise en charge de l'ensemble des demandes de soins non programmées.

2.2 L'organisation de la permanence des soins

2.2.1 Les bases réglementaires : une base juridique très récente à la permanence des soins

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

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

Cette loi ouvre également la possibilité, pour l'assurance maladie, de rémunérer par des modes différents du paiement à l'acte, la participation des médecins au dispositif de permanence des soins.

B) Le code de déontologie (décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995).

Le code de déontologie ne définit pas l'organisation de la permanence des soins mais fixe dans ses articles 9, 47, 59, 77 et 78 les obligations des médecins en matière de permanence des soins.

a) *L'article 9*

L'article 9 du code de déontologie, comme l'article 223-6 du code pénal, stipule que tout malade ou blessé, en quelque endroit et à tout instant, doit pouvoir avoir accès à des soins et compter sur l'intervention d'un médecin.

b) *L'article 47*

Il précise que le médecin généraliste a l'obligation d'assurer la continuité des soins « quelles que soient les circonstances ».

c) *L'article 59*

Appelé en urgence auprès d'un malade, le médecin a l'obligation de rédiger, à l'intention du ou des médecins traitants habituels, un compte rendu de son intervention et de ses prescriptions.

d) *L'article 77*

Il précise 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 ».

Une définition de la garde est donnée par le groupe Descours²². La garde est « la réponse à tout moment à une demande en situation d'urgence réelle ou ressentie présentée par un patient sur un territoire donné et non la satisfaction de toute demande émanant d'un usager ».

Dans ses commentaires de l'article 77, le C.N.O.M. précise que :

- la permanence doit être assurée pour les soins et les urgences tant par les généralistes que par les spécialistes,
- le médecin ne peut prétendre remplir ses obligations à l'égard de la permanence des soins par un renvoi systématique des appels sur le centre 15,
- la situation familiale du médecin, l'orientation donnée à son activité professionnelle (acupuncture, homéopathie...) ne justifient pas une exemption des obligations de garde.

Le conseil départemental de l'ordre peut accorder des exemptions, compte tenu de l'âge du médecin, de son état de santé et éventuellement de ses conditions d'exercice ».

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

Cependant, il faut noter que, de l'avis même de l'ordre des médecins comme de plusieurs représentants des syndicats des médecins libéraux²³, l'obligation de participation au service de garde est devenue « imprécise dans sa portée et dépassée dans la pratique ».

e) *L'article 78*

L'article 78 édicte que « lorsqu'il participe à un service de garde ou d'astreinte, le médecin doit prendre toutes dispositions pour être joint au plus vite ».

2.2.2 Les acteurs

A) Les organes de régulation, de contrôle et d'expertise

a) *Le Comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires*

La loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires crée dans son article 1^{er} un comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CODAMU) qui a pour mission de veiller à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente et à son ajustement aux besoins de la population. Sa composition et celle des 2 sous-comités (sous-comité de l'aide médicale urgente et sous-comité des transports sanitaires) sont fixées dans le décret n° 87-964 du 30 novembre 1987²⁴.

Le CODAMU, présidé par le commissaire de la République, comprend des représentants de l'État (le directeur départemental des affaires sanitaires et sociales, le médecin inspecteur de la santé, le directeur départemental du S.D.I.S., le médecin chef du S.D.I.S.), quatre représentants des collectivités territoriales (deux maires et deux représentants du conseil général), un médecin représentant de l'ordre des médecins, un médecin conseil de l'Assurance maladie, trois représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie, un représentant du Conseil départemental de la Croix Rouge et des représentants de tous les acteurs de l'urgence (S.A.M.U. (1 représentant), services mobiles d'urgence (un représentant), centre hospitalier public doté d'un S.M.U.R. (un représentant), hospitalisation publique (un représentant), hospitalisation privée (deux représentants), sapeurs pompiers (un représentant), praticiens d'exercice libéral (quatre représentants dont deux désignés par

²³ NICOLLE D. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. "Rapport sur les groupes de travail sur les urgences". Octobre 2001.

²⁴ Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

les syndicats et deux par les organisations ou associations représentatives départementales, transporteurs sanitaires (quatre représentants)).

Le sous-comité médical regroupe l'ensemble des médecins siégeant au CODAMU sous la présidence du médecin inspecteur. Il examine les questions relevant de l'activité médicale de l'aide médicale urgente et veille au respect de la déontologie et du secret professionnel.

b) Le conseil national et les conseils départementaux de l'ordre des médecins

Différents textes réglementaires (article L162-15 du code de la sécurité sociale, articles 4121-1 et 4121-2 du code de la santé publique) et la jurisprudence confient à l'ordre des médecins, organisme privé, la mission de service public relative à l'organisation de la continuité des soins et au contrôle des obligations déontologiques des médecins. Le conseil départemental de l'ordre (article L. 4123-1 du C.S.P.) exerce, dans le cadre départemental et sous le contrôle du conseil national, les attributions de l'ordre énumérées à l'article L.4121-2 du même code.

c) Le préfet

En cas de défaillance de l'ordre des médecins, le préfet est fondé à faire usage de son pouvoir de réquisition (décret n°62-867)²⁵ tel qu'il est prévu à l'article L. 4163-7 du C.S.P. lorsque sont réunies les trois conditions suivantes (en vertu d'une jurisprudence constante du Conseil d'État) :

- l'existence d'un risque grave pour la santé publique
- l'impossibilité pour l'administration de faire face à ce risque en utilisant d'autres moyens
- l'existence d'une situation d'urgence.

d) L' Union régionale de médecins libéraux (U.R.M.L.)

Organisme de droit privé, l'U.R.M.L. est une interface entre les institutions et organismes sanitaires d'une part et les médecins libéraux d'autre part. Elle a pour missions principales : (loi n°93-8 du 4 janvier 1993²⁶) :

- l'analyse, l'organisation et la régulation du système de santé,
- l'évaluation des besoins médicaux,

²⁵ décret n°62-867 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance n°59-63 du 6 janvier 1959 relative aux réquisitions de biens et de services

²⁶ loi n°93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

– l'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles.

B) Les organes de financement : l'Assurance maladie et l'U.R.C.A.M.

a) *L'Assurance maladie*

Elle assure le versement des honoraires des médecins (ou le remboursement aux assurés) et a la possibilité de passer des accords locaux avec les professionnels libéraux pour favoriser la prise en charge des urgences. Ces accords locaux passés sous-forme de conventions donnent, en contrepartie d'engagements des professionnels de santé, des avantages d'ordre financier (dispense d'avance de frais, indemnités spécifiques).

Dans l'Ain, une convention a été signée entre les hôpitaux universitaires de Genève (HUG) et la Caisse primaire d'assurance maladie (C.P.A.M.) de l'Ain. Celle-ci permet, en assurant la prise en charge des frais de traitement des assurés transférés aux HUG pour des hospitalisations motivées par une situation médicale urgente, de pallier le manque de structures appropriées dans la zone frontalière.

b) *L'Union régionale des caisses d'assurance maladie (U.R.C.A.M.)*

L'U.R.C.A.M. gère le fonds d'aide à la qualité des soins de ville (F.A.Q.S.V.) qui permet le financement d'actions innovantes.

Dans l'Ain, le FAQSV finance ainsi une maison médicale de garde (maison médicale de la plaine de l'Ain) et doit se prononcer prochainement sur un dossier de demande de financement de la participation des médecins généralistes à la régulation au centre 15.

C) Les acteurs de terrain dans le département de l'Ain

a) *Les médecins généralistes*

Au cours de la permanence des soins, le médecin généraliste peut avoir différents niveaux d'intervention²⁷. Il peut être :

– le premier intervenant qui apporte à une demande de soins non programmés la réponse qu'il juge la meilleure (consultation, visite, appel centre 15, appel 18 ...),

²⁷ RAYNAUD F., CATALA F., DECREAU M. et al. "L'aide médicale urgente et les réseaux pré hospitaliers et hospitaliers. La revue des SAMU, 1998, vol. 20, n° 5, pp. 190-198.

- un effecteur choisi par la régulation du SAMU – centre 15 pour la prise en charge d'une urgence ressentie,
- un correspondant du SAMU dans la prise en charge d'une urgence lourde,
- un régulateur du centre 15.

Si obligation est faite au médecin généraliste comme à tout médecin de participer à la permanence des soins, l'organisation de cette mission est laissée à leur libre appréciation : il n'existe par exemple pas de normes en matière de ratio de médecin de garde par habitant ou par aire géographique.

Les médecins généralistes peuvent pour assurer la permanence des soins s'organiser en association de secteur ou en association d'urgentistes libéraux. Ces derniers répondent aux demandes de soins par une activité exclusive de visite.

En l'absence de cadre juridique et pour défendre leurs intérêts en particulier face à l'activité croissante des S.M.U.R., les médecins généralistes du département de l'Ain se sont spontanément regroupés en 1981 en une Association des Permanences de Soins et Urgences Médicales de l'Ain (A.P.S.U.M. 01) affilié à la Fédération nationale des A.P.S.U.M. (FN.A.P.S.U.M.).

Le département de l'Ain compte fin février 2003, 467 médecins généralistes dont environ 25 % de femmes, répartis en 39 secteurs de garde. 401 médecins (86 %) sont recensés par l'A.P.S.U.M. 01 comme participants aux tours de garde. 43 médecins ont un mode d'exercice particulier (homéopathie et/ou acupuncture) exclusif ou pas. Seuls huit médecins (soit moins de 2 % des généralistes inscrits) sont actuellement exemptés de garde (à titre définitif ou provisoire) par conseil départemental de l'ordre des médecins.

Une seule association de médecins urgentistes libéraux, Bourg Secours Santé (B.S.S.), existe dans le département et couvre la ville de Bourg en Bresse. Elle s'est cependant, récemment réorientée vers une activité mixte de consultation et de visite en ouvrant un cabinet médical.

b) Les acteurs en charge de l'aide médicale urgente

L'aide médicale urgente a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours, de faire assurer aux malades et blessés et parturientes en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état (art L. 6311-1 du C.S.P.). Elle s'appuie sur le S.A.M.U., le S.M.U.R., le S.D.I.S. et les

transporteurs privés. Ces acteurs sont en mesure d'intervenir en complément ou à la place des médecins généralistes. Seul le S.A.M.U. sera ici évoqué, les autres acteurs sortant du cadre de ce travail.

Le service d'aide médicale urgente (S.A.M.U.)

Le S.A.M.U. est un service hospitalier dont les missions sont définies par la loi du 6 janvier 1986²⁸ et précisées dans les décrets d'application du 16 décembre 1987²⁹. Il assure différentes missions dont la coordination de la prise en charge pré-hospitalière des urgences par :

- une écoute médicale permanente par les centres de réception et de régulation des appels (C.R.R.A.) ou Centres 15,
- la détermination et le déclenchement, dans les délais les plus brefs, de la réponse la plus adaptée à la nature de l'appel : S.M.U.R., S.D.I.S., médecin libéral, ambulancier privé,
- l'organisation du transport des patients en milieu hospitalier par les moyens les plus adaptés (service public ou entreprise privée de transport sanitaire).

La gestion des appels au centre 15 appelée régulation est réalisée par des médecins régulateurs et par des permanenciers auxiliaires de régulation médicale (P.A.R.M.). La participation des médecins libéraux au fonctionnement de ces centres est préconisée depuis le décret du 16 décembre 1987 sus cité. La circulaire du 28 décembre 1988³⁰ précise leurs conditions de participation.

Le SAMU départemental de l'Ain est implanté au Centre hospitalier (CH) de Bourg en Bresse (chef lieu du département). L'activité du centre 15 est depuis sa création sans cesse croissante. En 2002, 170 225 appels soit une moyenne de 466 appels par jour sont parvenus au centre 15. On enregistre une forte croissance du nombre d'appels par rapport à 2001 (+18 %). En raison d'un changement de modalités de comptage des appels à partir de 2001, la comparaison avec les années antérieures n'est pas possible. Les affaires³¹ traitées par le centre 15 sont également en forte augmentation et ce depuis la création du centre. La figure

²⁸ Loi n° 96-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires

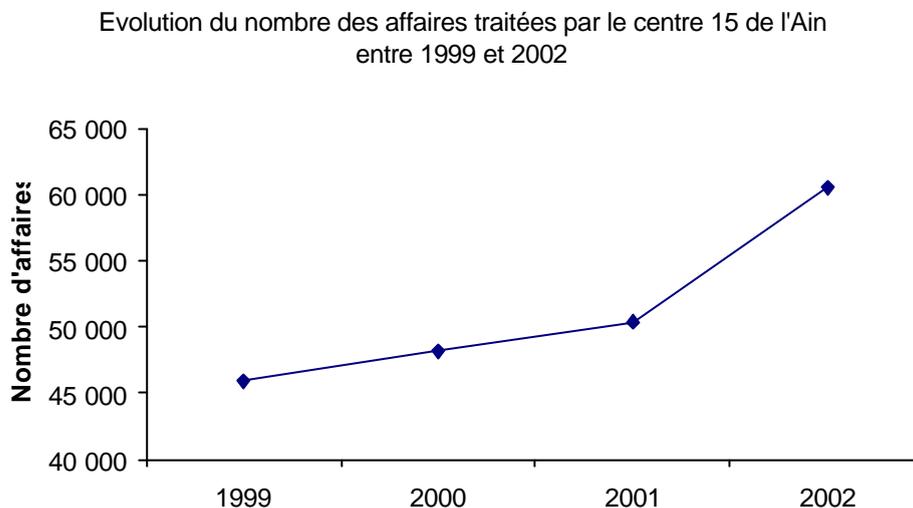
²⁹ Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées SAMU.

³⁰ Circulaire n° 88-23 du 28 décembre 1988 relative au concours du service public hospitalier et à la participation des médecins d'exercice libéral à l'aide médicale urgente. Conditions d'un partenariat.

³¹ Une affaire est l'ensemble des mesures consécutives à une demande d'aide médicale urgente, à l'exclusion des faux appels, erreurs et malveillances et demandes de renseignements. Une affaire peut concerner plusieurs personnes mais correspond à un seul événement.

ci-dessous l'illustre pour les années 1999 à 2002³². Une part importante de l'accroissement de l'activité en 2002 est consécutive au mouvement de grève des médecins généralistes.

Figure 1 : données d'activité du centre 15 de l'Ain de 1999 à 2002



Source des données : SAMU 01

Les affaires traitées pendant les horaires de permanence des soins³³ sont entre 2001 et 2002 en augmentation de 24 %. En 2002, elles représentent 69 % des affaires traitées par le centre 15 (67 % en 2001). L'activité des nuits de semaine représente en 2002, 35 % de l'activité totale des heures de permanence des soins (37 % en 2001).

2.3 Les rapports d'experts :

2.3.1 Les rapports des années 1990 : des propositions toujours d'actualité.

Deux rapports au cours des dix dernières années, le rapport STEG^{34,35} et le rapport Barrier^{36,37}, abordent le thème de la permanence des soins. Commandés pour proposer des

³² Une comparaison avec les données antérieures à 1999 est d'interprétation difficile en raison d'un changement de logiciel de régulation.

³³ Pour le SAMU 01, sont considérés « horaires de la permanence des soins », les samedis, dimanches et jours fériés et les nuits de semaine entre 20 heures et 8 heures.

³⁴ STEG A. Commission Nationale de restructuration des urgences. "Rapport sur la médicalisation des urgences". Septembre 1993

solutions aux difficultés des services d'urgences hospitaliers et non à celles de la médecine libérale dans la prise en charge des urgences, ils soulignent cependant la nécessité d'une meilleure organisation de la filière pré-hospitalière des urgences en particulier par la reconnaissance du rôle des médecins généralistes. Différentes mesures reprises en 2003 étaient déjà proposées :

- une participation accrue des médecins généralistes à la régulation dans les centres 15,
- une rémunération spécifique pour les appels urgents transmis par le centre 15,
- une coordination entre médecins généralistes, SAMU, SMUR, SDIS, ambulanciers privés et les services hospitaliers d'accueil des urgences au sein d'un réseau coordonné de soins d'urgence entre les médecins de proximité et l'hôpital,
- une participation des médecins libéraux à ce réseau qui devrait se faire sur le mode du volontariat (« le code de déontologie ne devant plus imposer à tous les médecins, quel que soit leur âge et leur spécialité de traiter tous les malades en urgence »),
- une formation permanente et une rémunération adéquate.

2.3.2 Les rapports des années 2000

A) Le rapport Nicolle : rapport des groupes de travail sur les urgences (2001)³⁸.

Centré sur l'hôpital, ce rapport souligne cependant la nécessité d'une complémentarité entre la médecine libérale et la médecine hospitalière dans la prise en charge des urgences. Il propose que :

- «soit reconnu au plan de la loi ou du règlement, l'intérêt public qui s'attache à l'existence, à l'effectivité et à l'efficience d'un système de gardes médicales libérales »,
- la participation à la permanence des soins soit étendue non seulement aux spécialistes mais également à d'autres professions médicales ou paramédicales (biologistes, chirurgiens-dentistes, infirmières, kinésithérapeutes...), ainsi qu'aux professionnels médico-sociaux,
- le CODAMU soit rénové «pour intégrer dans ses missions l'agrément des modes d'organisation élaborées de manière coordonnée, sur le plan départemental voire régional, entre les médecins libéraux et l'ensemble des autres acteurs de l'aide médicale urgente. Ces

³⁵ DELORME J. " La prise en charge pré hospitalière des urgences". Le Concours Médical, 1994, vol 116, n°36, pp. 3029-3030.

³⁶ BARRIER G. "Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences". Septembre 1994

³⁷ FUKS M. "Généralistes et secteur privé, les nouveaux partenaires des urgences hospitalières." Décision santé, juin 1996, n° 98, pp. 21-24.

³⁸ NICOLLE D. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. "Rapport sur les groupes de travail sur les urgences". Octobre 2001.

modes d'organisation devraient être définis en respectant la liberté de chacun ; en cas de carence des professionnels, l'ordre ou la DDASS seraient mandatés par le préfet pour organiser la réponse »,

- la création de réseaux d'aide médicale urgente regroupant l'ensemble des acteurs hospitaliers et extrahospitaliers,
- la création d'un comité national de l'aide médicale urgente, lieu de rencontre des professionnels et d'élaboration des politiques nationales,
- les expériences innovantes et qui seraient jugées pertinentes après leur évaluation (telles certaines maisons médicales de garde) puissent être incluses, par les agences régionales d'hospitalisation, dans leur réflexion sur les SROS de 3^{ème} génération.

