



ENSP

ECOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2007 –

**L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES
SOINS DE VILLE**

– Groupe n° 6 –

- BERTHELOT Loïc
- CHOLLET Julie
- CORROYER Catherine
- DENIZE Martine
- GUERRIER Marie
- HERIAT Michèle
- MARTINEZ Vincent
- MIKEC Fabienne
- PERRICHON Emmanuel
- ROCHE Régine
- TERSIN Gilbert

Animateurs

- ***DUPONT Xavier***
- ***Dr MBOKO Guy***

Sommaire

Introduction	1
Méthodologie	3
1 Les enjeux de l'organisation de la permanence des soins de ville à la lumière des récentes dispositions réglementaires	5
1.1 Les évolutions réglementaires depuis 2002-2003	5
1.1.1 L'évolution réglementaire de 2003 à 2005 et ses limites	5
1.1.2 Les dernières avancées de 2006 et les perspectives pour 2007.....	7
1.2 Les enjeux de la permanence des soins de ville	9
1.2.1 La baisse de la démographie médicale	9
1.2.2 La réduction du temps de travail disponible de la médecine de ville	10
1.2.3 La répartition inégale de la médecine de ville sur le territoire	10
1.2.4 L'évolution de la demande médicale des usagers	11
1.2.5 La maîtrise des dépenses de santé.....	11
1.3 La situation de la permanence des soins de ville dans la Sarthe	12
1.3.1 La Sarthe est un département essentiellement rural, doté d'une faible densité médicale.....	12
1.3.2 Le paradoxe du désengagement de la médecine libérale dans la permanence des soins de ville.....	13
1.3.3 L'expérience du Centre hospitalier de Château du Loir	16
2 La perception de la permanence des soins de ville par les usagers	17
2.1 Profil des utilisateurs de la permanence des soins de ville	17
2.2 Représentation sociale de la permanence des soins	18
2.3 Les difficultés rencontrées par les usagers : le sentiment d'un accès plus difficile au personnel médical	19
2.3.1 Le délai de réponse téléphonique du centre 15 et des maisons médicales de garde	19
2.3.2 Le délai d'intervention	19
2.3.3 La réponse du centre 15	19
2.3.4 La coordination des acteurs.....	19
2.3.5 Les personnes dépendantes.....	19
2.4 L'analyse de la communication avec les usagers	20

3	Les pistes d'amélioration possibles	20
3.1	Développer l'offre de la permanence des soins de ville	20
3.1.1	La réduction du nombre de secteurs.....	20
3.1.2	L'incitation à l'installation et au regroupement des médecins	21
3.1.3	La consolidation des régulations mixtes (SAMU-médecine libérale)	22
3.1.4	L'obligation de participation des médecins libéraux à la permanence des soins de ville.....	22
3.1.5	La création d'une agence départementale de la permanence des soins (ADPS) pour un pilotage unifié du dispositif et une clarification des responsabilités.....	22
3.2	Donner les moyens à l'usager de devenir un acteur éclairé de la permanence des soins de ville	23
3.2.1	La place des représentants des usagers dans l'élaboration du dispositif de la permanence des soins	23
3.2.2	Promouvoir le bon usage de la permanence des soins de ville	23
3.2.3	Un plan efficace de communication pour les usagers.....	23
	Conclusion.....	25
	Bibliographie	26
	Documents annexes uniquement joint au rapporteur du groupe	

Remerciements

Nous tenons à remercier tout particulièrement les deux animateurs qui nous ont accompagnés, M. Xavier DUPONT, directeur de la DDASS de la Sarthe et M. Dr Guy MBOKO, médecin inspecteur en santé publique du Conseil général de la Sarthe.