B) Le bilan de la mission de concertation pour la rénovation des soins de ville³⁹ (2001)

Pour la mission, la prise en charge des urgences constitue une mission de service public à laquelle les professionnels de santé libéraux sont tenus de concourir. Elle propose également de rénover les CODAMU qui devraient favoriser une organisation plus efficace des gardes et propose de prévoir, pour les professionnels concernés, une rémunération attractive soit par le biais d'un paiement à l'acte soit par l'octroi d'un forfait. Les maisons médicales de garde sont encouragées par la mission comme réponse à l'engorgement des services d'urgences hospitaliers et aux problèmes de sécurité.

C) Le rapport 2002 de la Cour des Comptes au parlement sur la loi de finances de la sécurité sociale 2001⁴⁰

La Cour des Comptes constate que « l'organisation actuelle des urgences ne répond pas de manière satisfaisante à la demande de prise en charge ». Elle souligne le cloisonnement de l'organisation et du financement des urgences. Ce cloisonnement résulte en particulier :

- des bases réglementaires où l'urgence est traitée dans quatre ensembles de texte reposant sur des logiques différentes : l'hospitalisation, l'aide médicale urgente et les transports sanitaires, la déontologie médicale et l'organisation des secours,
- de l'absence de tutelle unique : ARH pour les services d'urgences, URCAM et URML pour la médecine libérale, Ordre des médecins pour les obligations déontologiques.

³⁹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité. "Bilan de la mission de concertation pour la rénovation des soins de ville". 2001, 41 p.

⁴⁰ Cour des Comptes. "Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale 2001".

La Cour des Comptes recommande la définition d'une politique globale de prise en charge des urgences dans laquelle la place des médecins de ville doit être redéfinie. Faisant le constat de la croissance des recours aux services d'urgence pour des cas ne nécessitant pas l'hospitalisation et du désengagement progressif des médecins libéraux qu'elle qualifie de « tendance lourde », elle regrette que « la mise en place d'une vraie permanence des soins en ville, offrant en un même lieu les principales prestations requises par une intervention programmée ou non (la radiographie notamment), n'ait pas constitué un motif prioritaire de création des filières et réseaux de soins prévue par l'ordonnance de 1996 ».

La Cour juge nécessaire de « favoriser l'orientation des malades par les centres 15, mais cette compétence nouvelle « impose » la participation des praticiens non-hospitaliers.

Concernant les expériences, actuellement menées dans différentes villes, de renforcement de la permanence des soins qui visent à décroiser la prise en charge des urgences et à organiser de manière plus globale la médecine de ville, la Cour les juge fragiles, leur évaluation lacunaire et leur financement incertain.

Enfin, la Cour propose que la permanence des soins puisse prendre appui sur les petits hôpitaux locaux, non-sièges d'UPATOU.

D) Le rapport Descours

Fruit des travaux d'un groupe réunissant, sous la présidence du sénateur Descours, des représentants de tous les acteurs concernés (Ordre des médecins, État, Assurance maladie, usagers, médecins de ville et médecins de l'urgence hospitalière, ce rapport a été remis au ministre de la santé en janvier 2003.

Les travaux préliminaires se sont traduits par l'inscription dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2003 d'une base juridique à la permanence des soins. Le compte rendu définitif propose différentes réformes dont certaines avaient déjà été avancées dans les précédents rapports.

L'élargissement des compétences et de la composition du CODAMU

Le groupe de travail propose d'adjoindre aux compétences actuelles du CODAMU, la compétence sur la permanence des soins et d'élargir sa composition aux usagers, à l'ensemble des syndicats de médecins libéraux et des médecins hospitaliers urgentistes, à l'ensemble des associations en charge de l'urgence et au directeur de l'Agence régionale d'hospitalisation. Les nouvelles missions de ce comité départemental de l'aide médicale urgente, des transports sanitaires et de la permanence des soins (CODAMUPS) et plus particulièrement de son sous-comité médical seraient :

- d'élaborer le cahier de charge départemental définissant l'organisation de la permanence des soins en fonction d'un cahier des charges type qui serait annexé au décret en Conseil

d'État introduit par la loi de financement de la sécurité sociale de 2003. Ce cahier des charges, spécifique pour chaque département, devra être précédé d'un état des lieux de l'offre de soins libérale en lien avec l'organisation hospitalière publique et privée et d'autre part de l'évaluation des besoins de la population. L'ensemble des professionnels de santé et des structures de santé indispensables à la permanence des soins sera concerné par ce cahier des charges,

- d'évaluer les besoins et de valider les modalités d'organisation proposées par chaque groupe d'acteurs (libéraux, hôpitaux, cliniques).

La participation à la garde sur le principe du volontariat

Pour le groupe Descours, la participation des médecins à la permanence des soins doit reposer sur le principe du volontariat. Cependant, « ce principe ne doit remettre en cause ni les principes de sécurité, d'efficacité, d'accessibilité et de cohérence avec le reste de l'organisation sanitaire ni le principe de continuité des soins inscrit dans l'article 47 du Code de déontologie médicale. La permanence des soins doit être le résultat d'une organisation collective des professionnels sous leur propre responsabilité ».

Le principe du volontariat devrait être inscrit dans le décret en Conseil d'État et l'article 77 du code de déontologie réécrit afin d'aboutir à un ensemble législatif et réglementaire cohérent.

Mais assorties de garanties

En cas de manque de volontaire constaté par le CODAMUPS dans un ou plusieurs secteurs, différents recours sont proposés : dans un premier temps, le Conseil de l'ordre des médecins est chargé en liaison avec les organisations professionnelles de proposer des solutions. En cas de difficultés répétées, la constitution d'un groupe de travail pérennisé (dont la composition n'est pas précisée dans le rapport) saisi par le préfet ou le CODAMUPS prendrait le relais. Le préfet, avec son pouvoir de réquisition, reste le dernier rempart pour assurer à la population ce service déclaré d'intérêt général.

Une nouvelle sectorisation

De nouveaux secteurs devraient être délimités pour permettre d'assurer un « exercice normal de l'activité du médecin ». Après consultation de l'Ordre des médecins, des syndicats et/ou des représentations professionnelles, la nouvelle sectorisation départementale est proposée, par le CODAMUPS, au préfet qui l'arrête.

La régulation des demandes

La permanence des soins proposée vise à répondre « de manière sûre et efficace » aux demandes ayant un caractère d'urgence. Pour y parvenir, une centralisation des appels, une régulation médicale des demandes avec la participation des médecins libéraux et des

procédures formalisées entre le régulateur et le médecin de garde dans son secteur devraient être mises en place.

L'implication des usagers dans l'organisation de la permanence des soins

L'utilisateur doit être impliqué dans l'évaluation des besoins mais également être responsabilisé dans son recours à la permanence des soins.

2.4 Les évolutions réglementaires récentes

2.4.1 Les évolutions conventionnelles

Au cours de l'année 2002, les avenants conventionnels signés entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats professionnels et le protocole tripartite État, Assurance maladie, Ordre des médecins ont posé les jalons d'une nouvelle organisation de la permanence des soins. Celle-ci repose sur la participation des médecins généralistes à la permanence des soins sur la base du volontariat. Pour encourager ce dernier, sont appelées à être mises en place une régulation des appels, régulation à laquelle sont invités à participer les libéraux, une mutualisation des moyens (par le biais d'une sectorisation pertinente et du développement de maisons médicales de garde) et la rémunération des astreintes comme reconnaissance de la participation à une mission de service public.

A) L'avenant n° 8 à la convention nationale des médecins généralistes (arrêté du 31 janvier 2002)

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

Outre cette disposition contestée, l'avenant prévoyait des revalorisations d'honoraires, le financement des astreintes des médecins généralistes dans le cadre de la permanence des

soins (50 € pour 12 heures) en reconnaissance de la participation à une mission de service public et le financement de la régulation par le F.A.Q.S.V.

B) L'avenant n° 10 à la convention nationale des médecins généralistes (arrêté du 28 juin 2002).

Devançant la décision d'annulation par le Conseil d'État de l'avenant n° 8, les partenaires conventionnels signataires ont dans un nouvel avenant (n°10) reconduit les articles non litigieux et modifié les articles ayant fait l'objet du recours.

L'article 3.1 de l'avenant n°8 est réécrit de la manière suivante :

« dans le cadre du dispositif de permanence des soins organisé conformément aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, et afin d'en améliorer le fonctionnement..., les partenaires conventionnels ont décidé de mettre en place sur la base du volontariat, une rémunération du médecin d'astreinte désigné par l'autorité compétente.

Malgré cette réécriture, le Conseil national de l'ordre des médecins réunit en séance plénière le 27 juin 2002, juge que « les modifications introduites par l'avenant n°10 ne permettent pas de dissiper les ambiguïtés générées par l'avenant n°8 et ne mettent pas un terme à son caractère illégal⁴¹ ».

Ce nouvel avenant pose également le principe d'aboutir à une meilleure sectorisation en vue d'améliorer les conditions d'exercice des médecins et d'assurer la permanence des soins pour l'ensemble des patients. Il confirme également la nécessité de compléter le dispositif de permanence des soins par la régulation des appels téléphoniques.

Il prévoit enfin de nouvelles revalorisations d'honoraires en échange d'un accord sur le bon usage des soins à domicile et d'un engagement des médecins généralistes à rédiger leurs prescriptions médicamenteuses en dénomination commune ou en génériques.

⁴¹[en ligne]. [Visité le 14/01/03]. Disponible sur Internet : http://www.conseil-national.medecin.fr/CNOM/Actu.nsf/V_IF?OpenView

2.4.2 Le protocole national sur la permanence des soins entre l'État, le Conseil national de l'ordre des médecins et l'Assurance maladie signé le 1^{er} mars 2002

Ce protocole comporte (lettre DHOS du 5 avril 2002 relative à la mise en œuvre du protocole du 1^{er} mars 2002⁴²)

- deux objectifs :
 - ✓ pérenniser au bénéfice des patients une réponse de proximité la nuit, les week-ends et jours fériés sur l'ensemble du territoire,
 - ✓ permettre la reconnaissance de la mission d'intérêt public des généralistes,
- et quatre mesures
 - ✓ une réorganisation des secteurs de permanence pour limiter le nombre de médecins d'astreinte en tenant compte de toutes les contraintes,
 - ✓ le versement, dans le cadre de l'astreinte, des 50 € prévus par l'avenant n° 8,
 - ✓ une régulation en lien avec le centre 15,
 - ✓ le financement du développement des maisons de garde.

Ce protocole tient compte du refus de l'ordre des médecins de la notion de volontariat et de la volonté de ce dernier de ne pas être dessaisi de son rôle dans l'organisation de la permanence des soins. En effet, il responsabilise le conseil départemental de l'ordre des médecins

- dans la sectorisation des départements et fixe un objectif de réduction des secteurs de 3 100 à 1 500 au plan national,
- dans l'établissement de la liste des médecins tenus de participer à la permanence des soins et dans la désignation du médecin d'astreinte,
- dans l'incitation à la participation, financièrement compensée, des médecins généralistes au renforcement de la régulation des appels téléphoniques en lien avec le centre 15.

Dans ce protocole, l'État s'est également engagé à mener une campagne de sensibilisation sur le bon usage du centre 15.

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

⁴² Lettre de la DHOS portant le n° 00323, datée du 5 avril 2002 et adressée aux préfets de région et de département.

2.4.3 La circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville

Cette circulaire fournit aux services déconcentrés les instructions pour la mise en œuvre des 3 points principaux du protocole du 1^{er} mars 2002 : la sectorisation, la régulation des appels aux médecins généralistes par un médecin libéral au centre 15 et l'élaboration par le conseil départemental de l'ordre de listes des médecins d'astreinte. Ces 3 points doivent être formalisés dans un accord local dont la circulaire ne précise pas de façon formelle les signataires. La formalisation de cet accord doit permettre la rémunération, par les caisses d'assurance maladie, des astreintes comme le prévoit l'avenant n° 10 à la convention des médecins généralistes.

2.4.4 L'avant projet de décret relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence

Cet avant projet est encore actuellement soumis à la concertation. Il fixe les objectifs de la permanence des soins en médecine ambulatoire (« garantir une réponse effective aux demandes de soins non programmés »), ses horaires (« de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés et les dimanches et jours fériés ») et les professionnels mobilisables (médecins libéraux généralistes, centres de santé et médecins libéraux spécialistes). Différentes mesures proposées dans le rapport Descours sont reprises :

- le volontariat des médecins généralistes : « les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat »,
- les filets de sécurité en cas de manque ou d'absence de volontaires : le conseil départemental de l'ordre des médecins est chargé de constater l'insuffisance de volontaires sur un ou plusieurs secteurs et de compléter le tableau de permanence en lien avec les organisations départementales représentatives des médecins libéraux. Si, à l'issue de cette consultation, le tableau reste incomplet, le préfet peut procéder aux réquisitions nécessaires,
- le découpage du département en secteurs, arrêté par le préfet après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et après avis du CODAMU⁴³ et révisé annuellement,
- le cahier des charges départemental, élaboré par le CODAMU qui fixe les conditions spécifiques d'organisation de la permanence des soins et de la régulation,
- la régulation préalable des appels libéraux organisée par le centre 15 ou interconnectée avec lui et la participation possible des médecins libéraux à cette régulation,

⁴³ L'appellation CODAMU n'est pas transformée en CODAMUPS

- l'adjonction de nouveaux membres au CODAMU : le directeur de l'A.R.H., un représentant de l'U.R.C.A.M., un médecin représentant l'U.R.M.L., deux praticiens hospitaliers sur proposition des organisations représentatives au niveau national de l'urgence hospitalière et un représentant des usagers
- l'élargissement du CODAMU à l'ensemble des instances localement compétentes de chacune des organisations représentatives des médecins libéraux au niveau national (un représentant par organisation) et à un représentant des associations en charge de l'urgence et de la permanence des soins lorsqu'elles interviennent dans le dispositif de permanence des soins au niveau départemental.

2.5 La permanence des soins dans l'Ain : une organisation qui évolue

A) Les préconisations du schéma régional Rhône alpin d'organisation sanitaire⁴⁴ (SROS)

Dans le but de ne pas surcharger les services d'urgence malgré leur vocation d'accueillir sans sélection et en permanence toute personne se présentant en situation d'urgence, le SROS de la région Rhône Alpes préconise de renforcer les liens avec la médecine libérale. Cette préconisation est prise en compte dans l'examen des demandes d'autorisations ; elle doit se traduire en particulier au travers d'une continuité des soins avec la médecine libérale (information et ré-adressage des patients), de la participation de médecins libéraux au fonctionnement des services d'urgence et par des actions d'information de la population.

B) La mise en œuvre, dans l'Ain, du protocole du 1^{er} mars 2002

La mise en œuvre du protocole, en pleine période de grève a été difficile. Un accord entre les différentes parties a pu être rapidement trouvé sur la sectorisation permettant ainsi à l'Ain de figurer un temps parmi les départements pilotes pour le paiement des astreintes. Mais les nouvelles instructions ministérielles reçues par messagerie puis reprises dans la circulaire du 15 juillet 2002⁴⁵ ont freiné la progression des négociations, en raison d'une part de l'absence d'engagement des médecins généralistes de participer à la régulation et d'autre part du refus (jusqu'à l'été 2002) du conseil départemental de l'ordre des médecins de fournir des listes de médecins de garde. Cependant, le climat de confiance et de dialogue entretenu localement

⁴⁴ Agence régionale de l'hospitalisation de Rhône Alpes. "Schéma régional d'organisation sanitaire 1999-2004".

⁴⁵ Circulaire DHOS/SDO n° 2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins en ville.

entre toutes les parties prenantes a permis au processus de reprendre et d'être à ce jour toujours évolutif.

a) *La sectorisation*

L'APSUM 01 a, depuis sa création, procédé à une sectorisation du département. En juin 2002, le sous-comité médical du CODAMU valide une première réduction du nombre de secteurs de 43 à 41. Une réduction plus conséquente, telle que préconisée dans le protocole national, semble alors aux représentants des médecins généralistes de l'Ain difficile à mettre en œuvre compte tenu de la géographie du département et de l'insuffisante densité médicale par rapport à la population (0,8 médecins non exemptés par l'Ordre pour 1000 habitants). L'ouverture de la maison médicale de la plaine de l'Ain a entraîné au 1^{er} février 2003 un nouveau regroupement de 3 secteurs portant le nombre total actuel de secteurs à 39.

Caractéristiques des secteurs de garde (annexe 2)

✓ 21 secteurs organisent une astreinte le week-end, les jours fériés et les nuits en semaine.

Sur la ville de Bourg en Bresse, coexistent deux organisations de garde :

- une organisation, Bourg urgences médicales (BUM) assurée par les médecins installés de la communauté de communes de Bourg en Bresse,
- une organisation type « SOS médecins », Bourg Secours Santé (BSS), qui suite à un accord passé avec BUM, intervient en première ligne les nuits de semaine.

✓ Cinq autres secteurs ont la même organisation. Mais dans ces secteurs 2 médecins assurent l'astreinte la nuit soit pour des raisons de distance géographique, soit pour des raisons de densité de population.

✓ Trois secteurs n'organisent une astreinte que le week-end et les jours fériés.

✓ Huit secteurs sont des secteurs « frontaliers ». Ils organisent une astreinte de week-end, de jours fériés et de nuit en semaine avec les médecins des départements voisins.

✓ Un secteur de montagne est couvert par un seul médecin qui s'organise en alternance avec 2 secteurs voisins.

✓ Trois secteurs sont regroupés autour d'une maison médicale de garde créée en milieu rural en janvier 2003.

La médiane du nombre d'habitants par secteurs (hors secteurs limitrophes et secteurs regroupés autour de la maison médicale de garde) est de 12 123 habitants (maximum = 54409 ; minimum = 2436). La superficie médiane des secteurs est de 142 km² (maximum = 402,5 ; minimum = 32). La médiane du nombre de médecins par secteurs est de 10 (maximum = 50 ; minimum = 1).

b) *La participation des médecins généralistes à la régulation : une expérience menée dès 1987*

Les médecins généralistes sont à l'origine, dans l'Ain, de la création du centre d'écoute et de régulation médicale devenu, en 1987, centre 15. Ils en ont assuré au départ une part du financement et la totalité de la régulation des appels tant libéraux que d'aide médicale urgente. Cette première expérience est cependant stoppée en mars 1993 pour des motifs financiers et devant la volonté du chef de service du SAMU de « professionnaliser » l'activité. Il est ainsi demandé aux médecins généralistes une fréquence de participation à la régulation difficilement compatible avec la poursuite de leur activité libérale. En 2003, ils ne sont plus que trois médecins généralistes à participer encore à la régulation selon ces modalités.

Depuis le 1^{er} mars 2003, les médecins libéraux de deux secteurs régulent à nouveau au centre 15 en parallèle avec des praticiens hospitaliers. En effet, en échange d'une régulation permanente des appels de leur secteur, les médecins participent sur la base de 1 à 2 vacations annuelles de 6 heures à la régulation des seuls appels relevant de la médecine de ville. Une extension progressive à l'ensemble des secteurs du département est espérée et encouragée par l'APSUM 01 et le sous comité médical du CODAMU⁴⁶.

c) *La rémunération des astreintes*

Suite à la circulaire n°71/2002 de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 3 mai 2002⁴⁷, et malgré l'absence d'arrêté préfectoral validant la sectorisation, les 50 € de forfait d'astreinte sont versés depuis l'été 2002 aux médecins ayant « volontairement » (hors réquisition) assuré la garde.

C) *La maison médicale de garde de la plaine de l'Ain : une expérimentation récente*

Le 10 janvier 2003 a été inaugurée la maison médicale de garde de la plaine de l'Ain, première maison médicale de garde du département. Elle est également la première maison médicale de garde rurale et semi-rurale en France. Implantée à Ambérieu en Bugey, ville de 12 000 habitants siège d'un UPATOU situé à proximité immédiate, elle couvre un secteur de 50 000 habitants. Un médecin de garde à la maison médicale assure quotidiennement de 18 heures à 24 heures en semaine, le samedi de 12 heures à 24 heures et le dimanche de 8

⁴⁶ Relevé de conclusions du sous-comité médical du CODAMU du mercredi 27 novembre 2002

⁴⁷ Circulaire n° 71/2002 de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 3 mai 2002 relative à la mise en œuvre du protocole national sur la permanence des soins.

heures à 24 heures la permanence des soins. Il peut, en cas de nécessité de visite et selon la localisation géographique de la demande de soins, mobiliser l'un des deux médecins du secteur, d'astreinte à domicile. Après minuit, ces deux médecins peuvent être sollicités par le centre 15 sur lequel est basculé jusqu'au matin la régulation médicale. Celle-ci est assurée par le SAMU 01 en échange de la participation des médecins du secteur à une vacation de 6 heures annuelle chacun.

.Le financement de la maison médicale est totalement assuré par le F.A.Q.S.V. Au budget d'investissement initial (87 000 €) s'ajoute un budget annuel de fonctionnement de 113 000€.

3 MATERIEL ET METHODES

3.1 Le questionnement et les hypothèses

Actuellement, la permanence des soins repose sur une organisation spontanée des médecins généralistes contraints par l'obligation déontologique de participer au tour de garde. La suppression de cette obligation et l'instauration du volontariat risque de mettre en difficulté cette auto-organisation de la profession. En cas d'insuffisance des filets de sécurité prévus par l'avant projet de décret, la nécessité d'assurer à la population une permanence des soins donnerait aux médecins inspecteurs de santé publique la charge de son organisation avec si nécessaire recours à des réquisitions préfectorales. Cette tâche supplémentaire risque d'entraîner, comme pendant la grève de 2001-2002, une surcharge du service de l'inspection de la santé compte tenu du nombre toujours croissant de missions prioritaires qui lui sont confiées et de la carence chronique d'effectifs.

C'est pourquoi, il apparaît nécessaire de mieux cerner dès à présent si les médecins généralistes du département seront volontaires pour participer à la permanence des soins. Il est également indispensable d'identifier les mesures susceptibles de les inciter à poursuivre leur participation aux tours de garde.

En effet, plusieurs dispositions semblent, à la lecture de la presse médicale susceptibles de favoriser l'adhésion des médecins généralistes à la permanence des soins sur la base du volontariat. Dans le cadre de ce travail, cinq parmi celles-ci seront étudiées.

1. L'adéquation entre les compétences des médecins généralistes et les besoins de santé des populations pendant les horaires de la permanence des soins.
2. La rémunération incitative des astreintes.
3. Le faible volume d'activité.

4. La limitation, par le biais d'une régulation des appels libéraux, de l'activité aux seuls appels médicalement justifiés.
5. La mutualisation des moyens par l'ouverture, par exemple de maisons médicales de garde.

3.2 Les méthodes

3.2.1 La recherche bibliographique

Elle a été effectuée à partir des mots clés du thésaurus «continuité soins, soins urgence, organisation urgence, urgence hospitalière, service urgence, médecin généraliste, garde médicale, bénévolat, centre 15» sur la banque de données de l'École nationale de la santé publique et la banque de données santé publique (BDSP). Les mêmes mots clés et « permanence des soins » ont été utilisés avec le moteur de recherche « Google ». Compte tenu de l'évolution incessante du dossier, une veille documentaire au travers de l'abonnement à une liste de diffusion électronique (www.egora.fr), d'une consultation régulière des sites Internet du Conseil national de l'ordre des médecins, des syndicats de médecins généralistes et des médecins urgentistes et au travers de la lecture de grands quotidiens médicaux et de la presse grand public a été maintenue jusqu'à la phase de rédaction finale. Par ailleurs les documents internes de la DDASS de l'Ain (notes au préfet, comptes rendus des réunions du sous-comité médical du CODAMU et du groupe de travail sur la permanence des soins) ont été étudiés.

3.2.2 Le recueil de données quantitatives

Les données quantitatives sont recueillies auprès du Centre 15 du département et des caisses d'assurance maladie (Caisse primaire d'assurance maladie, Caisse de la mutualité sociale agricole du département, Caisse maladie régionale (CMR) Rhône-Alpes des professions indépendantes).

Le recueil des données quantitatives a pour objectif d'appréhender, pendant les heures de permanence des soins, la charge de travail des médecins généralistes.

A) Les données des caisses d'assurance maladie

L'activité des médecins généralistes pendant la permanence des soins peut être approchée par l'analyse des demandes de remboursement introduites par les usagers auprès des 3 caisses d'assurance maladie. En effet, les actes (visites et consultations) pratiquées pendant les heures de permanence des soins font l'objet d'une cotation spécifique (cotation différente pour la nuit et pour les dimanches et jours fériés).

B) Les données du centre 15

Du mois de février 2002 au mois de mai 2002, les praticiens de onze secteurs⁴⁸ du département, ont observé une grève quasi-totale de la permanence des soins. On peut estimer que pendant ces 4 mois, la totalité des appels de la population de ces secteurs était régulée par le SAMU 01. Les affaires correspondant à une demande de conseil médical ou à une demande de médecin ont ainsi augmenté pour la période considérée de 45 % entre 2001 et 2002. Seuls les appels nécessitant une consultation ou une visite étaient ensuite orientés vers le médecin de garde réquisitionné par l'autorité préfectorale. Pendant cette période et pour ces secteurs, il est donc possible, à partir des données de régulation du centre 15 d'estimer la demande en soins non programmés.

Les données du centre 15 proviennent du logiciel de régulation Centaure 15. Elles sont extraites de cette base de données grâce à Business Objects par le responsable du SAMU 01 à partir d'un plan d'analyse détaillé élaboré dans le cadre du mémoire. Les données extraites sont ensuite exportées et traitées sous Excel.

3.2.3 Le recueil de données qualitatives

Les données qualitatives sont recueillies par différents moyens : prise de notes au cours de réunions et entretiens semi-directifs avec des médecins généralistes et des personnes ressources.

a) *Les entretiens avec des médecins généralistes*

La diversité des caractéristiques personnelles (âge, sexe...) et des pratiques des médecins généralistes (exercice en milieu urbain, semi-rural ou rural, exercice en cabinet individuel ou de groupe) fait pressentir une diversité d'opinions des médecins généralistes sur la permanence des soins. Pour avoir le maximum de chances de retrouver cette diversité attendue, un choix raisonné des médecins enquêtés en fonction de leur sexe, de leur âge et de leur mode d'exercice (cabinet individuel ou en groupe) est décidé. Cette structuration de l'échantillon permet ainsi d'identifier 8 médecins dont 4 de sexe masculin et 4 de sexe féminin. Dans chaque sexe, 2 médecins exercent en cabinet individuel et 2 en cabinet de groupe. Dans chacune des ces sous-catégories, un médecin a plus de 40 ans et un moins de 40 ans.

⁴⁸ Secteurs de Bellegarde, Belley, Chatillon sur Chalaronne, Collonges, Gex-Divonne, Jassans Riottier, Lent, Meximieux, Montluel, Saint André de Corcy, Trévoux.

Par ailleurs, pour obtenir une répartition géographique sur l'ensemble du département, l'échantillon initial est complété par trois généralistes supplémentaires.

Le choix de tous les médecins enquêtés est également guidé par la richesse du contact qui avait pu s'établir avec le médecin inspecteur titulaire au cours de la période de réquisition, ce afin de limiter le risque de refus initial et de maximiser les chances d'entretiens riches.

Deux autres médecins généralistes enfin sont retenus en tant que personnes ressources.

Les entretiens avec les médecins généralistes sont menés sur la base d'un guide d'entretien. Ce guide a subi au fil des entretiens des modifications permettant de s'adapter aux difficultés rencontrées dans son utilisation. La version donnée en annexe 3 est la version finale.

b) *Les entretiens avec des représentants d'institutions et d'acteurs aux compétences reconnues dans le dossier de la permanence des soins*

Ils sont réalisés avec pour fil conducteur des guides d'entretien spécifiques (annexe 4)

Modalités d'administration et méthode d'analyse

La quasi-totalité des entretiens est réalisée face à face. Seuls ceux auprès des personnes ressources habitant hors du département sont, pour des raisons de faisabilité, effectués par téléphone. Pendant l'entretien, des notes précises sont prises puis recopiées sous Word le jour même afin de retranscrire avec fidélité les idées et les expressions caractéristiques des interviewés. Elles font ensuite l'objet sur le même support informatique d'un codage permettant une analyse thème par thème.

4 LES RESULTATS

4.1 Les sources de données quantitatives

4.1.1 Les données des caisses d'assurance maladie

En raison de l'absence d'exploitation en routine des demandes de remboursement des consultations et visites majorées (majoration nuit et jours fériés), il n'a été possible d'obtenir pour la C.P.A.M. que les données, par secteur de garde, sur l'année 2001 et le

premier trimestre 2002⁴⁹. A fin de concordance, la M.S.A. et la C.M.R. ont été sollicitées pour fournir les mêmes données sur la même période.

4.1.2 Les données du centre 15

L'ensemble des données du plan d'analyse a pu être obtenu auprès du responsable du SAMU 01.

Cependant, parmi les onze secteurs en grève totale, cinq secteurs sont limitrophes avec le Rhône et sont pour partie régulés par le centre 15 de ce dernier département. De fait, l'estimation de la demande de soins non programmés à partir des données du centre 15 de l'Ain n'a été possible qu'à partir des données des six secteurs restants⁵⁰.

4.2 Les sources de données qualitatives

4.2.1 Les réunions

Plusieurs réunions ont permis le recueil de données qualitatives :

- quatre réunions du groupe de travail sur la permanence des soins chargé de préparer la déclinaison départementale du protocole du 1^{er} mars 2002 (les 20 mars, 17 juillet et 31 juillet 2002 et le 15 février 2003). La composition de ce groupe de travail est donnée en annexe 5.
- deux réunions du sous-comité médical du CODAMU (dont la composition est donnée en annexe 5) en date du 24 avril et du 27 novembre 2002
- une réunion de l'APSUM 01 en date du 7 février 2003 ayant pour objectif la présentation, aux responsables de secteur de garde du département, des modalités de participation des médecins généralistes à la régulation des appels libéraux au centre 15.

4.2.2 Les médecins généralistes

Au total, 13 médecins généralistes ont été interviewés entre le 7 janvier et le 18 février 2003 : 4 femmes et 9 hommes. 4 ont moins de 40 ans révolus, 6 exercent en cabinet individuel, 3 en milieu urbain et 10 en milieu rural ou semi-rural.

⁴⁹ L'arrêté du 27.02.2002 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et des auxiliaires médicaux introduit à cette période une différenciation de la rémunération en fonction des heures de nuit (tranche horaire de 20 heures à 24 heures et de 6 heures à 8 heures d'une part et tranche horaire de 24 heures – 6 heures d'autre part)

⁵⁰ Bellegarde, Belley, Chatillon sur Chalaronne, Collonges, Gex-Divonne, Lent.

Parmi ces médecins, 2 généralistes ont été interviewés en tant que personnes ressources : le vice-président de MG-France 01 également secrétaire général du même syndicat et le président de l'APSUM 01. Avec ce dernier, une première rencontre le 16 octobre 2002 au moment de la délimitation du travail avait pu avoir lieu.

Tous les entretiens des médecins généralistes ont été réalisés face à face et ont duré d'une demi-heure à une heure 30 selon la disponibilité de l'interlocuteur.

4.2.3 Les représentants d'institutions ou d'organisations

Les opinions des représentants de quatre institutions ou organisations ressources dans le dossier de la permanence des soins ont pu être recueillies : la direction générale de la santé (sous-direction de l'organisation du système de soins de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS)), le conseil départemental de l'ordre des médecins de l'Ain, l'U.R.M.L. Rhône-Alpes et la D.D.A.S.S. de l'Ain. La liste des personnes interviewées figure en annexe 6.

4.3 La permanence des soins, une compétence du médecin généraliste

4.3.1 Une approche quantitative de l'activité du médecin généraliste pendant la permanence des soins

A) Les données des caisses d'assurance maladie

a) *Importance de l'activité durant la permanence des soins*

Activité globale (données C.P.A.M.)⁵¹

Pour l'activité relevant du remboursement de la CPAM, sur un total de 1 718 959 actes (consultations et visites), 5 828 ont été réalisés pendant la permanence des soins dont 2 671 la nuit (46 %) et 3 157 le week-end et jours fériés (54 %). L'activité au cours de la permanence des soins représente ainsi 0,3 % de l'activité des médecins généralistes (0,2 % de l'activité de consultation et 1,8 % de l'activité de visite).

⁵¹ Le total des demandes de remboursement pour la M.S.A. et la C.M.R. n'a pas été communiqué pour la période considérée

Répartition de l'activité (données C.P.A.M., M.S.A. et C.M.R.)

Le nombre de consultations et de visites majorées (par l'application du forfait nuit ou dimanche et jour férié), réalisées entre janvier 2001 et mars 2002 et introduites pour remboursement par les assurés sociaux du département auprès des trois régimes d'assurance maladie, est présenté dans le tableau suivant.

Tableau 1 : nombre de consultations et visites majorées réalisées entre janvier 2001 et mars 2002 et introduites pour remboursement par les assurés sociaux de l'Ain auprès des trois régimes d'assurance maladie

	Consultations week-end et jours fériés	Consultations nuit	Visites week-end et jours fériés	Visites nuit	Total
CPAM	1503	945	1654	1726	5828
MSA	891	396	1689	1455	4431
CMR	428	210	826	699	2163
TOTAL	2 822	1 551	4 169	3 880	12 422

Au total 12 422 actes ont été réalisés pendant la permanence des soins entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 mars 2002. Seulement 35 % de l'activité est réalisée en consultation et 56 % des actes sont pratiqués les dimanches et jours fériés. Les remboursements introduits par les allocataires de la C.P.A.M. représentent près de la moitié des demandes de remboursement, ceux de la M.S.A. en représentent un peu plus du tiers (36%) alors que les ressortissants de ce dernier régime ne représentent qu'environ 7 % des assurés sociaux du département.

Évaluation de l'activité d'un médecin de garde

Rapportée au nombre de semaines de la période et au nombre de secteurs du département, l'activité approchée d'un médecin généraliste de garde est donnée dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Activité estimée d'un généraliste de garde pour un secteur et pour une semaine (données assurance maladie – département de l'Ain, janvier 2001 – mars 2003)

	Consultations SDJF	Consultations nuit	Visites SDJF	Visites nuit	Total
Moyenne de l'activité hebdomadaire	1	0,6	1,5	1,4	4,5

Au total, par semaine de garde, un médecin pratique en moyenne environ 4,5 actes durant la permanence des soins (1,6 consultations et 2,9 visites).

Cette moyenne peut recouvrir d'importantes disparités inter sectorielles. Mais en l'absence de données par secteur pour les actes remboursés par la M.S.A. et la C.M.R., l'analyse à partir des seules données de la C.P.A.M. nécessiterait de faire l'hypothèse d'une égale proportion entre allocataires des 3 régimes au sein des différents secteurs. Dans l'Ain, département géographiquement très contrasté, cette hypothèse est fortement entachée d'incertitude.

Proportion de visites et de consultations

La proportion, par secteur, des visites effectuées auprès des malades allocataires de la C.P.A.M. pendant la permanence des soins est présentée dans le tableau suivant :

Tableau 3 : Proportion des visites dans l'activité de permanence des soins (données CPAM de l'Ain : remboursements des actes majorés - janvier 2001 à mars 2003.

	Toutes périodes	Nuit	DJF
Médiane des secteurs	55%	62%	50%
Maximum des secteurs	82%	96%	71%
Minimum des secteurs	38%	43%	33%

Pendant la permanence des soins, 55 % des actes réalisés sont des visites. Cette proportion est de 62 % la nuit et de 50 % les dimanches et jours fériés. Cependant, on observe une importante diversité entre les secteurs : dans un secteur urbanisé de 14 000 habitants (Belley) 96 % de l'activité de permanence est constituée de visites la nuit et de 71 % les dimanches et jours fériés. Le secteur ayant l'activité de visite de nuit la plus faible (43 %) comme les dimanches et jours fériés (33 %) est un secteur frontière avec la Saône et Loire (Guéreins).

B) Données de régulation du centre 15 pour les nuits de semaine (entre 20 h et 8 h), les samedis, dimanches et jours fériés

4920 appels ont été traités pendant ces heures, par le centre 15, entre février et mai 2002, pour les 6 secteurs qui ont observé une grève dure des gardes. Ceci représente une moyenne de 51 appels par semaine et par secteur. Environ un tiers des appels (30 %) parvient au centre 15 les nuits de semaine, deux tiers les dimanches et jours fériés.

Estimation de la demande de soins non programmés

La demande de soins non programmés est très différente d'un secteur à l'autre comme le montre les données du tableau suivant.

Tableau 4 : nombre d'appels pour conseils et demandes de médecins par secteur parvenus au centre 15 entre février 2002 et mai 2002 pour 6 secteurs du département de l'Ain (Bellegarde, Belley, Chatillon sur Chalaronne, Collonges, Gex-Divonne, Lent)

	Médiane	Maximum	Minimum
Nombre hebdomadaire d'appels pour conseil et/ou demande de médecin	39	77	19
Nombre hebdomadaire d'appels de nuit pour demande de médecin	5	13	2
Nombre hebdomadaire d'appels de nuit pour conseil et/ou demande de médecin	11	25	5
Nombre hebdomadaire d'appels dimanches et jours fériés pour demande de médecin	17	35	7
Nombre hebdomadaire d'appels dimanches et jours fériés pour conseil et/ou demande de médecin	28	51	14

L'intervention d'un médecin de garde est donc demandée en valeur médiane une fois par nuit de semaine (5 appels pour 5 nuits de semaine) et 8 fois les dimanches et jours fériés (17 appels sur 2 jours environ soit 8 appels par période de 24 heures). Il reçoit environ 2 appels par nuit (11 appels pour 5 nuits) et 14 les dimanches et jours fériés (28 appels pour 48 heures environ).