Nous remercions également toutes les personnes ressources qui ont enrichi et objectivé notre réflexion :

- ✚ M. Georges BAUDRY, représentant des usagers au CODAMUPS ;
- ✚ M. Dr Marc BERTRAND, médecin généraliste, référent de la maison médicale de garde de Château du Loir ;
- ✚ Mme Annie BRIARD de la DDASS de la Sarthe, personne ressource pour les documents relatifs à la PDS ;
- ✚ Mme Aline CHAMBON, responsable du Centre d'information départemental des personnes âgées de la Sarthe ;
- ✚ M. FOURGET directeur par intérim des maisons de retraite Joliot Curie et Jean Jaurès du Mans ;
- ✚ M. Dr Christian GROSSE, médecin généraliste, président de l'association départementale de la permanence des soins de la Sarthe ;
- ✚ M. André GUICHETEAU, directeur du centre hospitalier de Château du Loir ;
- ✚ M. Dr Frédéric JOLY, médecin généraliste, secrétaire général du conseil départemental de l'ordre des médecins de la Sarthe ;
- ✚ M. Jacques LALANNE, directeur de la gestion du risque de la caisse primaire d'assurance maladie de la Sarthe ;
- ✚ M. Dr Christophe SAVIO, praticien hospitalier, chef du service d'aide médicale urgente du Mans.

Liste des sigles utilisés

CATTP	Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CDOM	Conseil départemental de l'ordre des médecins
CMP	Cellule médico-psychologique
CMU	Couverture maladie universelle
CODAMUPS	Comité départemental de l'aide médicale urgente et de la permanence des soins
CODIS	Centre opérationnel départemental d'incendie et de secours
COM	Contrat d'objectifs et de moyens
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DMS	Durée moyenne de séjour
DNDR	Dotation nationale des réseaux
DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
EHPAD	Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
GMP	Groupe iso ressource moyen pondéré
HAD	Hospitalisation à domicile
IDE	Infirmier diplômé d'Etat
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MMG	Maison médicale de garde
MMP	Maison médicale pluridisciplinaire
MRS	Mission régionale de santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PDS	Permanence des soins
PH	Praticien hospitalier
PMP	Pathos moyen pondéré
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SLD	Soins de longue durée

SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
SSR	Soins de suite et de réadaptation
UPATOU	Unité de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences
URCAM	Union régionale des caisses d'assurance maladie

Introduction

La permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé, afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par les patients. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et les périodes d'absence du médecin traitant.

L'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire relevait jusqu'en 2001 de la profession. Elle était mise en œuvre par le conseil départemental de l'ordre des médecins qui gérait les tableaux des gardes et veillait à leur respect par les médecins désignés. Les médecins qui exercent en libéral représentent environ 60% des effectifs de la profession.

Cependant, l'évolution de la démographie médicale, les revendications des praticiens en matière de conditions de travail et les modalités d'indemnisation du service de garde ont conduit en 2001 et 2002, à un mouvement de refus du service des gardes. Cette contestation s'est traduite notamment par des refus de déférer aux réquisitions individuelles prononcées par les préfets pour garantir la permanence des soins.

Depuis le 1^{er} janvier 2003 s'est ainsi mis en place un nouveau système de gardes qui donne lieu au paiement par la caisse primaire d'assurance maladie des astreintes effectuées par les médecins libéraux. Ces astreintes sont organisées sur le territoire en secteurs départementaux de garde (« la sectorisation ») qui sont déposés auprès des DDASS, après avis du conseil départemental de l'ordre des médecins.

La permanence des soins est ainsi devenue une mission de service public à laquelle les médecins libéraux participent au côté des établissements de santé. Elle repose sur le principe du volontariat. Cependant, le Conseil départemental de l'ordre est tenu de prévenir le préfet en cas d'effectif insuffisant, en vue de procéder aux réquisitions nécessaires.

Si le nouveau dispositif de permanence des soins apparaît comme le fruit d'un compromis entre les différents acteurs (l'Etat, l'assurance maladie, la médecine libérale etc...) dans un contexte à fortes contraintes démographique, économique et de santé publique, il semble avoir négligé les besoins et le niveau de satisfaction du principal intéressé,

l'utilisateur, même si la composition de la CODAMUPS a été élargie en 2003 à un représentant des usagers.