Dans le secteur de Gex-Divonne, l'intervention du médecin est demandée près de 3 fois toutes les nuits de semaine (13 appels en valeur médiane pour 5 nuits) et le médecin reçoit au total environ 5 appels toutes les nuits de semaine. Cette situation a conduit ce secteur à dédoubler la garde de nuit.

Ces importantes différences entre les secteurs ne sont que de manière marginale liée à la densité de population dans le secteur. La médiane du nombre d'appels hebdomadaires (pour

demande de conseil et demande de médecin) reçus pour un secteur par le centre 15 est de 2 pour 1000 habitants. Quatre appels par semaine pour 1000 habitants sont reçus par le secteur qui appelle le plus et 2 pour le secteur qui appelle le moins.

Typologie des appels

40 % des appels correspondent à une demande de conseils, 60 % à une demande de médecin de garde. Au cours des nuits de semaine, 50 % des appels sont des demandes de conseil contre seulement 36 % les dimanches et jours fériés.

4.3.2 La perception par les généralistes de l'adéquation entre leurs compétences et l'activité au cours de la permanence des soins

L'activité des médecins généralistes pendant la permanence des soins est clairement répartie, par la majorité des médecins enquêtés, entre prise en charge des urgences vitales, prise en charge des urgences ressenties et prise en charge de ce qu'ils appellent «la bobologie »

Cette subdivision permet d'identifier clairement 2 groupes de praticiens :

- ✓ Les praticiens qui, de par leur formation initiale, leur activité antérieure ou leur activité de médecin pompier volontaire se sentent compétents dans la prise en charge des urgences vitales.

Ces médecins pour lesquels, dans ce travail, ne se dégage pas de typologie particulière en terme d'âge, de mode d'exercice ou de lieu d'exercice, pensent que les compétences du médecin généraliste sont en adéquation avec les activités de la permanence des soins. Un jeune médecin affirme même « être fier d'être de garde pour les urgences, même s'il ne sauve que 4 vies par an ».

Cependant, comme contre exemple dans cette catégorie, un médecin pompier dit ne pas avoir dans sa trousse de matériel de réanimation et affirme qu'il n'a pas vocation à être urgentiste. Il dit « pouvoir tout à fait déléguer cette activité à l'hôpital voisin ». Ce médecin reconnaît en fait faire, dans le cadre de son activité de médecin pompier, peu de sorties pour des cas lourds compte tenu de la réputation et de l'efficacité du corps de sapeurs pompiers local.

- ✓ Les praticiens qui ne se jugent pas compétents dans la prise en charge des urgences vitales.

Ces médecins mettent en avant la rareté de la pratique des gestes d'urgence ce qui entraîne une maîtrise insuffisante des gestes techniques même si des stages de formation sont réalisés. Le Dr C. se dit plus angoissée par les urgences maintenant qu'au moment de son installation. Le Dr G. évoque également la difficulté du médecin généraliste à intervenir

sur une urgence vitale car le généraliste se « retrouve seul : il doit gérer son stress, le stress des autres et les gestes techniques ».

En ce qui concerne la bobologie et la prise en charge des urgences ressenties, les médecins se déclarent compétents dans leur prise en charge. Certains, comme le Dr A., soulignent même l'intérêt de l'activité menée pendant la permanence des soins : « je fais beaucoup plus d'actes spécialisés qu'au début de mon installation notamment en cardiologie et en radiologie » car les spécialistes font eux aussi des actes de plus en plus spécialisés laissant aux généralistes par exemple les électrocardiogrammes ». Le Dr C et le Dr H. regrettent que les malades aillent pour une petite suture directement aux urgences hospitalières, même s'ils doivent y attendre longtemps, alors qu'elles pourraient être faites au cabinet médical.

4.4 La permanence des soins : une activité vécue comme une obligation par le médecin généraliste

La plupart des médecins généralistes interrogés quel que soit leur sexe, leur âge, ou leur mode d'exercice disent participer au système de garde actuel par obligation. Cette obligation découle selon les médecins de différents principes :

La permanence des soins : une obligation déontologique

Beaucoup se réfèrent à l'obligation inscrite dans l'article 77 du code de déontologie médicale. Cette obligation a été traduite, par le conseil départemental de l'ordre des médecins, à plusieurs reprises dans les faits comme l'affirme son président. Ainsi, un médecin à exercice particulier, alléguant d'une absence de compétences en matière de prise en charge des urgences, s'est vu signifier l'obligation de participer au tour de garde après une période de formation spécifique. Cette obligation a été confirmée par le conseil national de l'ordre des médecins et le Conseil d'État, juridictions devant lesquelles le médecin avait déposé un recours. Ce cas est évoqué par le Dr H. qui regrette toutefois, comme le Dr L., qu'un nombre important de médecins se fasse remplacer pendant leurs gardes ou les sous-traitent, contournant de ce fait l'obligation.

Pour le Dr A., l'obligation de participation à la permanence des soins ne signifie pas obligatoirement la participation physique du médecin à cette dernière. La participation des médecins peut également s'entendre comme une participation financière (paiement des cotisations à l'association de garde, participation aux frais d'un numéro de téléphone unique...) ou au travers d'une participation limitée à l'activité de régulation.

La permanence des soins : une nécessité pour assurer la continuité des soins

D'autres médecins se réfèrent à l'obligation d'assurer la continuité des soins aux malades. Pour l'évoquer, les médecins interrogés ne s'appuient jamais sur l'obligation déontologique. Pour le Dr B., la continuité des soins est « le cœur du métier du généraliste ». Le Dr E. affirme qu'« il est légitime que le malade ait une réponse médicale 24 heures sur 24 ». Pour le Dr A., « la responsabilité du médecin ne s'arrête pas à la porte de son cabinet ». Prenant exemple sur le cas d'un malade qui serait victime, pendant la garde, d'une réaction allergique à une crème prescrite par un dermatologue, le Dr A. estime que, si le malade ne trouve pas de réponse médicale, cela « risque de saper la confiance des malades dans la profession ». Pour le Dr C., « le dialogue avec les malades est important, ils ont le droit d'avoir un médecin quand ils ont en besoin : c'est difficile d'échapper à cela ».

La permanence des soins source de cohésion de la profession

Certains médecins trouvent également dans la permanence des soins une source de cohésion de la profession, « un élément fédérateur ». Exerçant en cabinet de groupe, le Dr A. trouve, dans sa participation aux gardes, une source de cohésion avec ses confrères du cabinet. Au sein du cabinet, les médecins peuvent s'échanger les gardes et se référer des malades vus en garde en fonction des compétences particulières de chacun (pour une radiographie par exemple qu'un seul membre du groupe sait bien manipuler). Mais la cohésion est également indispensable avec les autres médecins du secteur de garde, en particulier pour éviter le recours inutile à l'hôpital. Ce dernier est jugé par le Dr B. comme ayant un comportement hospitalo-centriste qui nierait, d'après lui, le travail mené en amont par le généraliste (changement systématique de traitement introduisant dans l'esprit des gens le doute vis à vis de la qualité du médecin traitant). Le Dr B. ne remet pas en cause la qualité des soins dispensés à l'hôpital mais la qualité de la continuité des soins. Le même médecin dénonce également le recrutement de l'hôpital qui « tant qu'il a des lits vides, les remplit » « en raison de l'absence de barrière d'accès ». Aussi, pour le Dr A., « il vaut mieux garder la malade dans le cadre de la médecine générale que de l'adresser à l'hôpital car, une fois le malade à l'hôpital, « le médecin traitant le perd et n'a plus de nouvelles pendant longtemps ».

La permanence des soins : une pratique naturelle

Trois médecins affirment participer au tour de garde « naturellement » : « cela fait partie du métier ». Le Dr C. savait, quand il s'est installé, que le métier comportait des gardes. Le Dr A. dit avoir vu son père en faire et en avoir toujours fait depuis ses études. Le Dr K., installé depuis 3 ans, affirme même bien aimer faire des gardes.

La permanence des soins : un confort

Le Dr A. évoque le confort de faire des gardes : « s'il est de garde un week-end sur 8, il est de fait libre les 7 autres ». Pour le Dr I., le plus du système de garde c'est la liberté d'esprit quand elle n'est pas de garde. L'amélioration des conditions de travail, soit par rapport aux générations antérieures de médecins soit par rapport au début d'installation ou à une installation antérieure, est évoquée par ces 2 médecins comme un facteur leur permettant d'accepter les contraintes de la garde.

La permanence des soins : une source de revenus ou de nouveaux clients

Dans les entretiens, la motivation financière d'une participation actuelle aux gardes n'a jamais été évoquée. Deux médecins de plus de 40 ans, dont un exerçant en milieu urbain, l'évoquent comme motivation au début de leur installation. Plusieurs autres la citent en soulignant le changement par rapport à une réalité antérieure : avant, les médecins vivaient leur métier comme un sacerdoce et faisaient des gardes pour des motivations financières ou pour constituer leur clientèle. Comme le résume le Dr B, « l'offre était supérieure à la demande ». A présent « la demande est supérieure à l'offre » et le nombre des médecins qui ont une vision sacerdotale de leur métier diminue.

La crainte de perdre un pan d'activité qui pourrait être récupéré par d'autres professionnels n'est évoquée que par un médecin proche de la retraite qui a vécu l'arrivée des « S.M.U.R. qui venait intervenir sur le terrain sans prévenir le médecin de garde » et qui regrette « l'invasion des pompiers dans un créneau laissé vacant par les médecins ».

Un médecin volontaire

Parmi les médecins interrogés, seul le Dr F, médecin d'une cinquantaine d'années se déclare volontaire pour faire des gardes. Pour lui, le médecin généraliste en tant que 1^{er} échelon de référence doit assurer une permanence des soins. Son volontariat se traduit également dans son action de pompier volontaire.

4.5 Les médecins généralistes et le volontariat

4.5.1 Les médecins ne croient pas au volontariat

« Le volontariat c'est du pipeau », « le volontariat est illusoire », « irréalisable », « le volontariat ne marchera pas », « ce n'est possible que dans un monde utopique », « l'instauration du volontariat n'est qu'une hypocrisie » : la majorité des médecins interrogés ne croit pas au volontariat.

Le volontariat : une exigence des syndicats

Pour le Dr B., ceux qui dans la rue au moment des grèves réclamaient le plus fort le volontariat étaient les médecins qui ne faisaient pas de garde. Les syndicats ont réclamé le volontariat pour satisfaire ces médecins mais, au sein des mêmes syndicats, « des voix fortes s'élevaient contre le volontariat ». Pour ce même médecin, « quand les gardes sont volontaires, il est possible de négocier ; quand on est dans un système obligatoire, il n'y a plus rien à négocier ». Mais en réponse à cette revendication syndicale, un autre médecin souligne la faible représentativité des syndicats⁵².

Le volontariat : un échec pressenti

Pour expliquer les raisons pour lesquelles à son avis le volontariat ne marchera pas, le Dr E. fait le parallèle avec la mise en place du carnet de santé : « l'absence d'obligation à son utilisation a signé l'inefficacité de la mesure ».

Pour le Dr C., « il n'est pas normal que les gardes reposent sur certains qui croient à ce qu'ils font, il n'y a pas de raisons pour que, pour les uns se soit un sacerdoce et pour les autres ce soit plus cool. ». Le fait que certains médecins non exemptés par l'Ordre ne fasse pas de garde représente pour certains un manque d'équité entre confrères.

Le Dr A. est, pour sa part, opposé au volontariat car, en l'absence de volontaires, il risque de déboucher sur de nouvelles réquisitions auxquelles il s'oppose en tant que libéral, les réquisitions étant pour le service public ». Ce même médecin pense que « l'instauration du volontariat risque de mettre hors jeu les associations de médecins de garde au profit des syndicats qu'il juge moins représentatifs et de la tutelle, ce qui n'est pas une bonne chose ». L'obligation est pour lui un moyen de pression qui « permet de remettre dans le droit chemin les confrères qui n'assurent pas de manière effective la permanence alors qu'ils sont de garde ».

⁵² Représentativité des différents syndicats CSMF : 5,5 % des généralistes ; MG-France : 4,3 % des généralistes ; SML : 3,7 % des généralistes ; Alliance : 3,5 % des généralistes ; FMF : 1,8 % des généralistes (soit au total moins de 20 % des généralistes) dans : BOURGUIGNON A. "Représentativité : stabilité des effectifs des syndicats, sauf pour les généralistes". Le quotidien du médecin, 12 décembre 2002, n° 7328, pp 3.

Le volontariat : un problème différent en milieu urbain et rural

Pour le Dr A., le problème du volontariat se pose différemment en milieu urbain et rural. En milieu urbain, une majorité de médecins ne souhaite plus faire de gardes : les médecins sont anonymes, n'ont pas de proximité avec les gens. Au contraire, en milieu rural dit-il, une grande proportion des médecins n'a pas l'intention de ne plus participer à la permanence des soins. Le médecin est intégré dans la vie du village, « il vit dans le même cadre que les gens » ; la médecine rurale est une médecine de proximité. Cette proximité est également soulignée par le Dr B. à qui il arrive de répondre à des appels urgents dans le village où il habite alors que ce dernier n'appartient pas à son secteur de garde.

Cette différence de comportement pressentie par le Dr A., en fonction de l'appartenance au milieu rural ou urbain, n'est cependant pas retrouvée par l'analyse des entretiens menés dans le cadre de ce travail.

Le volontariat : un faux problème

Pour plusieurs médecins interrogés, l'instauration du volontariat est un faux problème car le volontariat existe déjà de fait : « en France déjà 30 % des médecins ne font pas de garde ». Ce même chiffre est avancé pour la ville de Bourg en Bresse par un des médecins interrogés.

4.5.2 La moitié des médecins se déclare non volontaires

La moitié des médecins interrogés déclare qu'ils ne seront pas volontaires pour participer à la permanence des soins. Dans ce groupe on retrouve la quasi-totalité des femmes médecins. Les autres caractéristiques (mode et lieu d'exercice, âge) ne sont pas différentes de celles du groupe des volontaires.

A) La suractivité et les problèmes de responsabilité comme raisons du non-volontariat

Le Dr L., non volontaire, exprime son « ras-le bol de faire de la bobologie en garde, d'être de garde pour tout (y compris les soins dentaires) de se déplacer à la place des malades dans le mauvais temps [le jour de l'entretien la neige menaçait], de ne pas trouver les adresses ... ». Ce médecin se déclare en situation « d'épuisement psychologique » et « ne veut pas finir comme 40 % des médecins par péter un câble ». Le Dr C. ne serait pas volontaire car « elle ne veut pas être dans la galère à la place de ceux qui veulent se reposer », sa participation au système de garde devenant pour elle « de plus en plus lourde à porter, de plus en plus galère ». Elle affirme également avoir passé l'âge d'être volontaire mais se dit prête à être volontaire pour dépanner de temps en temps. Pour le Dr E., aucun médecin de son secteur de garde ne sera volontaire. Son objectif actuellement est de réduire son activité

quitte à gagner moins. « Il souhaite avant tout travailler moins pour travailler mieux ». Le Dr H. pour sa part ne sera pas volontaire pour « voir davantage ses enfants ».

Deux médecins mettent en avant le problème de la responsabilité : « travailler 13 heures dans la journée et enchaîner une nuit de garde est dangereux pour le médecin et pour ses malades. Même les camionneurs ont le devoir d'observer un repos de sécurité ... ». L'un des deux évoque la possibilité dans l'avenir de textes réglementaires qui limiteraient, à l'image des praticiens hospitaliers, le temps de travail hebdomadaire.

Pour le Dr H., médecin récemment installé en libéral, tous les anciens médecins ne veulent plus faire de gardes : « si on les interrogeait, ils voudraient laisser les jeunes médecins prendre les gardes. » Cette opinion est corroborée par celle du Dr C. qui fixe à 40 ans l'âge limite de la participation aux gardes.

B) La solidarité et la continuité des soins comme raisons du volontariat

Le Dr B. se déclare non volontaire personnellement mais volontaire dans le cadre de la continuité des soins et de la solidarité professionnelle. Pour lui, les médecins sont prêts à s'engager sur la continuité des soins. Mais précise t'il, si les médecins de son secteur se désengagent, il se désengagera également. C'est dit-il « comme pour les impôts : j'accepte d'en payer parce que les autres en payent ... ». Pour le Dr D., la charge de travail doit être répartie sur tout le monde. Pour le Dr J., « soit tout le monde est volontaire soit personne ne l'est ».

Parmi les médecins volontaires, certains mettent des conditions. Le Dr J. ne serait volontaire que pour les urgences mais n'est pas volontaire pour la bobologie « qui doit être réglée pendant les heures d'ouverture des cabinets médicaux».

Pour le président du conseil de l'ordre, la totalité des médecins sera volontaire au nom de la continuité des soins. Si l'article 77 était supprimé, la participation à la permanence des soins relèverait toujours de la Constitution (droit de chaque individu à la protection de sa santé), du code de santé publique et des autres articles du code de déontologie.

Le Dr F. pense pour sa part que les médecins de son secteur de garde seront volontaires si des solutions satisfaisantes sont mises en place.

4.5.3 Les mesures incitatives au volontariat

A) Les incitations financières

Les médecins généralistes sont unanimes : la rémunération n'est pas, pour eux-mêmes, une incitation au volontariat.

Un médecin, responsable de secteur de garde, confie qu'il a les plus grandes difficultés à récupérer les justificatifs permettant aux médecins d'être honorés par la caisse d'assurance maladie du forfait d'astreinte (50 €). Certains jugent les 50 € ridicules par rapport à la pénibilité, à la charge de travail ou aux charges financières auxquelles ils ont à faire face. Mais, « ce n'est pas trop le montant que la reconnaissance de la participation à un service public qui importe ». Plusieurs médecins soulignent que plus ils gagnent plus ils paient d'impôts. Un médecin rappelle également que la profession a bénéficié de revalorisations d'honoraires intéressantes.

Par contre, les Dr F et I. estiment que l'aspect financier, même s'il ne l'est pas pour eux-mêmes, pourrait être incitatif pour les confrères.

B) La formation

L'acquisition de connaissances en vue d'une diminution du stress et d'une meilleure maîtrise des situations d'urgence constitue, pour le Dr K, une incitation au volontariat. Ainsi, son engagement comme médecin pompier volontaire a été motivé, en partie, par la formation prodiguée.

C) La réduction de la demande de soins

Pour le Dr E., « la solution à privilégier serait d'agir en amont en visant à diminuer la demande de soins ». Plusieurs parmi les médecins interrogés se plaignent d'une importante activité et souhaitent la réduire. Cette réduction prend deux formes : la diminution de la demande totale de soins et la réduction de la part de l'activité réalisée en visite.

Certains médecins constatent déjà une réduction de la demande de soins qu'ils jugent comme l'un des effets positifs de la grève. Un médecin signale la disparition des demandes abusives telle que, par exemple, la vaccination d'enfants la nuit précédant leur départ en centre de vacances, leur mère ayant oublié de le faire auparavant.

D'autres médecins affirment réussir à négocier plus facilement la venue des malades au cabinet médical. Trois des médecins interrogés affirment avoir, depuis plusieurs années voire depuis le début de leur installation, incité les malades à consulter au cabinet plutôt que

de demander le déplacement du médecin à leur domicile. Tel est le cas du Dr M. qui souligne toutefois l'incompréhension initiale dont il a fait l'objet, tant de sa clientèle que de ses collègues : « j'ai été accusé d'être rigide mais aujourd'hui j'en récolte les fruits ; je n'ai pas participé au mouvement de grève car je ne suis pas un aigri de la médecine ».

D) La mise en place d'un repos compensateur

Pour le Dr H, l'instauration d'un repos compensateur serait incitative pour le volontariat. Mais il souligne immédiatement l'impossibilité de le mettre en place, l'activité du jour de repos se reportant sur le lendemain.

Pour le Dr B. au contraire, en tant que profession libérale, chacun peut réguler son activité comme il le veut. La réduction de l'activité des médecins est possible au prix d'une réorganisation de leur travail. Mais, déplore t'il, les médecins ne sont intéressés que par les soins et pas du tout par le management de leur activité.

E) Les nouvelles modalités d'organisation de la permanence des soins

De manière générale, il est apparu que les médecins généralistes du département sont peu informés des nouvelles modalités d'organisation de la permanence des soins (régulation des appels libéraux, maison médicale de garde...), même si, comme le reconnaît le Dr I., des courriers d'information lui sont envoyés. Mais dit-elle, je reçois « des tonnes de courrier », je n'ai pas le temps de tout lire car « il y a une vie après le cabinet ». Pourtant, la mise en œuvre de nouvelles modalités apparaît indispensable aux médecins car, comme le précise encore le Dr I., « il n'y pas de fatalité à tout subir ».

a) *La régulation des appels libéraux*

La régulation des appels libéraux s'appuie sur le principe suivant : le SAMU 01 régule l'ensemble des appels d'un secteur pendant les heures de la permanence des soins en échange d'une participation des médecins généralistes de ce secteur à la seule régulation des appels libéraux. Cette participation représente, pour un secteur donné, environ 12 heures de régulation par médecin et par an.

Une majorité des médecins trouvent l'idée intéressante

Une majorité des médecins interrogés est favorable à la régulation libérale. La régulation permet en effet la diminution des appels inutiles qui ne justifient pas de déplacement car, « être en prise directe avec le public ne permet pas le même recul ». Elle permet de faire la différence entre les urgences vitales, les urgences qui nécessitent une intervention rapide et les cas qui peuvent être traités le lendemain. Cette régulation de fait est double. Un premier barrage est constitué par le renvoi, sur le centre 15, des appels au médecin traitant. Comme

l'explique un médecin interrogé, « on dérange plus facilement le généraliste que le SAMU ». Le 2^{ème} filtre est assuré par le médecin régulateur.

Mais leur participation appelle une formation préalable

Pour le Dr L., comme pour d'autres médecins interrogés, la régulation est un métier. Une formation s'avère donc pour lui nécessaire même s'il exerce cette activité quotidiennement pour sa clientèle. « Il est beaucoup plus difficile de décider pour les autres, il faut connaître le malade ».

Et soulève des réticences chez les médecins qui :

✓ jugent leur organisation actuelle satisfaisante :

dans plusieurs secteurs, des numéros uniques d'appel ont été mis en place par les médecins qui font leur propre régulation et sont satisfaits de cette organisation.

✓ Ont une activité pendant les gardes faibles :

un médecin, qui se dit très peu dérangé pendant les gardes, ne pense pas que la régulation apporterait des avantages significatifs même s'il reconnaît que probablement, à court ou moyen terme, tous les secteurs rentreront dans le système et que son secteur suivra également.

✓ Habitent loin du SAMU 01 :

plusieurs médecins résidant à distance de Bourg en Bresse ne pensent pas participer à la régulation car « les journées de travail sont longues et rajouter 3 heures de trajet pour 4 heures de régulation, c'est pas jouable ». Pour ces médecins les avantages ne contrebalancent pas les contraintes.

✓ Habitent à proximité des départements voisins :

ces médecins soulignent les problèmes d'inter-départementalité. Leur secteur peut, pour tout ou partie, être régulé par le département limitrophe et de fait être mieux connu par le S.A.M.U. de ce département. Certains de ces médecins envisageraient ainsi plutôt de participer à la régulation dans le département voisin.

✓ Craignent que la faible fréquence de participation à la régulation entraîne des difficultés d'adaptation à l'activité :

ces difficultés d'adaptation pourraient se traduire par une connaissance insuffisante des lieux, du matériel, du logiciel de régulation, des numéros de téléphone...

✓ Pensent que le médecin qui se déplace doit être celui qui répond au téléphone :

ainsi le Dr A. souligne la perte de temps qui peut être engendrée par la régulation et souhaite que le médecin effecteur ne soit pas un simple exécutant. Ce dernier au contraire devrait pouvoir disposer du numéro de téléphone de l'appelant afin d'avoir la possibilité si nécessaire de compléter les informations que le régulateur lui communique.

Deux expériences opposées, vécues par les généralistes du département, peuvent éclairer leurs avis actuels sur la régulation des appels libéraux dans l'Ain.

- Pendant la grève, la régulation assurée par le centre 15, en permettant une forte réduction des appels injustifiés est jugée, par une majorité des médecins interrogés, comme très positive. La réduction des appels semble même s'être poursuivie après la fin de la grève mais semblerait s'estomper. Ainsi, pour certains médecins, si rien n'est fait en 2003, on reviendra à la situation antérieure.
- Au contraire les conditions dans lesquelles l'expérience de participation des médecins généralistes à la régulation au centre 15 a pris fin en 1993 resterait, d'après le Dr A., un frein au retour des libéraux. Ainsi pour le Dr E., « le centre 15 a eu la volonté de tout centraliser : il n'a eu que ce qu'il cherchait et les problèmes de personnel qu'il invoque aujourd'hui doivent être réglés avec du personnel hospitalier ».

Cependant, contrairement à la première expérience, la régulation ne concerne à présent que les seuls appels libéraux.

b) Les maisons médicales de garde

Une expérience dans le département peu connue

Plusieurs parmi les médecins interrogés déclarent être peu au courant des maisons médicales de garde en général et de celle ouverte récemment en milieu rural dans le département. Deux des médecins enquêtés interviennent dans cette dernière.

Mais des projets d'ouverture de nouvelles maisons médicales de garde dans le département

Les médecins de 3 secteurs différents (Belley, Bellegarde, Miribel) évoquent des projets, encore peu avancés, de maisons médicales.

Les maisons médicales : un changement de pratique culturelle

Pour le Dr F. les maisons médicales pourraient être une solution à l'excédent de visites à domicile. L'objectif de la maison médicale de la plaine de l'Ain est ainsi de parvenir à 0 visite. Mais comme le souligne le Dr C., « pour le médecin de garde dans la structure ce n'est pas toujours confortable car il n'est pas toujours possible de faire préciser suffisamment les choses à distance pour éviter la visite ». De plus, comme le souligne le Dr B., « certains médecins ont du mal à faire venir les gens au cabinet, surtout quand les gens sont un peu agressifs ». Pour le Dr C. au contraire, les patients n'ont pas beaucoup de réticences à venir à la maison médicale. Mais celle-ci précise que, dans sa propre organisation antérieure des

gardes, avant l'ouverture de la maison médicale, elle avait déjà pris l'habitude de faire déplacer les malades à son cabinet.

Une question non tranchée : maison médicale adossée à 1 hôpital ou structure indépendante ?

Pour le Dr B., les maisons médicales doivent bien se différencier de l'hôpital et donc être implantée à distance car « le problème dans ce pays c'est l'accès aux soins ». L'hôpital est une structure ouverte (« tellement ouverte qu'elle n'est plus en mesure d'accueillir les vraies urgences » selon le Dr B.) et la maison médicale de garde ne doit pas devenir une structure tout venant. C'est pour cette raison que, même si un gros effort de communication est fait en ce sens auprès des usagers, le Dr C. aurait souhaité que l'accès à la structure ne puisse se faire qu'après appel téléphonique préalable du malade. Cette disposition permettrait une régulation des demandes comme dans un cabinet médical. Pour le Dr H. également, la structure créant le besoin, les maisons médicales risquent de devenir des cabinets de nuit voire « des commerces de nuit ».

Pour la maison médicale de garde de la plaine de l'Ain, un site d'implantation éloigné de l'hôpital était au départ recherché. Mais, l'opportunité de trouver rapidement un local adapté a eu pour conséquence au final son implantation à proximité immédiate de la structure hospitalière.

Le projet de maison médicale à l'étude dans l'un des secteurs envisage une implantation au sein de l'hôpital. Cependant, ce site est étudié par défaut, en l'absence d'un autre local proposé par la mairie.

Une viabilité inconnue

Une des limites des maisons médicales pour les Dr B. et F. est leur coût. Pour le président du conseil de l'ordre, la viabilité d'une maison médicale de garde nécessite, compte tenu de la lourdeur des charges (location des locaux, gestion de la structure, personnel...), la desserte d'un bassin de population de 100 000 habitants minimum et un nombre suffisant de médecins. Pour être viable précise également le Dr G., il faut que l'hôpital joue le jeu en renvoyant systématiquement sur la maison médicale les malades qui sortent de la compétence des services d'urgences. Mais, comme le souligne le Dr H., il n'est possible de dire qu'un malade n'est pas du ressort des urgences qu'après l'avoir examiné.

Des contraintes à gérer

– Le regroupement de secteurs nécessaire à la création de maison médicale en milieu rural a pour conséquence un allongement des distances (et donc des temps) de

déplacement du médecin d'astreinte pour les visites. Il se pose également, pour le Dr C., « un problème de coût de la visite pour le malade, même s'il se fait rembourser par la sécurité sociale ».

- Le faible nombre de visites va compliquer, pour le médecin d'astreinte, la possibilité de trouver des médecins remplaçants qui sont plutôt à la recherche de gardes rémunératrices.
- L'absence du médecin de garde de son domicile pendant ses horaires de garde. « Auparavant, précise le DR C., quand j'avais un creux d'activité, j'étais chez moi ». Elle pouvait ainsi vaquer à ses occupations personnelles.

Et des financements publics à trouver

Les Dr F. et L se disent favorables aux maisons médicales de garde à condition que « les médecins ne soient pas obligés de mettre la main à la poche » et que, comme les maisons médicales assurent un service public, elles soient financées par des fonds publics. Pour plusieurs des médecins interrogés, le financement des maisons médicales de garde ne devrait pas être assuré par l'assurance maladie mais par les collectivités territoriales.

La maison médicale : une solution à l'insécurité

Un seul des médecins interrogés souligne l'intérêt des maisons médicales de garde pour prévenir l'insécurité. Ce médecin, de sexe féminin, qui exerce à proximité de la capitale régionale « se sentirait moins isolée en garde ».

Un seul médecin se déclare opposé

Pour ce médecin, la solution passerait plutôt par l'intégration de médecins généralistes aux urgences afin de les désengorger. Les pathologies ne relevant pas des services d'urgences seraient réorientées vers ces généralistes ou sur des cabinets libéraux. Pour ce médecin, cette réorientation aurait une vertu éducative. Elle pourrait être complétée par des mesures financières (ticket modérateur) afin de limiter le « tout, tout de suite » qui caractérise le comportement actuel des usagers.

5 DISCUSSION

5.1 Limites méthodologiques de l'étude

5.1.1 Les limites des données quantitatives

L'exploitation des données quantitatives fournies par les caisses d'assurance maladie présente des limites :

- ✓ l'activité réelle des médecins pendant la permanence des soins pourrait être sous-estimée :
 - certains malades peuvent ne pas adresser à leur caisse (ou le faire avec retard) une demande de remboursement. Toutefois, il est raisonnable de penser que cela ne concerne qu'un faible pourcentage des malades compte tenu du coût d'un acte majoré.
 - des actes gratuits peuvent être réalisés par les médecins au cours de la permanence des soins.
- ✓ Les données exploitées concernent pour partie la période pendant laquelle la grève des médecins a été la plus suivie (dernier trimestre 2001 et 1^{er} trimestre 2002). Elles pourraient de fait ne pas traduire fidèlement l'activité habituelle des médecins généralistes.

L'absence de données par secteur pour la M.S.A. et la C.M.R. interdisent une analyse plus fine de l'activité des médecins généralistes.

5.1.2 La non-représentativité des médecins enquêtés

L'échantillon des médecins enquêtés n'est pas représentatif des médecins du département compte tenu des modalités de sa constitution (choix raisonné). Celui-ci permet de rendre compte de la diversité des opinions des médecins mais ne permet pas de conclure en terme de tendance. La sous-représentation des femmes dans l'échantillon (30 %), consécutive à l'adjonction au choix raisonné initial de médecins généralistes considérés comme personnes ressources et de la recherche d'une meilleure couverture géographique, est conforme au sexe ratio des médecins généralistes du département (quatre hommes pour une femme).

Par ailleurs, le département compte 32 médecins homéopathes et/ou acupuncteurs à pratique exclusive ou non : aucun médecin à exercice particulier n'a été sélectionné dans l'échantillon.

De plus, si l'échantillonnage a été constitué en fonction de différents critères (âge, sexe, mode et lieu d'exercice), il n'a pas pris en compte d'autres caractéristiques qui pourraient influencer sur les avis des médecins (statut marital, nombre d'enfants, motivation initiale pour le métier...).

Enfin, le petit nombre de médecins enquêtés ne permet pas de dégager une typologie en fonction des différentes caractéristiques ayant dicté l'échantillonnage.

5.1.3 Limites et intérêt des entretiens

Tous les médecins contactés, sauf un, ont accepté de m'accorder un rendez-vous pour échanger sur le thème de la permanence des soins. Certains médecins m'ont fixé rendez-vous au cours de leur journée de consultation, d'autres pendant leurs périodes de repos. Avec ces derniers, l'entretien a pu de fait être plus long et plus riche, alors qu'avec les premiers, l'ensemble des thèmes n'a pas pu être totalement développé.

Mon absence d'expérience en matière d'entretiens s'est révélée également être un facteur limitant pour en tirer toute la richesse, en particulier face à certains interlocuteurs soit prolixes et difficiles à canaliser soit peu loquaces.

Enfin, le guide d'entretien dans sa version finale « optimisée » n'a été, compte tenu du faible nombre d'entretien, qu'utilisé avec un petit nombre de médecins.

5.2 Le volontariat des médecins : un pari risqué

5.2.1 La permanence des soins : des activités difficiles à chiffrer et des données discordantes

L'activité d'un médecin généraliste pendant la permanence des soins représente en moyenne dans cette étude 0,3 % de son activité totale (données CPAM 2001 et 1^{er} trimestre 2002).

Dans une enquête régionale récente en cours de publication, la part de l'activité totale d'un médecin généraliste réalisée au cours de la permanence des soins apparaît dix fois plus élevée (3 %) ⁵³.

⁵³ Données provenant des demandes de remboursement des actes majorés auprès des 3 caisses d'assurance maladie (CPAM, MSA, CMR) pour la totalité des départements de la région. In : URCAM

Cette différence pourrait relever :

- des disparités intra-régionales mais l'étendue des résultats des différents départements ne dépasse pas dans la même enquête 0,6 %,
- de l'effet de la grève qui a entraîné une diminution de l'activité des médecins généralistes pendant la permanence des soins,
- d'un recours au médecin différent, pendant la permanence des soins, entre les allocataires de la C.P.A.M. et ceux des autres caisses. Cette hypothèse est corroborée par la constatation, dans cette étude, de la forte consommation, par les ressortissants de la M.S.A., de soins soumis à la majoration de nuit ou de dimanche. En effet, alors que ces derniers ne représentent que 7 % des assurés sociaux, leurs demandes de remboursement représentent 36 % du total des demandes de remboursements adressées aux trois régimes. Cette surprenante constatation devra être vérifiée et éclaircie.

Nombre d'appels et nombre d'actes

Une comparaison entre les données d'activité et celles de régulation pour les secteurs en grève dure et pour la période février 2002 – mai 2002 n'est pas possible en raison du manque de données de la M.S.A. et de la C.M.R. pour les secteurs et la période considérée.

Elle est également rendue impossible par le fait que pour les données du centre 15 :

- ✓ l'activité des nuits de samedi et dimanche est incluse dans l'activité « dimanche et jours fériés »,
- ✓ les régulateurs saisissent la demande des usagers (conseil ou demande d'un médecin) et non la réponse qui y est apportée.

Cette comparaison aurait permis d'évaluer la proportion des appels reçus par un médecin généraliste donnant lieu à une réponse en terme de renseignement et celle nécessitant un acte médical (consultation ou visite).

Dans une enquête réalisée par le conseil de l'ordre du Rhône auprès des généralistes de ce département, l'activité des ces derniers est évaluée à 20 appels pour les gardes de week-ends et 4 pour les gardes de nuit. Entre 40 % et 45 % seulement de ces appels seraient justifiés.

Rhône Alpes - ARH Rhône Alpes. "Optimiser la réponse à l'urgence dans le cadre de la médecine de ville". PRAM 2003 (n°1999/12). En cours de publication.

Facteurs pouvant influencer le niveau d'activité

L'absence de données par secteur pour les allocataires de la M.S.A. et de la C.M.R. ne permet pas d'étudier la part de l'effectif de la population dans la variabilité de la charge de travail d'un médecin de garde. D'autres facteurs pourraient également être déterminants (structure par âge, catégorie socioprofessionnelle). Une enquête⁵⁴, non encore publiée, sur les connaissances, attitudes et pratiques du public face à une situation d'urgence ressentie devrait permettre de mieux les identifier.

Le niveau d'activité d'un médecin pendant la permanence des soins (non seulement le nombre d'appels mais également la fréquence des gardes) pourrait influencer sur son jugement de la permanence des soins. Les secteurs où les gardes sont les moins fréquentes, l'activité en garde la plus faible et les visites les moins nombreuses pourraient être les secteurs où les médecins se déclarent volontaires. Notre étude ne permet pas d'étayer cette hypothèse.

5.2.2 La permanence des soins : de l'urgence vitale à l'urgence de confort

Dans une enquête de l'U.R.M.L. Rhône Alpes⁵⁵, 64% des médecins estiment être fréquemment ou très fréquemment confrontés à des « urgences de confort » et 81 % des médecins estiment les urgences vitales rares ou très rares.