Or, il est important, pour la population, que cette permanence des soins de ville réponde aux principes d'accessibilité, de lisibilité, d'efficacité, de sécurité et de cohérence avec l'ensemble du système sanitaire.

Ce rapport se propose :

- d'analyser les enjeux de l'organisation de la permanence des soins de ville à la lumière des récentes dispositions réglementaires ;
- puis en prenant comme exemple le département de la Sarthe, d'étudier la place de l'utilisateur dans le nouveau dispositif de permanence des soins de ville ;
- et de présenter plusieurs pistes d'amélioration.

Méthodologie

Le groupe de travail n°6 est constitué de 11 participants issus de différentes filières : 2 IASS, 2 DS, 4 D3S et 3 EDH. Notre mission était d'élaborer un travail de recherche sur le thème de «l'organisation de la permanence des soins de ville », en s'appuyant sur l'exemple du département de la Sarthe.

Périmètre du sujet et angle choisi :

A la suite de la présentation de Monsieur DUPONT, directeur de la DDASS de la Sarthe, sur la situation de la permanence des soins de ville dans ce département, le groupe a choisi de cibler sa recherche sur un des acteurs de la PDS : **l'utilisateur**. D'autres pistes ont été évoquées : l'approche de la médecine libérale et le point de vue des médecins, la place de l'assurance maladie ou le rôle de l'Etat (Préfet, DDASS, ARH...).

Tout d'abord, notre choix s'appuie sur le sentiment, partagé par le groupe, que l'utilisateur ne dispose pas aujourd'hui de l'information nécessaire pour utiliser au mieux l'offre de la PDS. Or, le système de permanence des soins de ville vise avant tout à assurer une prise en charge des besoins médicaux de la population toute la semaine après la fermeture des cabinets médicaux.

De plus, nous avons constaté que si nombre de rapports insistent sur la nécessaire information auprès du public, peu de campagnes de communication ont été lancées sur le sujet au sein des départements, mais sont actuellement en cours d'élaboration. Nous insisterons donc, dans nos propositions, sur des pistes possibles en termes de communication.

Sources exploitées :

La visite du Docteur Mboko nous a ensuite permis de déterminer les différentes personnes ressources à rencontrer en Sarthe.

Le groupe a, par ailleurs, souhaité diversifier les sources d'information. Ainsi, en vue de recueillir le point de vue des usagers, nous avons analysé des plaintes d'usagers reçues par deux DDASS (Sarthe et Seine-Maritime) et organisé un «micro-trottoir » sur un échantillon de 50 personnes. Nous avons également observé la régulation au centre 15

du Mans et rencontré le représentant des usagers au CODAMUPS qui est aussi membre de l'association « UFC-Que-choisir ».

Du fait de la spécificité de la Sarthe, et notamment de sa forte composante rurale, il nous a semblé opportun de prendre en compte la situation du centre hospitalier et de la maison médicale de garde de Château du Loir.

Enfin, dans le contexte du vieillissement de la population, il nous a semblé essentiel de rencontrer un directeur de maisons de retraite.

Organisation du travail en groupe :

- Conduite et restitution des entretiens :

Les professionnels et les membres d'association ont été interviewés sur leur lieu de travail par un binôme, dans le cadre d'entretiens semi-directifs. Après avoir élaboré les grandes lignes de réflexion nécessaire au travail de recherche, chaque binôme a rédigé une grille d'entretien spécifique à chaque catégorie professionnelle (cf. annexe n°4). Les entretiens se sont déroulés conformément à nos attentes. Les personnes interrogées ont manifesté un intérêt particulier au sujet abordé et à la problématique retenue.