Cette faible confrontation avec l'urgence vitale occasionne à la fois perte de compétence et stress chez les médecins généralistes et grève les efforts de formation continue en la matière. A l'autre extrême, les urgences de confort sont mal acceptées par des médecins généralistes qui se disent surchargés. Entre ces deux extrêmes se situe l'activité incontournable des gardes qui s'inscrit dans la notion de continuité des soins. Cette obligation non seulement déontologique mais également éthique, que les médecins dans leur majorité semblent accepter, pourrait devenir, après la suppression ou la réécriture de l'article 77, la base de la participation des médecins généralistes à la permanence des soins.

⁵⁴ Enquête, non encore publiée, confiée au Centre Rhône-Alpes d'épidémiologie et de prévention sanitaire (CAREPS) par le collège des maîtres de stage et généralistes enseignants (UCB Lyon 1) et financée par le F.A.Q.S.V.).

⁵⁵ Rapport pour la Conférence des Présidents des Unions régionales de Médecins en exercice libéral. "Livre blanc : organisation de la permanence des soins en médecine libérale." Juillet 2001, pp1-77.

Le comportement consumériste des usagers, regretté par plusieurs des médecins interrogés, apparaît également dans d'autres études^{56,57}. En parallèle à l'évolution de la conception du métier par les générations successives de médecins généralistes, on constate une évolution de la perception de ce dernier par les usagers : les personnes âgées semblent plus réticentes que les plus jeunes à « déranger le médecin ». Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (C.M.U.) seraient pour les médecins interrogés dans cette étude comme dans l'étude Rhône Alpine tout spécialement enclins à faire appel au médecin pour des urgences jugées de confort.

5.2.3 Le volontariat : une revendication syndicale et non une revendication de la base

Dans un article publié dans le Quotidien du médecin⁵⁸, le Dr Chassort, ancien secrétaire général adjoint du conseil national de l'ordre des médecins, affirme que le volontariat a été demandé par les syndicats pour les médecins qui exercent en milieu urbain. En effet, pour ces derniers, majoritaires au sein de la profession, la suppression de l'obligation de la participation à la permanence des soins ne posera pas de problème en raison de la densité médicale, de la possibilité de recours à d'autres services d'urgences (SOS médecins, services hospitaliers...) et de la possibilité de recours à des remplaçants. Au contraire, en milieu rural, les médecins même s'ils ne sont pas plus enclins que ceux exerçant en ville à faire des gardes risquent de devenir « des volontaires désignés pour assurer un service obligatoire ».

Dans l'Ain, département très rural, on retrouve ce décalage entre les avis des médecins de la base et les positions syndicales. En effet, la majorité des médecins généralistes rencontrés ne fait pas du volontariat une revendication. La plupart ne croit pas au volontariat : la mesure est soit jugée démagogique soit jugée impossible à mettre en œuvre. Cependant, un sondage réalisé par la SOFRES pour le Panorama du médecin⁵⁹ auprès de

⁵⁶ Union Régionale des caisses d'Assurance Maladie Midi-Pyrénées. " Etude sur la permanence des soins en Midi Pyrénées ". Mai 2002. [en ligne]. [Visité le 20/01/03]. Disponible sur Internet : www.urmlmp.org/docpdf/plaquette.pdf

⁵⁷ URCAM Rhône Alpes - ARH Rhône Alpes. "Optimiser la réponse à l'urgence dans le cadre de la médecine de ville". PRAM 2003 (n°1999/12). En cours de publication.

⁵⁸ CHASSORT A. "Permanence des soins : le problème des médecins ruraux". Le quotidien du médecin, 10 février 2003, n° 7270, pp. 12.

⁵⁹ DHORDAIN A., FICHEUX D. " Sondage Panorama Sofres. Gardes obligatoires : le double non ".Panorama du médecin, 6 avril 2002, n°4842, pp.38-45.

207 médecins généralistes issus d'un panel représentatif tranche avec les opinions des médecins interviewés dans l'Ain. Réalisé en mars 2002, au plus fort de la grève des médecins, il montre en effet que 72 % des médecins interrogés sont favorables au volontariat. La non-similitude des périodes d'investigation et la non-représentativité de notre échantillon pourraient expliquer cette différence.

Au niveau ministériel, les autorités font le constat d'une carence, dans de nombreux départements, de l'organisation de la permanence des soins malgré l'obligation déontologique et « s'interrogent dès lors sur la portée d'une obligation non mise en œuvre ». Les syndicats ont ainsi pu convaincre le ministère que les médecins généralistes n'accepteraient de participer à la permanence des soins que sur la base du volontariat et que ces derniers seraient tous volontaires si des mesures incitatives étaient mises en place. Cette position optimiste n'est pas confirmée par les données des entretiens et des quelques enquêtes disponibles.

Il en résulte que la solution apportée par le ministère aux problèmes rencontrés dans les grandes villes, auxquels celui-ci pourrait être davantage sensibilisé, risque de remettre en cause l'organisation satisfaisante de la permanence des soins dans les départements ruraux tel celui de l'Ain.

La permanence des soins : une contrainte à laquelle 50 % des médecins aspirent à échapper

Il ressort clairement des entretiens comme de la lecture des différents rapports et des articles de la presse spécialisée que le métier de médecin généraliste est en pleine mutation. La vision de sacrodoce des médecins des générations les plus anciennes se transforme en une vision de prestataire de service. De la difficulté de faire sa clientèle dans un paysage d'offre excédentaire, nous sommes passés à des médecins généralistes pour la plupart en suractivité qui cherchent à travailler moins et mieux. La permanence des soins est donc vécue, non plus comme le moyen de faire sa clientèle et d'améliorer les revenus, mais comme une contrainte. Dans notre étude, les avis sur la participation des médecins sur la base du volontariat sont partagés. Cette ligne de partage des médecins se retrouve dans une enquête récente de l'U.R.C.A.M. Rhône Alpes⁶⁰. En effet, dans celle-ci, 50 % environ

⁶⁰ URCAM Rhône Alpes - ARH Rhône Alpes. "Optimiser la réponse à l'urgence dans le cadre de la médecine de ville". PRAM 2003 (n°1999/12). En cours de publication.

des médecins interrogés qualifient la permanence des soins de contrainte à laquelle ils souhaitent échapper.

De même, dans une enquête menée auprès des médecins généralistes d'Ile de France⁶¹ (aux caractéristiques probablement différentes de celles des généralistes de l'Ain), parmi les 965 médecins ayant abandonné les gardes, ils sont 58 % à affirmer que rien ne leur en ferait refaire ! En Midi-Pyrénées⁶², les intentions de participation à un système de permanence des soins pour les médecins qui ne réalisent pas de gardes sont de 39 % et pour les médecins qui en réalisent de 71 %.

Le volontariat pourrait donc conduire à ce que la permanence des soins ne soit plus assurée sur tout le département et/ou tous les jours par une organisation spontanée des médecins généralistes. Cette situation où la charge des gardes se verrait répartie sur une moitié des médecins du département pourrait rapidement entraîner la démotivation des volontaires.

De fait, malgré les limites de la comparaison entre ces différentes situations et ces différentes études, le volontariat apparaît comme un pari très risqué. Cette analyse est partagée par le médecin inspecteur en poste à la D.D.A.S.S. de l'Ain qui pense que le volontariat n'aurait pas du être accordé. Il risque en effet d'entraîner, pour les médecins inspecteurs, une importante charge de travail de par les éventuelles réquisitions et de par la gestion du dossier de la permanence des soins (notamment la préparation des CODAMU, les convocations, la rédaction des comptes-rendus...). « La convocation d'un CODAMU est une procédure lourde qui ne peut s'envisager dans l'urgence . Or, en cas de constat de carence de la permanence des soins, il sera nécessaire de réagir vite et seul le recours aux réquisitions sera envisageable ». Ce médecin souligne l'accroissement continu des missions urgentes confiées aux médecins inspecteurs (plans blancs, plans Biotox, gestion des crises sanitaires, gestion des maladies émergentes telle la pneumonie atypique, enquête légionelloses, sécurité sanitaire ...).

⁶¹ Union Régionale des Médecins libéraux d'Ile de France. " Enquête permanence des soins ". Janvier 2002. [en ligne]. [Visité le 18/01/03]. Disponible sur Internet : <http://www.urml-idf.org/attachement/www/ps0210/psoins02.pdf>

⁶² Union Régionale des caisses d'Assurance Maladie Midi-Pyrénées. " Etude sur la permanence des soins en Midi Pyrénées ". Mai 2002. [en ligne]. [Visité le 20/01/03]. Disponible sur Internet : www.urmlmp.org/docpdf/plaquette.pdf

Ainsi, afin d'éviter le recours aux filets de sécurité prévus dans le rapport Descours dont les réquisitions sont l'ultime recours, les incitations conduisant à l'engagement des médecins dans le volontariat deviennent primordiales.

La rémunération : une mesure non incitative

Dans notre étude, la rémunération n'apparaît pas du tout comme pouvant être une mesure incitative. La même opinion est exprimée par les médecins interrogés dans le cadre du sondage SOFRES pour le Panorama du médecin⁶³ déjà évoqué : 3 % seulement des médecins déclarent que la rémunération de 50 € associée à la revalorisation des actes est susceptible de leur faire prendre plus de gardes qu'avant. Ces positions divergent par rapport à celle affichée par les syndicats représentatifs qui font de la rémunération une revendication principale.

D'autres études corroborent cette position syndicale^{64,65,66}.

La position majoritaire exprimée par les médecins du département pourrait résulter des limites de l'échantillonnage déjà évoquées mais également des limites d'un entretien face à face au cours duquel il pourrait être plus difficile de développer une revendication pécuniaire.

La régulation : une opinion favorable très largement partagée

La régulation des appels libéraux est une mesure qui fait la quasi-unanimité dans la profession. Les enquêtes, ci-dessus citées, menées par les U.R.M.L. et/ou les U.R.C.A.M. dans différentes régions soulignent toutes l'intérêt d'une bonne régulation pour diminuer la charge de travail des médecins de garde en limitant les déplacements des médecins et les actes inutiles.

Si la régulation libérale en elle-même fait l'objet d'un large consensus, les modalités de son organisation sont très largement discutées⁶⁷ que se soient les modalités de participation des

⁶³ DHORDAIN A., FICHEUX D. " Sondage Panorama Sofres. Gardes obligatoires : le double non ". Panorama du médecin, 6 avril 2002, n°4842, pp. 38-45.

⁶⁴ URCAM Rhône Alpes - ARH Rhône Alpes. "Optimiser la réponse à l'urgence dans le cadre de la médecine de ville". PRAM 2003 (n°1999/12). En cours de publication.

⁶⁵ Union Régionale des Médecins libéraux d'Ile de France. " Enquête permanence des soins ". Janvier 2002. [en ligne]. [Visité le 18/01/03]. Disponible sur Internet : <http://www.urml-idf.org/attachement/www/ps0210/psoins02.pdf>

⁶⁶ Union Régionale des caisses d'Assurance Maladie Midi-Pyrénées. " Etude sur la permanence des soins en Midi Pyrénées ". Mai 2002. [en ligne]. [Visité le 20/01/03]. Disponible sur Internet : www.urmlmp.org/docpdf/plaquette.pdf

médecins libéraux, le statut de ces derniers, les modes de financement, la formation, le numéro d'appel du service (15 ou autre numéro ...).

Les maisons médicales de garde

Comme pour la régulation, les médecins interrogés dans cette enquête comme dans les autres études menées dans le pays soulignent l'intérêt des médecins pour une mutualisation des moyens au sein d'une maison médicale de garde. L'expérience dans le département manque de recul mais permet déjà d'évoquer certaines limites :

- ✓ dans l'Ain, l'ouverture d'une maison médicale de garde a nécessité le regroupement de trois secteurs ce qui entraîne des distances de déplacement pour les visites incompressibles très importantes. L'objectif de zéro visite que se fixent les médecins de la maison médicale de garde ne semble pas réaliste.
- ✓ L'implantation de la maison médicale d'Ambérieu à une centaine de mètres d'un établissement privé siège d'une U.P.A.T.O.U. non saturée soulève le problème de la rationalisation de l'offre de soins dans un contexte de ressources financières et humaines tendu. Cette coexistence de deux structures qui pourraient se révéler concurrentes résulte de l'absence de tutelle unique (A.R.H. pour l'U.P.A.T.O.U., U.R.C.A.M. et U.R.M.L. pour la maison médicale) et de modes de financement différents (A.R.H. pour l'U.P.A.T.O.U., F.A.Q.S.V. pour la maison médicale).
- ✓ Les maisons médicales de garde, structures largement ouvertes au public comme les urgences, pourraient en devenant de véritables cabinets de nuit et de dimanche, freiner la nécessaire éducation des usagers à la bonne utilisation des services de permanence des soins.

La sécurité, mise en avant par de nombreux professionnels de santé comme avantage des maisons médicales de garde, n'est citée dans notre étude que par un seul médecin. Cela reflète très certainement la faible confrontation des professionnels de santé avec cette problématique en raison de la forte ruralité du département et de la petite taille des villes (Bourg en Bresse, préfecture et ville la plus peuplée du département n'a que 40 000 habitants).

⁶⁷ Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France. "Rapport sur la participation des médecins libéraux à la régulation en Ile de France". [en ligne]. [Visité le 14/01/03]. Disponible sur Internet : <http://www.urml-idf.org/urml/cent15.pdf>.

6 RECOMMANDATIONS

L'étude réalisée amène à penser que, dans le département de l'Ain, le nombre de médecins qui se déclarent aujourd'hui volontaires ne permettra pas d'assurer, 24 heures sur 24 et 365 jours par an, la permanence des soins. La mise en œuvre de nouvelles dispositions ou de nouvelles organisations visant à réduire la demande de soins et à améliorer les conditions de travail des médecins est toutefois susceptible de convaincre de nouveaux médecins de participer. Pour assurer la pleine efficacité de ces mesures, différentes recommandations peuvent être faites.

6.1 Prendre des mesures permettant de réduire la charge de travail des médecins généralistes pendant la permanence des soins

6.1.1 Prendre des mesures visant à réduire la demande de soins

- A) Mettre en place des campagnes d'information sur le bon usage du centre 15 et des différents acteurs de la permanence des soins

Cette mesure correspond à un engagement de l'État inscrit dans le protocole d'accord du 1^{er} mars 2002.

Elle pourra s'appuyer sur le travail du Collège Rhône-Alpes d'éducation pour la santé (CRAES)⁶⁸. Celui-ci préconise la mise en œuvre d'une communication basée à la fois sur les médecins traitants et sur la mise à disposition élargie d'une information sur l'organisation des urgences et le principe de la régulation. Elle devra être réalisée en concertation avec les membres du CODAMU, le conseil général, les caisses d'assurance maladie, l'U.R.C.A.M., les mutuelles et l'U.R.M.L. Elle pourra notamment se faire sous forme d'une affiche adressée aux médecins (pour être affichée dans les salles d'attente), aux officines, aux municipalités⁶⁹..., complétée par des campagnes dans les médias à diffusion départementale (radio locale, journaux gratuits d'annonces, La Voix de l'Ain, bulletin municipal, bulletin du conseil général...) et par un envoi joint aux courriers des caisses d'assurance maladie.

⁶⁸ BOUCHETC., JOBERT S." Propositions concernant le cadre et les conditions d'une communication régionale sur le bon usage des centres 15". CRAES Rhône-Alpes, octobre 1995.

⁶⁹ Conseil de l'Ordre des médecins de Vendée. "Essai de rationalisation sur un département des systèmes de garde en médecine générale". Revue du praticien médecine générale, mars 1997, t. 11, n° 371, pp. 21-24.

Il est nécessaire cependant de rappeler les limites des campagnes d'information. D'autres mesures telles des sanctions financières sont envisageables et souhaitées par de nombreux médecins libéraux. Cependant, leurs conséquences négatives, en particulier en matière d'impact sur l'accès aux soins des populations défavorisées, doivent être soigneusement étudiées.

B) Développer la régulation des appels libéraux

Afin de vaincre les résistances actuelles des médecins libéraux à participer aux régulations au centre 15, différentes mesures sont proposées :

- soutenir l'effort d'information des médecins libéraux déjà entrepris par l'A.P.S.U.M. 01 en s'appuyant sur la mesure de l'évolution de l'activité des secteurs régulés,
- favoriser la signature de conventions entre le S.A.M.U. 01 et les S.A.M.U. des départements limitrophes (Rhône, Saône et Loire et Isère) fixant leurs compétences territoriales respectives en matière de régulation des secteurs de garde à cheval entre 2 départements. Ces conventions pourront également acter le principe de la participation des médecins généralistes de l'Ain, travaillant dans ces secteurs, à la régulation dans le département limitrophe.

C) Pérenniser le financement des maisons médicales de garde

La maison médicale de garde de la plaine de l'Ain, comme d'autres maisons médicales de garde, est actuellement financée par le F.A.Q.S.V., fonds non pérenne. En cas d'évaluation positive de cette structure, des sources pérennes de financement devront être trouvées. La permanence des soins étant définie comme une mission d'intérêt général, il apparaît légitime que des financements publics (mairies, conseil général) soient mobilisés avec, pour complément éventuel, des financements de l'assurance maladie.

6.1.2 Optimiser l'organisation de la permanence des soins

A) Développer la connaissance de l'activité des médecins généralistes pendant la permanence des soins en harmonisant les données recueillies et exploitées par les trois caisses d'assurance maladie

Une exploitation systématique, par secteur de garde, des feuilles d'assurance maladie des allocataires des trois régimes d'assurance maladie développerait la connaissance de l'activité des médecins généralistes pendant la permanence des soins et de son évolution.

Ces données confrontées aux contraintes géographiques et « historiques⁷⁰ » permettraient d'optimiser la sectorisation. Les différences de comportement entre les secteurs et entre les ressortissants des trois régimes d'assurance maladie vis-à-vis du recours à la permanence des soins pourraient également être ainsi confirmées. Après identification de leurs facteurs déterminants qui peuvent être liés aux usagers comme aux médecins, des actions ciblées, par exemple d'information à destination des uns et/ou des autres pourraient, si nécessaire, être mises en œuvre.

B) Recenser les médecins ayant compétence dans la prise en charge des urgences

Il n'existe pas actuellement au niveau de la D.D.A.S.S. de recensement des médecins sapeurs-pompiers volontaires et/ou titulaires de la capacité d'aide médicale urgente (C.A.M.U.) et/ou volontaires pour prendre en charge des urgences vitales. Cette phase initiale de recensement permettrait d'alimenter la réflexion sur la possibilité de mettre en œuvre dans le département des médecins correspondants du S.A.M.U.⁷¹ Ces médecins formés à l'urgence et volontaires permettraient par une pratique plus régulière (entretenu par des stages rémunérés de formation continue au sein d'un S.M.U.R) tout à la fois d'améliorer la prise en charge des urgences, de couvrir les zones blanches du département et de soulager les confrères non volontaires et/ou qui ne se sentent pas compétents pour cette activité.

Cependant, ce réseau de médecins correspondants du S.A.M.U. ne doit pas conduire à exclure de toute formation continue à la prise en charge des urgences les autres médecins du département. Ces derniers, en effet, restent toujours susceptibles d'être confrontés, dans leur pratique quotidienne, à des urgences vitales. Plusieurs expériences dans le département ont prouvé qu'une formation dispensée au plus près possible des secteurs d'activité des médecins, enregistre un taux de participation important.

Le développement de la connaissance de l'activité des médecins généralistes au cours des gardes et le recensement des médecins formés à l'urgence permettront de compléter l'état des lieux initial de l'offre et de la demande de soins non programmés dans le département. Cet état des lieux qui, en matière d'offre, devra concerner aussi bien le secteur public que

⁷⁰ Aux dires du président de l'A.P.S.U.M., "on ne mélange pas bugistes et bressans" (habitants respectivement du Bugey et de la Bresse, deux entités géographiquement distinctes du département)

⁷¹ COUTON P., PUECH M., VICQ N., TANQUEREL J.J., HENRY R. "Evaluation de l'efficacité d'un réseau de médecins généralistes formés à l'urgence". Revue du praticien médecin générale, 1998, t.10, n°433, pp.27-33.

privé et libéral est indispensable à l'élaboration du cahier des charges départemental de la permanence des soins.

- C) Dépasser la réflexion et la coordination interdépartementale au sein de la région Rhône-Alpes pour parvenir à une coordination avec les départements de la région Bourgogne (Saône et Loire) et Franche-Comté (Jura).

La mise en œuvre de la visioconférence dans les D.D.A.S.S. devrait permettre l'organisation de réunions du sous-comité médical du CODAMU de l'Ain avec ses homologues du Rhône, de l'Isère, de la Saône et Loire et du Jura. Ces réunions interdépartementales auront pour objectif de valider les modes d'organisations mis en place dans les secteurs à cheval sur les limites départementales au regard de chacun des cahiers des charges de la permanence des soins des départements concernés.

- D) Décloisonner l'offre de soins hospitalière et libérale en matière de permanence des soins

a) *Mutualiser les ressources humaines et matérielles*

Le volontariat mais également l'évolution de la démographie médicale nécessite de rationaliser l'offre de soins en mutualisant les ressources humaines et matérielles.

Différentes pistes doivent ainsi être poursuivies :

- le développement, au sein des structures privées⁷² disposant d'un plateau technique minimal (laboratoire, radiologie), de cabinets de garde ouverts aux médecins généralistes,
- le développement de la prise en charge des demandes de soins non programmés par les hôpitaux locaux avec mutualisation des ressources humaines hospitalières et libérales.

La mutualisation des moyens entre le secteur hospitalier et le secteur libéral nécessite une coordination des tutelles (A.R.H. et U.R.C.A.M./U.R.M.L.) qui pourrait être facilitée par la création des agences régionales de santé.

⁷² FUKS M. "Généralistes et secteur privé, les nouveaux partenaires des urgences hospitalières." Décision santé, juin 1996, n° 98, pp. 21-24.

b) *Créer des réseaux de soins entre l'hôpital et la médecine de ville*⁷³

Dans le cadre de la prise en charge des urgences, les établissements hospitaliers fonctionnent déjà en réseau. Il serait utile d'élargir le réseau à l'ensemble des acteurs de la permanence des soins : médecins généralistes, médecins spécialistes, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmiers libéraux...). Le réseau devra permettre d'identifier les filières de soins, les modalités d'échange et de partage de l'information et d'assurer la formation continue des acteurs.

6.1.3 Ouvrir le débat sur la reconnaissance d'un repos de sécurité pour les libéraux

L'enchaînement d'une journée de travail avec un week-end de travail pose un problème de sécurité sanitaire et de responsabilité des médecins : en cas de problème, la mise en cause d'un médecin sur la base de l'article 223-1 du code pénal relatif à la mise en danger d'autrui est en effet envisageable. A l'image du repos de sécurité défini par l'arrêté du 14 septembre 2001⁷⁴ et mis en place dans les établissements publics de santé, il apparaît nécessaire d'assurer aux médecins libéraux un temps de repos après une garde. Son caractère obligatoire ou facultatif et les modalités de sa mise en place (réorganisation des temps de travail, rémunération ...) devront faire l'objet d'un large débat national avec l'ensemble des professionnels concernés, l'ordre des médecins, les U.R.M.L., les caisses d'assurance maladie, les U.R.C.A.M. et l'État.

6.2 Associer, au sein du sous-comité médical du CODAMU, les médecins de l'assurance maladie et du conseil général

Au sein du sous-comité médical du CODAMU, les trois régimes d'assurance maladie et le conseil général peuvent ne pas être représentés si les représentants de ces institutions au sein du CODAMU ne sont pas médecins. Le sous-comité médical du CODAMU réunit en effet l'ensemble des médecins du CODAMU. Il apparaît donc nécessaire de prévoir dans la composition du CODAMU :

- qu'un des deux représentants du conseil général soit obligatoirement médecin,

⁷³ GENTILE S., BONGIOVANNI I., DELAROZIERE J-C. et al. "L'organisation de la prise en charge des urgences : vers la mise en œuvre d'un réseau. Journal d'économie médicale, septembre-octobre 2001, vol. 19, n° 5-6, pp. 371-380.

⁷⁴ Arrêté du 14 septembre 2001 relatif à l'organisation des services de garde et à la mise en place du repos de sécurité dans les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux.

- la présence d'un médecin conseil de chacune des trois caisses d'assurance maladie (un seul médecin de l'Assurance maladie est actuellement prévu).

6.3 Assurer la légitimité de l'ordre et du CODAMU pour éviter si possible le recours aux réquisitions

La reconnaissance par les professionnels de la légitimité de l'Ordre des médecins et du CODAMU comme filet de sécurité en cas d'échec de l'auto-organisation des médecins généralistes nécessite qu'un important effort de communication soit entrepris. En effet, si l'ordre est connu de tout médecin, sa légitimité a souvent été contestée en particulier au cours de la grève de 2001-2002. Le CODAMU est rarement connu des professionnels comme nous avons pu nous en rendre compte au cours des entretiens menés.

Une campagne d'information des professionnels de santé devra donc être entreprise au cours de laquelle seront explicités le rôle de l'ordre et du CODAMU ainsi que la représentativité de la composition de ce dernier.

7 CONCLUSION

Le mouvement de grève 2001-2002 des médecins généralistes a conduit à la reconnaissance de la permanence des soins comme service d'intérêt général. Les médecins libéraux sont invités à participer à ce service sur la base du volontariat. Les entretiens menés dans le cadre de ce travail, comme le résultat d'autres études nationales, confirment que ce choix, fait pour satisfaire des revendications syndicales qui n'apparaissent pas partagées par une majorité de médecins, est un pari risqué. Il pourrait en effet conduire à des carences de la permanence des soins, alors que prévalait dans l'Ain une auto-organisation satisfaisante de la profession. La permanence des soins risque donc de devenir pour le médecin inspecteur de santé publique dans l'Ain un dossier lourd à traiter.

La satisfaction de cette revendication syndicale d'opportunité ne doit pas faire oublier la nécessité d'une plus profonde rénovation des soins de ville. Il s'agit en effet d'être en mesure de faire face aux difficultés liées à la baisse de la démographie des professionnels de santé et à l'accroissement des dépenses de santé.

Des choix politiques devront être faits pour définir les besoins sanitaires à couvrir. L'adéquation de ces choix aux besoins ressentis nécessite en particulier de développer les processus de démocratie sanitaire. L'arrivée de représentants des usagers au sein du CODAMU en constitue, pour les soins de ville, une première étape. Cependant, comme en milieu hospitalier, l'efficacité de leur participation nécessite que soit garantie leur représentativité.

Bibliographie

LOIS ET TEXTES REGLEMENTAIRES

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

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

Loi n° 96-369 du 3 mai 1996 relative aux services d'incendie et de secours.

Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003.

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

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

Décret n° 95-1000 portant code de déontologie médicale.

Décret n° 97-619 du 30 mai 1997 relatif à l'autorisation des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique.

Décret n° 97-620 du 30 mai 1997 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à mettre en œuvre des services mobiles d'urgence et de réanimation et modifiant le code de la santé publique.

Décret n° 97-1225 du 26 décembre 1997 relatif à l'organisation des services départementaux d'incendie et de secours.

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

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

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

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

Circulaire n° 98-483 du 29 juillet 1998 relative à la participation des transporteurs sanitaires privés à l'aide médicale urgente.

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

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

Circulaire 71/2002 de l'Assurance maladie relative à la mise en œuvre du protocole national sur la permanence des soins.

Protocole national du 1er mars 2002 sur la permanence des soins entre l'Etat, le Conseil National de l'Ordre des médecins et l'Assurance Maladie.

PERIODIQUES

BARATTA N. "Urgences : des libéraux s'engagent. Décision, Santé-Stratégie, 15 octobre 2000, n° 165, pp.1-15.

BOURGUIGNON A. "Représentativité : stabilité des effectifs des syndicats, sauf pour les généralistes". Le quotidien du médecin, 12 décembre 2002, n° 7328, pp. 3.

BUSSON D. "La place du médecin généraliste aux urgences. Une étude sur le rôle et le profil du senior aux urgences". La revue du praticien - médecine générale, 1999, t 13, n° 472, pp 1529 -1532.

CARSIN M., GARANCE P., LEICHER C. et al. "Dossier : gérer les urgences (2ème partie)". Revue hospitalière de France, juillet-août 1998, n°7-8, pp 454-470.

CHABROL A. "Les urgences : le Loch Ness de la médecine". Bulletin de l'Ordre des médecins, octobre 1998, n° 8, pp. 10-13.

CHASSORT A. "Permanence des soins : le problème des médecins ruraux". Le quotidien du médecin, 10 février 2003, n° 7270, pp. 12.

Conseil de l'Ordre des médecins de Vendée. "Essai de rationalisation sur un département des systèmes de garde en médecine générale". Revue du praticien médecine générale, mars 1997, t. 11, n° 371, pp. 21-24.

COUTON P., PUECH M., VICQ N., TANQUEREL J.J., HENRY R. "Evaluation de l'efficacité d'une réseau de médecins généralistes formés à l'urgence". Revue du praticien médecin générale, 1998, t.10, n°433, pp.27-33.

COUTON P., PUECH M., VICQ N., TANQUEREL J.J., HENRY R. "Mise en place d'un réseau de médecins correspondants de l'aide médicale urgente dans le département de l'Orne." La revue des SAMU, 1999, n° 140, pp. 67-70.

DELORME J. " La prise en charge pré hospitalière des urgences". Le Concours Médical, 1994, vol 116, n°36, pp. 3029-3030.

DHORDAIN A., FICHEUX D. "Gardes obligatoires : le double non". Panorama du médecin, 4 avril 2002, n° 4842, pp. 38-45.

DHORDAIN A., FICHEUX D. " Sondage Panorama-Sofres. Gardes obligatoires : le double non". Panorama du médecin, 6 avril 2002, n°4842, pp. 38-45.

FRADIN P, RABILLE A., WEYD B et al. "Zones blanches". DH magazine, septembre-octobre 2002, n° 85, pp. 9-11.

FUKS M. "Généralistes et secteur privé, les nouveaux partenaires des urgences hospitalières." Décision santé, juin 1996, n° 98, pp. 21-24.

GENTILE S., BONGIOVANNI I., DELAROZIERE J-C. et al. "L'organisation de la prise en charge des urgences : vers la mise en œuvre d'un réseau. Journal d'économie médicale, septembre-octobre 2001, vol. 19, n° 5-6, pp. 371-380.

LEVISSE P., DERMAUD G., LEMAIRE L., HENNETTE J. "Services de garde en médecine générale : états des lieux de la région Nord-Pas-de-Calais". Revue du praticien médecine générale, 11 octobre 1999, T.13, n° 472, pp. 1534-1535.

MAFFIOLI C. "Urgences : l'état de siège". Le médecin de France, 2001, n° 977, pp. 9-28.

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

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

POINDRON P-Y. "Le grand casse-tête des gardes et des urgences". Le Concours Médical, 2001, vol . 123, n°14, pp. 991-993.

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.

RAYNAUD F., CATALA F., DECREAU M. et al. "L'aide médicale urgente et les réseaux pré hospitaliers et hospitaliers. La revue des SAMU, 1998, vol. 20, n° 5, pp. 190-198.

RAPPORTS

BARRIER G. "Rapport sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences". Septembre 1994.

COUR DES COMPTES. "Rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale 2001".

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

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. "Bilan de la mission de concertation pour la rénovation des soins de ville". 2001, 41 p.

Module interprofessionnel de santé publique : prise en charge de l'urgence médicale extrahospitalière : pour une meilleure coordination entre SAMU, pompiers et médecins libéraux de garde. 2002. Ecole Nationale de la santé publique.

NICOLLE D. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. "Rapport sur les groupes de travail sur les urgences". Octobre 2001.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS." L'exercice médical face à la permanence des soins". [en ligne]. [Visité le 26/09/2002]. Disponible sur Internet : [http://www.conseil-national...d04dad73f6ac1256&c6004"b275](http://www.conseil-national...d04dad73f6ac1256&c6004)

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

STEG A. Commission Nationale de restructuration des urgences. "Rapport sur la médicalisation des urgences". Septembre 1993.

Union Professionnelle des médecins libéraux de Rhône-Alpes. "Les chantiers de l'Union : les urgences : organisation de la permanence des soins en Rhône-Alpes".[en ligne]. [Visité le 19 janvier 2003]. Disponible sur Internet : http://www.upmlra.org/doc/doc_41_doc.pdf

Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France. "Rapport sur la participation des médecins libéraux à la régulation en Ile de France". [en ligne]. [Visité le 14/01/03]. Disponible sur Internet : <http://www.urml-idf.org/urml/cent15.pdf>

ETUDES

AGENCE REGIONALE DE L'HOSPITALISATION DE RHONE-ALPES. "Schéma régional d'organisation sanitaire 1999-2004".

BAUBEAU D., CARRASCO V. "Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières". Etudes et résultats, DREES, janvier 2003, n°215, pp1-12.

BAUBEAUD D., DEVILLE A., JOUBERT M. et al. "Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. Etudes et résultats - DREES, juillet 2000, n°72, pp. 1-8.

BOUCHET C., JOBERT S. "Propositions concernant le cadre et les conditions d'une communication régionale sur le bon usage des centres 15". CRAES Rhône-Alpes, octobre 1995.

CARRASCO V., BAUBEAU D. "Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale". Etudes et résultats, DREES, janvier 2003, n°212, pp1-8.

CHANTELOUP M., GADEL G. "Les appels d'urgence au centre 15 en 1997". Etudes et résultats - DREES, mars 2000, n° 55, pp1-7.

DREES. Collection statistiques. Les services d'aide médicale urgente (SAMU centre 15) et les services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) en 1998. N° 19 - mai 2000.

Union Régionale des caisses d'Assurance Maladie Midi-Pyrénées. "Etude sur la permanence des soins en Midi Pyrénées". Mai 2002. [en ligne]. [Visité le 20/01/03]. Disponible sur Internet : www.urmlmp.org/docpdf/plaquette.pdf

Union Régionale des Médecins libéraux d'Ile de France. "Enquête permanence des soins". Janvier 2002. [en ligne]. [Visité le 18/01/03]. Disponible sur Internet : <http://www.urml-idf.org/attachement/www/ps0210/psoins02.pdf>

URCAM Rhône Alpes - ARH Rhône Alpes. "Optimiser la réponse à l'urgence dans le cadre de la médecine de ville". PRAM 2003 (n°1999/12). En cours de publication.

COLLOQUE

Sénat. "Urgences et permanence de soins. Actes du colloque du 29 juin 2000".

SITES INTERNET

Site "Généralistes 2002" : www.generalistes2002.net

Site de la Confédération des syndicats médicaux français : <http://www.csmf.org/>

Site de la Fédération des médecins de France (FMF) : <http://fmf-public.affinitesante.com/index.asp>

Site de l'Union nationale des omnipraticiens français (U.N.O.F.) : <http://www.unof.org/>

Site du quotidien du médecin : www.quotimed.com

Site du quotidien "Le Généraliste" : www.legeneraliste.presse.fr/

Site du syndicat des jeunes médecins généralistes : www.snjmg.com

Site du syndicat des médecins libéraux : <http://www.gie-sml.fr/>

Site du syndicat des urgences hospitalières <http://www.suh-asso.org>

Site du syndicat MG-France : <http://www.medsyn.fr/mgfrance/>

U.P.M.L. Rhône Alpes : www.upmlra.org

U.R.M.L. Bretagne : <http://www.urml-bretagne.com/>

U.R.M.L. centre : www.urml-centre.org

U.R.M.L. Ile de France : www.urml-idf.org

U.R.M.L. Midi-Pyrénées : www.urmlmp.org

Liste des annexes

ANNEXE 1 : les acteurs de la permanence des soins.

ANNEXE 2 : caractéristiques et carte des secteurs de garde du département de l'Ain.

ANNEXE 3 : guide d'entretien « médecins généralistes.