Tous les entretiens ont fait l'objet d'une restitution orale devant l'ensemble du groupe. Ils sont venus enrichir et illustrer notre exploration documentaire et notre réflexion.

- Rédaction du mémoire

Le plan a été élaboré au fil de la réflexion du groupe dès les premières séances. Il s'est affiné à la suite des différents entretiens. De plus, les éléments les plus intéressants issus des entretiens ont été insérés directement au corps du texte par les binômes concernés.

L'ensemble du groupe a effectué une relecture du rapport.

Cette réflexion commune riche d'expériences diverses et complémentaires du fait de l'interprofessionnalité du groupe a créé une dynamique bénéfique à la rédaction du présent rapport.

1 Les enjeux de l'organisation de la permanence des soins de ville à la lumière des récentes dispositions réglementaires

1.1 Les évolutions réglementaires depuis 2002-2003

1.1.1 L'évolution réglementaire de 2003 à 2005 et ses limites

Avant 2003, l'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire relève de la profession : la participation au service de garde, tant la nuit que les dimanches et jours fériés, constitue alors pour les praticiens une **obligation déontologique**. Le conseil départemental de l'ordre procède, chaque mois, à la constitution du tableau des gardes et veille à l'accomplissement des obligations des praticiens mobilisés.

En 2001-2002, un mouvement de refus du service des gardes entraîne une remise en cause du fonctionnement de la permanence des soins. Ce mouvement, qui s'est notamment traduit par le refus de déférer aux réquisitions individuelles prononcées par le préfet pour garantir la permanence des soins, tient à la fois à la démographie médicale, aux revendications du corps médical relatives aux conditions de travail et aux modalités d'indemnisation du service de garde.

Dans ce contexte, la **réforme de l'organisation de la permanence des soins** a donné lieu au **décret n°2003-800 du 15 septembre 2003** et au **décret n°2005-328 du 7 avril 2005** relatifs aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence, ainsi qu'à **l'avenant n°4 à la convention nationale des médecins** organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance-maladie signée le 12 janvier 2005, signé le 22 avril 2005 et approuvé par arrêté du 26 mai 2005.

Cette réforme permet-elle de sécuriser le dispositif et d'améliorer la prise en charge des patients ?

Quatre principales avancées de cette réforme peuvent être soulignées :

- La permanence des soins revêt désormais le caractère d'une « **mission d'intérêt général** » à laquelle les praticiens libéraux sont appelés à participer (art. L. 6315-1). La participation à la permanence des soins s'opère sur la base du **volontariat** (art. R. 6315-4, al.1^{er}) ; le conseil départemental de l'ordre des médecins s'efforce, en cas d'absence ou d'insuffisance des médecins volontaires, de compléter les effectifs et, en cas d'échec, saisit le préfet, qui procède aux réquisitions nécessaires (art. R. 6315-4, al.2).

- La permanence des soins s'exerce **de 20 heures à 8 heures** les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés (art. R. 6315-1, al. 1^{er}). Elle est assurée par des médecins libéraux de **garde** ou **d'astreinte** et par des médecins appartenant à des **associations** de permanence des soins. Elle peut toutefois faire l'objet de modalités distinctes dans le cadre du cahier des charges départemental en fonction des besoins de la population. La PDS se traduit par une **consultation** au cabinet du praticien (ou dans tel lieu déterminé : centre de santé, point de garde, maison médicale de garde) ou par une **visite** au domicile du patient (art. R. 6315-5). L'accès au praticien de garde ou d'astreinte fait l'objet d'une **régulation** préalable, qui relève normalement du Centre **15** du Service d'aide médicale urgente (SAMU) (art. R. 6315-3). La régulation peut toutefois être assurée, dans le cadre d'une convention conclue avec l'établissement hospitalier siège du SAMU, par le centre d'appel des **associations** de permanence des soins sous réserve que celui-ci soit interconnecté avec le centre 15. Lorsqu'une personne compose le 15, les **permanenciers** procèdent à une première sélection et orientent les appels, en fonction de l'urgence, vers les régulateurs urgentistes ou vers les régulateurs libéraux.
- La PDS est arrêtée par le préfet en secteurs dans le cadre du **département** en liaison avec les établissements de soins publics et privés et en fonction des besoins évalués par le Comité départemental de l'aide médicale urgente et de la PDS (**CODAMUPS**). Les modalités d'organisation de la PDS font l'objet d'un **cahier des charges départemental** arrêté par le préfet après avis du CODAMUPS.
- La PDS donne lieu à une **couverture particulière de l'assurance maladie**. Suivant les stipulations de l'avenant n°4 à la convention nationale du 12 janvier 2005, les régimes d'assurance maladie participent, en premier lieu, au **financement de la régulation** (cf. annexe n°1).