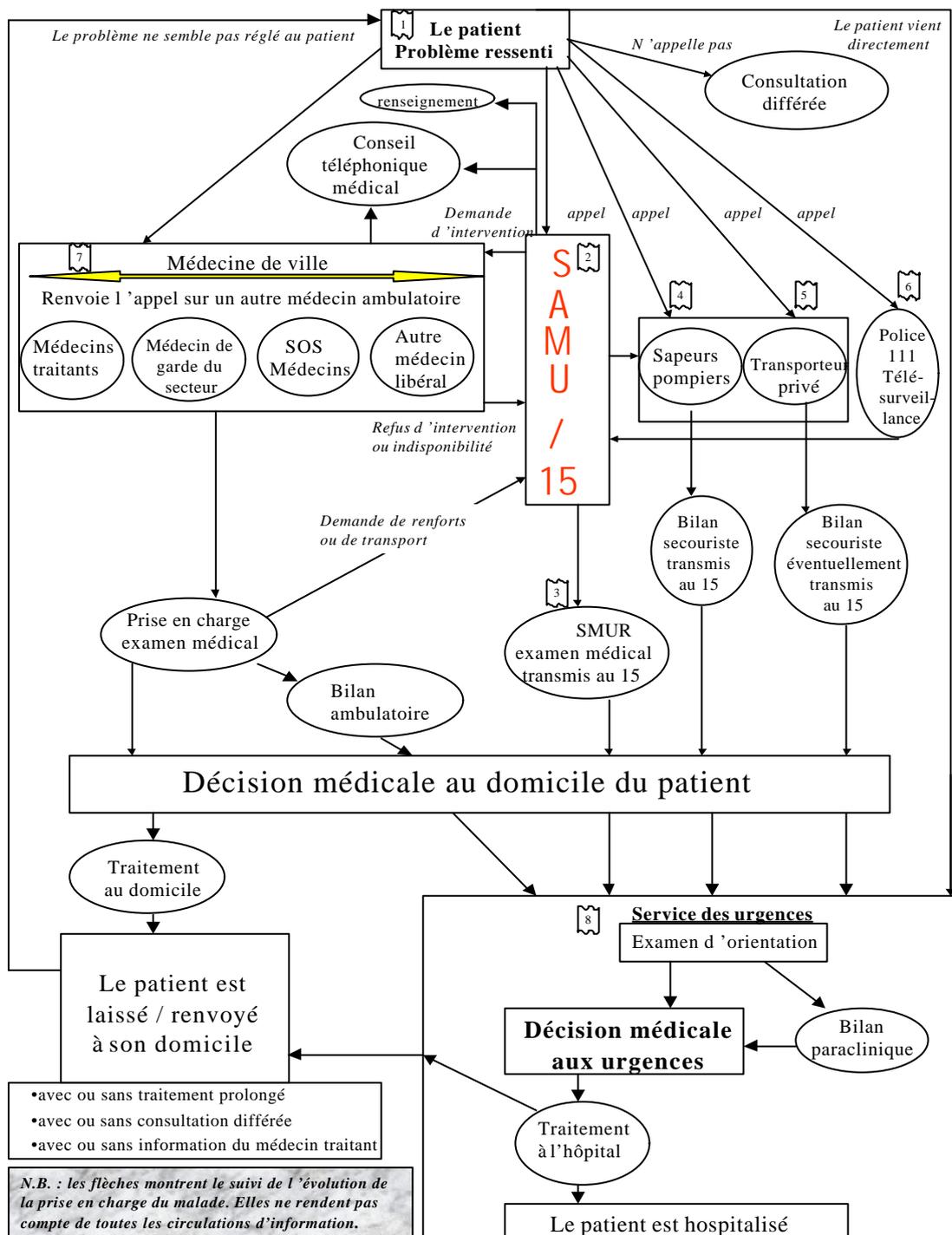
ANNEXE 4 : guide d'entretien « personnes ressources.

ANNEXE 5 : liste des participants présents aux réunions observées.

ANNEXE 6: liste des personnes interviewées, date des entretiens et répartition géographique

ANNEXE 1 : LES ACTEURS DE LA PERMANENCE DES SOINS

(Extrait de : URCAM Rhône Alpes - ARH Rhône Alpes. "Optimiser la réponse à l'urgence dans le cadre de la médecine de ville". PRAM 2003 (n°1999/12). En cours de publication.

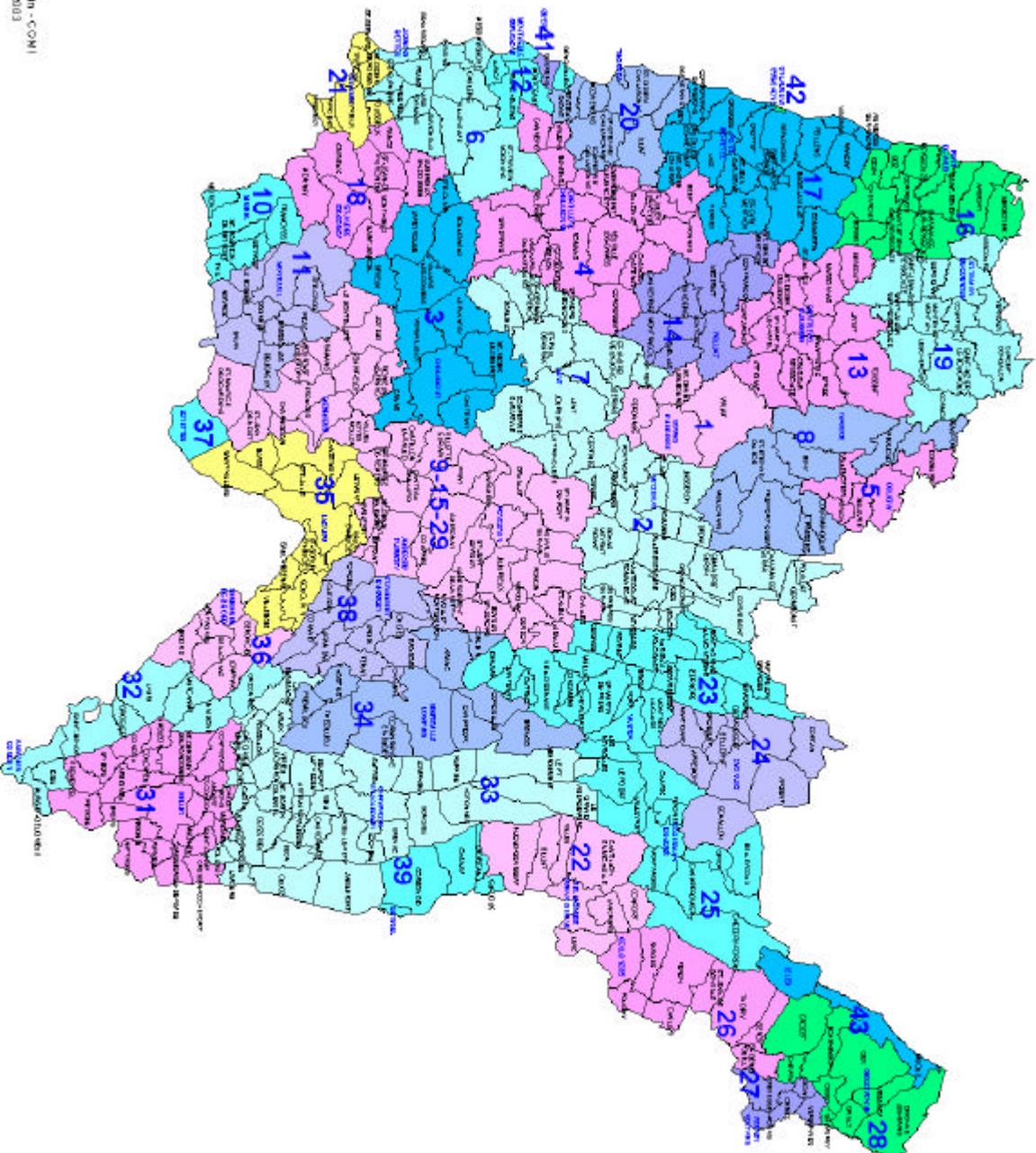


ANNEXE 2 : CARACTERISTIQUES ET CARTE DES SECTEURS DE GARDE DU DEPARTEMENT DE L'AIN

Mode d'organisation	N° secteur	Nom	Superficie	Population	Nombre médecins
Astreinte WE, JF, nuit semaine	1	Bourg en Bresse	99,02	54 409	50
	4	Châtillon s/Chalaronne	233,77	13 556	10
	6	Jassans	147,96	18 644	12
	7	Lent	203,82	8 663	5
	8	Marboz	192,62	9 279	7
	10	Miribel	65,53	20 722	16
	11	Montluel	127,49	20 103	11
	13	Montrevel	195,66	11 554	8
	14	Polliat	142,01	8 871	6
	18	St André de Corcy	123,95	10 386	8
	19	St Trivier de Courtes	193,91	5 004	6
	21	Trévoux	42,07	16 657	14
	22	Bellegarde	138,11	17 333	15
	23	Nantua	261,3	18 679	11
	24	Oyonnax	122,62	36 546	29
	26	Collonges	133,5	17 840	12
	27	Ferrey	31,62	17 067	13
	31	Belley	196,4	14 156	15
	34	Hauteville	233,03	6 203	5
	35	Lagnieu	155,84	14 125	11
	38	St Rambert en Bugey	130,11	4 887	4

Mode d'organisation	N° secteur	Nom	Superficie	Population	Nombre médecins
Astreinte WE, JF, astreinte nuit semaine dédoublée	2	Ceyzeriat	233,82	12 657	12
	3	Chalamont	218,75	8 489	10
	17	Pont de Veyle	236,45	23 098	17
	28	Gex-Divonne	142,13	21 612	18
	33	Champagne	402,49	11 590	8
Astreinte WE et JF	12	Montmerle+Rhône	36,64	5 220	2
	20	Thoissey	108,26	7 195	4
	32	Brégnier Cordon	119,66	2 910	3
Astreinte WE, JF, nuit semaine en zone frontière	5	Coligny+Jura	58,81	2 436	2
	16	Pont de Vaux + Saône et Loire	145,35	7 627	6
	36	Serrières de Briord + Isère	64,25	2 534	1
	37	Loyettes +Isère	21,28	2 322	3
	39	Seyssel + Haute Savoie	60,08	2 390	1
	41	Guéreins + Rhône	4,51	1 065	1
	42	St Laurent sur Saône + Saône et Loire	0,53	1 655	1
	43	Lelex + Jura	39,63	533	1
Astreinte WE, JF et nuit en montagne	25	St Germain	165,25	2 561	1
Secteurs fusionnés autour d'une maison médicale de garde	9	Meximieux	176,27	17 275	12
	15	Pont d'Ain	244,06	13 789	13
	29	Ambérieu	117,86	18 815	17

Secteurs d'astreinte médicale dans l'Ain



9-15-29 : Secteur plaine de l'Ain

ANNEXE 3 : GUIDE D'ENTRETIEN « MEDECINS GENERALISTES »

1. Pouvez-vous vous présenter ?
Organisation du secteur (week-end, nuits de semaine), fréquence des gardes, évolution démographique du secteur, remplacement régulier pour garde ? Motivation pour le métier, autres terrains d'engagements personnels, contraintes familiales, date installation
2. Quelles sont les raisons de votre participation (ou non -participation) au tour de garde ? – Quelles en sont les contraintes ?
3. Quelle plus value apporte, par sa participation, le médecin généraliste à la permanence des soins ?
4. Pensez-vous que la permanence des soins devrait être basée sur le principe du volontariat ? Pourquoi ?
5. Seriez vous prêt à participer à une PS basée sur le volontariat ? A quelles conditions ?
6. Dans la perspective des problèmes de démographie médicale, quelles sont vos propositions d'amélioration de la PS ? Quels nouveaux modes d'organisation vous semblent pertinents ? Quelle serait pour vous l'organisation idéale ?
7. Etes vous prêt à participer à la régulation des appels libéraux centralisée au niveau du centre 15 ?
8. Quels rôles entendez-vous voir jouer par le Conseil départemental de l'ordre des médecins, la DDASS ?
9. Percevez-vous un changement de comportement des usagers depuis la grève ? Lequel ?

ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LES PERSONNES RESSOURCES

↳ **Guide d'entretien avec le président du conseil départemental de l'ordre des médecins**

1. Perception de la plus value du médecin généraliste dans l'organisation de la permanence des soins ?
2. Rôle actuel de l'ordre dans l'organisation de la PS
3. Comment l'ordre a t'il vécu la période de grève et le recours aux réquisitions ?
4. Pourquoi le CNOM a été amené à démissionner ?
5. Position de l'ordre vis à vis du volontariat
6. Rôle de l'ordre dans l'organisation future de la PS
7. L'Ordre pourra t'il assumer son rôle d'organisateur de la permanence des soins si une réécriture de l'article 77 était faite ?
8. Regard de l'Ordre sur les nouvelles organisations : MMG, régulation, sectorisation
9. Propositions à faire aux pouvoirs publics ?

↳ **Guide d'entretien avec le secrétaire général de l'Union professionnelle des médecins libéraux de Rhône-Alpes**

1. Rôle de l'U.R.M.L. dans le dossier de la permanence des soins
2. Plus-value du médecin généraliste dans la permanence des soins
3. Position de l'U.R.M.L. vis à vis du volontariat
4. Participation des médecins généralistes sur la base du volontariat ?
5. Perception de l'Ordre comme garant de l'organisation de la permanence des soins ?
6. Quelles propositions pour les services publics, le MISP en particulier ?

ANNEXE 5 : LISTE DES PARTICIPANTS PRESENTS AUX REUNIONS OBSERVEES

↳ **Groupes de travail sur la mise en œuvre dans le département de l'Ain du protocole du 1^{er} mars 2002**

- APSUM 01
- Conseil départemental de l'ordre des médecins
- CPAM de Bourg en Bresse
- MG-France 01
- SAMU 01
- DDASS 01

↳ **Sous-comité médical du CODAMU du département de l'Ain**

- APSUM 01
- Conseil départemental de l'ordre des médecins
- CPAM de Bourg en Bresse
- DDASS 01
- MG-France 01
- SAMU 01
- SDIS 01
- Service médical de l'Assurance maladie
- SMUR Ambérieu en Bugey
- SMUR de Belley
- UNOF 01

ANNEXE 6 : LISTE DES PERSONNES INTERVIEWEES, DATE DES ENTRETIENS ET REPARTITION GEOGRAPHIQUE

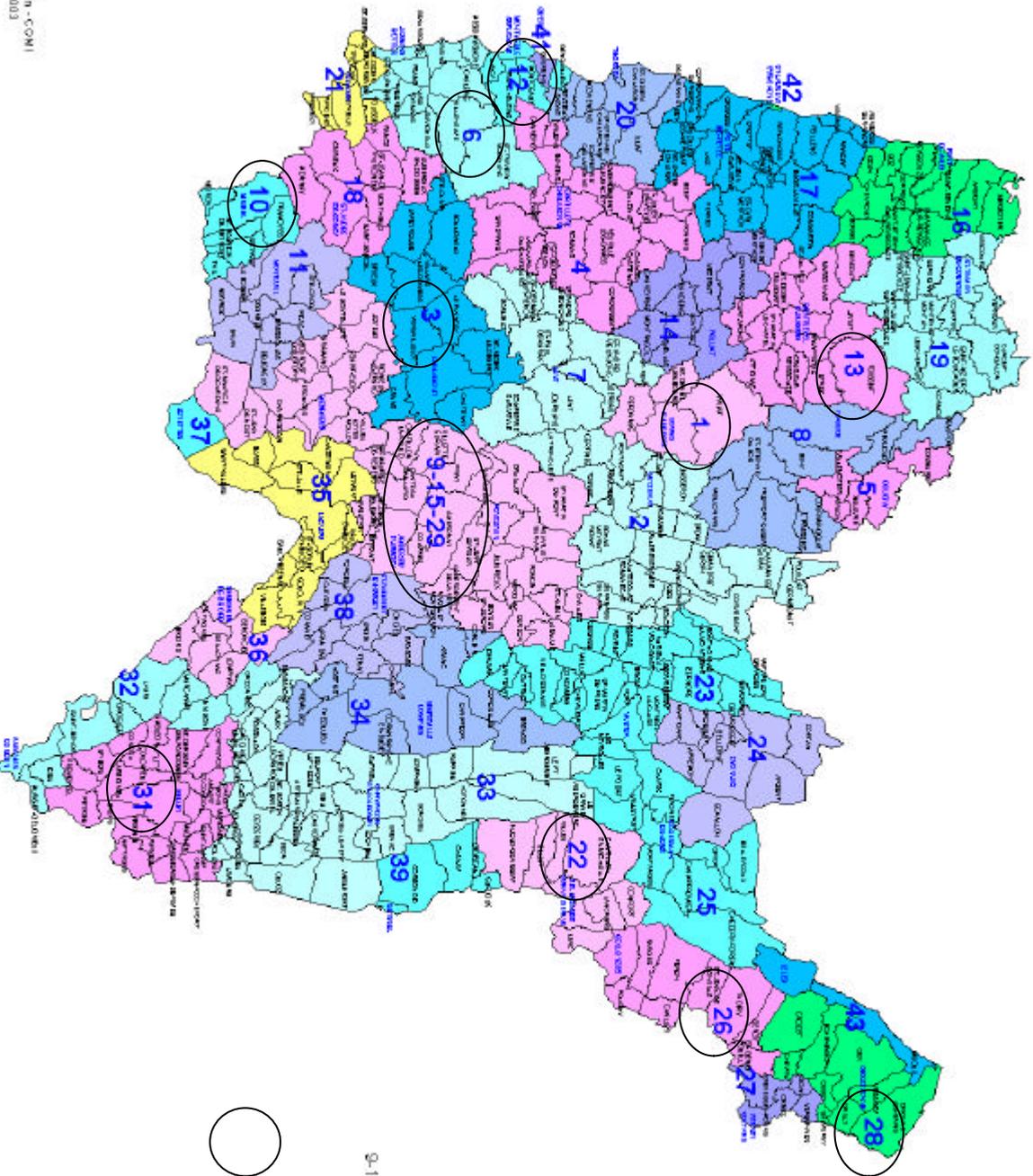
↳ Médecins généralistes

Nom	Sexe	Age	Secteur	Date entretien
Dr BARDONNET Xavier	M	> 40 ans	6	07 janvier 2003
Dr BUCHER Jean Pierre	M	> 40 ans	13	12 février 2003
Dr DE HAAS Pierre	M	> 40 ans	15	11 février 2003
Dr DOTT Philippe	M	< 40 ans	28	28 janvier 2003
Dr JACQUIOT Denis	M	> 40 ans	31	29 janvier 2003
Dr JEHLE Geneviève	F	< 40 ans	10	18 février 2003
Dr LASSUS BONHOMME Jocelyne	F	< 40 ans	3	10 janvier 2003
Dr MARNEFFE Xavier	M	> 40 ans	12	10 janvier 2003
Dr PERRIN MARCOLINI Marie Thérèse	F	> 40 ans	22	30 janvier 2003
Dr PETRI Philippe	M	> 40 ans	1	09 janvier 2003
Dr PONS Bernard	M	> 40 ans	22	30 janvier 2003
Dr PORTA Thierry	M	< 40 ans	26	28 janvier 2003
Dr ROUX-LHENRY Anne	F	> 40 ans	29	6 février 2003

↳ Personnes ressources

Dr ROUGIER Bernard	Secrétaire général UPML Rhône Alpes	Entretien téléphonique : 7 février 2003
Dr RASCLE	Président du conseil départemental de l'ordre des médecins	5 février 2003
M. THIELLET André	Directeur DDASS Ain	Rencontres non formalisées
Dr SCHOULER Corinne	M.I.S.P. DDASS Ain	Rencontres non formalisées
Mme LAVY	DHOS/ Sous-direction de l'organisation du système de soins	Entretien téléphonique : 7 février 2003
Mme MAUSS	DHOS/ Sous-direction de l'organisation du système de soins	Entretien téléphonique : 24 mars 2003

Secteurs d'astreinte médicale dans l'Ain



9-15-29 : Secteur plaine de l'Ain

○ Secteur d'installation
○ des médecins interviewés