A la suite de cette réforme, la sectorisation a été revue ou confirmée dans pratiquement tous les départements et le paiement des astreintes sur la base de l'avenant n°4 à la convention médicale est généralisé sur le territoire.

Cependant, des difficultés subsistent concernant l'organisation de la régulation et la disponibilité des intervenants selon les secteurs et les périodes de l'année. La régulation des appels souffre de son engorgement et d'une insuffisante coordination entre ville et hôpital.

La tendance générale est au désengagement de la médecine libérale en seconde partie de nuit. Souvent, les cahiers des charges départementaux ne comportent pas de

règles minimales de bonnes pratiques en matière de régulation ou de modalités d'exercice de l'astreinte.

Ce dispositif ne permet pas au public de s'orienter correctement dans le système de la PDS.

1.1.2 Les dernières avancées de 2006 et les perspectives pour 2007

Pour remédier aux insuffisances de l'organisation de la permanence des soins, la circulaire DHOS/01 n°2006-470 du 10 octobre 2006 fixe trois objectifs :

- L'amélioration de la sectorisation, avec la poursuite de la diminution du nombre de secteurs après minuit et un relais par les structures hospitalières ;
- Le renforcement du rôle de la mission régionale de santé ;
- Le développement de la participation des médecins libéraux à la régulation des demandes de permanence des soins.

Deux textes sont venus compléter cette circulaire : la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité Sociale pour 2007 et le décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins :

- **La permanence des soins devient une mission de service public** (article L6314-1 du Code de la santé publique). Cette modification va permettre aux médecins qui participent à la permanence des soins de bénéficier de la protection juridique de l'Etat quel que soit leur statut. Les débats parlementaires ont promu la mission de service public comme une des conditions permettant de garantir le maintien et le développement du volontariat des praticiens ;
- **La mission de permanence des soins est étendue aux médecins non conventionnés.** La loi va ainsi permettre à tous les praticiens de participer à la permanence des soins comme effecteurs ou régulateurs. Ces praticiens pourront être inscrits en tant que tels sur le tableau de la permanence des soins tenu par le conseil départemental et ainsi percevoir directement les astreintes liées à cette activité ;
- **La permanence des soins est étendue au samedi après-midi.** Cette extension qui doit figurer dans le cahier des charges du département, n'est pas automatique et pourrait ne concerner qu'une partie des secteurs du département. La disposition réglementaire ne concerne pas que le samedi après-midi, mais le lundi lorsqu'il précède un jour férié ou le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié.
- **La participation des médecins d'exercice libéral à la régulation au sein du SAMU est mentionnée.** Lorsque cette participation n'est pas limitée aux seules plages horaires de la permanence des soins, le cahier des charges doit en préciser les modalités.

Par ailleurs, la question des gardes administratives, notamment la sollicitation des médecins de permanence des soins aux examens de garde à vue n'a pas été clarifiée. Toutefois, le conseil national de l'ordre des médecins préconise que l'organisation des gardes administratives soit distincte de celle de la permanence des soins (sauf organisation locale spécifique), puisque l'intervention de médecin en garde à vue ne relève pas de la permanence des soins, selon le Conseil.

De plus, la circulaire du 10 octobre 2006 a été complétée par la circulaire DHOS/01 n°2007-65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences qui vise une meilleure coopération entre les différents acteurs. Cette exigence est en adéquation avec les évolutions récentes de l'organisation de la permanence des soins ambulatoires, notamment après minuit.

Enfin, la circulaire DHOS/DSS/CN AMTS/01/1B n°2007-137 du 23 mars 2007 fait écho au rapport de juillet 2006 sur les maisons médicales de garde (MMG) du Dr Jean-Yves Grall qui établit pour la première fois un état des lieux complet de quelques 200 MMG implantées sur le territoire. Ce rapport confirme la pertinence de cette forme d'organisation lorsqu'elle répond à certains critères d'implantation, d'effectifs, de période d'ouverture et de relations avec les structures hospitalières existantes. Il définit également plusieurs propositions articulées autour de six axes :

- confier aux missions régionales de santé (MRS), en lien avec les préfets des départements, le pilotage et le financement des MMG ;
- simplifier et alléger les procédures d'éligibilité et de suivi des MMG et pérenniser le dispositif des MMG par un financement contractualisé ;
- établir un cadre minimal type de fonctionnement concernant les lieux d'installation en zones rurales ou urbaines, les modalités d'accès, la nature et l'échelle des dépenses éligibles au financement ;
- favoriser une filière de prise en charge des urgences cohérente en coordonnant mieux l'intervention des MMG avec les structures hospitalières ;
- inscrire les MMG dans un dispositif de permanence de soins lisible et simplifié ;
- mettre en place une large information sur l'utilisation de la permanence des soins à destination du grand public pour responsabiliser et sécuriser la population.

La circulaire du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire a donc pour objet de mettre en œuvre les propositions de ce rapport, afin d'assurer la pérennité des MMG qui correspondent à un besoin en matière de permanence des soins.

Cette circulaire inscrit les MMG dans un cadre cohérent, lisible et pérenne. La MMG est un lieu fixe de prestations de médecine générale fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins et assurant une activité de consultation non programmée. De

plus, elle répond à un besoin bien identifié et fonctionne sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la MRS. En annexe de la circulaire figure un cahier des charges national sur les MMG qui constitue un outil adaptable aux situations régionales concernant l'identification des besoins des MMG, leur mode de fonctionnement et leur coût. De plus, la circulaire précise que le financement des maisons médicales relève de la compétence de la MRS, en lien avec l'organisation de la permanence des soins et les réseaux d'urgences. L'enveloppe annuelle reconductible sur la période de cinq ans définie dans la convention liant la MRS et la MMG, sera déléguée sur les crédits du **fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins** (FIQCS) créé par la loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale. Enfin, la circulaire précise que les MRS veillent à ce qu'une information actualisée soit réalisée auprès du public et des professionnels sur l'existence des MMG et plus globalement sur l'organisation locale de la permanence des soins.

Toutefois, malgré ces évolutions réglementaires, le ministre de la santé a réuni le 19 avril 2007 les préfets de 38 départements, des directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales, de missions régionales de santé et des représentants de l'ordre des médecins et de l'assurance maladie afin de faire le point sur la permanence des soins et leur présenter la mission de médiation confiée à Jean-Yves Grall. En effet, le conseiller général des hôpitaux a été chargé d'une mission de médiation nationale pour faciliter la mise en œuvre de la permanence des soins dans les départements qui rencontrent des difficultés avec le dispositif.

L'organisation de la permanence des soins n'est donc pas encore clarifiée, elle est toujours confrontée à des difficultés.

1.2 Les enjeux de la permanence des soins de ville

1.2.1 La baisse de la démographie médicale

Le nombre de médecins n'a jamais été aussi élevé en France. Il a plus que doublé en 20 ans pour atteindre 205 864 médecins sur le territoire au 1^{er} janvier 2005. La densité démographique est passée de 206 médecins pour 100 000 habitants en 1979 à 340 pour 100 000 habitants au 1^{er} janvier 2005. Cependant, leur nombre devrait sensiblement diminuer en raison :

- de la réduction du numerus clausus entre le début des années 80 et la fin des années 90 ;
- de départs massifs à la retraite dans les prochaines années.

Malgré l'augmentation progressive du numerus clausus de 4700 en 2002 à 7000 depuis 2006, le nombre de médecins devrait atteindre en 2025 186 000, soit une chute de

10 % par rapport à 2005. Compte tenu de l'accroissement de la population, la densité médicale atteindrait alors en 2025 son niveau de 1985 avec 283 médecins pour 100 000 habitants, soit une chute de 15%. L'augmentation du numerus clausus mettra plusieurs années à produire ses effets. La densité médicale diminuera donc dans les années à venir tandis que les besoins de santé ne pourront que croître, notamment en raison de l'allongement de la durée de la vie.

De plus, l'âge moyen des médecins passerait de 47,5 ans en 1985 à 50,6 ans en 2015, pour revenir en deçà de 47 ans en 2025. Or, les médecins de plus de 60 ans ne sont plus tenus aux astreintes c'est-à-dire aux gardes de nuit et week-end. Ils pourront cependant, s'ils le souhaitent, continuer à participer à la permanence des soins.

1.2.2 La réduction du temps de travail disponible de la médecine de ville

L'évolution des modes de vie a un effet sur la durée de travail des médecins. Le temps de travail des médecins a diminué d'environ 5 %, du fait notamment de la féminisation et de l'évolution de la pyramide des âges.

Au sein des médecins, le nombre d'hommes diminuera sensiblement avec une baisse de l'ordre de 30 % d'ici à 2025, les femmes médecins augmenteraient de 28 %. Dans les années 2020, il y aura autant de femmes médecins que d'hommes médecins alors que le taux de féminisation n'était que de 13,7% en 1968. Or, il ressort d'une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) que les femmes consacrent, toutes choses égales par ailleurs, environ 6 heures de moins par semaine que les hommes à leur exercice professionnel médical.

D'autres facteurs influent déjà sur cette diminution du temps de travail disponible, notamment :

- la réduction légale du temps de travail ;
- les évolutions sociologiques de la profession médicale :
 - évolution des modèles professionnels et familiaux ;
 - évolution des aspirations en matière de temps et de conditions de travail.

1.2.3 La répartition inégale de la médecine de ville sur le territoire

La répartition des professionnels de santé sur le territoire n'est pas homogène. La densité s'établit en métropole à 340 médecins pour 100 000 habitants. Cette densité varie de manière significative selon les régions : la moins pourvue étant la Picardie avec 256 médecins, la mieux pourvue étant l'Île-de-France avec 426 médecins pour 100 000 habitants. Il apparaît qu'en général les régions du Sud connaissent des densités plus élevées que les régions du Nord de la France.

Cependant, ces inégalités importantes tendent à se réduire. Alors qu'en 1985, les densités de médecins généralistes variaient entre - 28% et + 37% autour de la moyenne nationale, elles se situaient en 2004 autour d'une fourchette de 20% de part et d'autre de

la moyenne nationale. Sur la même période, les densités régionales de spécialistes ont pour leur part peu évolué dans leur rapport à la moyenne, les disparités restant quasiment à l'identique pendant les dix dernières années.

Plusieurs facteurs peuvent être avancés pour expliquer les évolutions au cours des vingt dernières années : le numerus clausus, le nombre de postes d'internes, le taux de réussite au concours de l'internat, la mobilité à l'installation, la mobilité professionnelle, les départs à la retraite, les variations régionales de la population française.

Concernant les quatre premiers facteurs, le numerus clausus et le nombre de postes à l'internat ou aux épreuves nationales classantes qui ont pris la suite, sont par construction clairement maîtrisables, les deux derniers restent aléatoires.

Les disparités sont aussi infra-départementales, puisque la densité de généralistes varie dans les arrondissements de 70 à 134 pour 100 000 habitants. Elles persistent entre les villes importantes et les cantons à dominante agricole et ouvrière, qui sont plutôt défavorisés sur le plan économique. En termes d'évolution, si l'on note, pour les généralistes, une légère tendance au resserrement des écarts départementaux, à un niveau géographique plus fin, les disparités ont plutôt tendance à se creuser, notamment au détriment des cantons ruraux.

1.2.4 L'évolution de la demande médicale des usagers

La demande médicale pendant les horaires de la permanence des soins risque de s'accroître en raison :

- du vieillissement de la population ;
- de la politique de maintien à domicile des personnes dépendantes.

Par ailleurs, les demandes de consultation se déplacent progressivement en début de soirée sous l'effet de plusieurs facteurs :

- le développement du travail des deux conjoints dans un foyer ;
- l'allongement des temps de transports domicile – travail ;
- l'augmentation des demandes de consultations qui n'ont pas pu être satisfaites en journée.

1.2.5 La maîtrise des dépenses de santé

La maîtrise des dépenses de santé constitue un enjeu politique et économique. Les objectifs nationaux de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) sont votés chaque année par le Parlement. En cas de glissement des dépenses (à partir de 0,75 point au-dessus de l'ONDAM), le comité d'alerte peut suggérer des mesures drastiques.

Or, les économies visées par la Sécurité sociale passent obligatoirement par la poursuite des efforts de maîtrise médicalisée des médecins libéraux, notamment ceux concernant les médecins généralistes.

La permanence des soins fait l'objet d'une couverture particulière par l'assurance maladie (cf. annexe n°1).

Les coûts de la permanence des soins en 2004 et 2005 sont en sensible augmentation. Ils sont passés de 266 M€ en 2004 à 302 M€ en 2005, hors coût des maisons médicales de garde. Pour approcher le coût complet du dispositif, il faut ajouter :

- la part du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) ;
- la dotation nationale des réseaux (DNDR).

L'estimation globale atteint alors 300 M€ en 2004 et 320 M€ en 2005. Pour 2006, le montant devrait atteindre 400 M€ selon certaines unions régionales des caisses d'assurance maladie. La permanence des soins qui est principalement supportée par l'assurance maladie, se caractérise par un coût élevé.

1.3 La situation de la permanence des soins de ville dans la Sarthe

1.3.1 La Sarthe est un département essentiellement rural, doté d'une faible densité médicale

La Sarthe est un département qui comprend environ 530 000 habitants (46^{ème} département métropolitain en termes de population) pour une densité de 85 habitants au km² comparé à une moyenne nationale de 108 habitants au km². Les deux tiers des communes du département de la Sarthe sont faiblement peuplées (densité inférieure à 50 habitants par km²), voire très faiblement peuplées (moins de 30 habitants par km² pour la moitié d'entre elles). Ces communes sont situées en bordure du département et regroupent moins du quart de la population départementale. Une commune sur deux ne dépasse pas 500 habitants.

À l'opposé, 26 communes de l'agglomération mancelle et de sa périphérie ainsi que quelques villes isolées (La Flèche, Sablé-sur-Sarthe, Mamers, La Ferté-Bernard) affichent une densité supérieure à 200 habitants par km². Elles regroupent la moitié de la population sarthoise.

Autour de l'agglomération mancelle et sur un axe Sablé-sur-Sarthe - La Ferté-Bernard, se situent des communes moyennement peuplées dont la densité de population diminue en s'éloignant du Mans.

Selon la DRASS Pays de Loire, la région ne se classe qu'au 17^{ème} rang des 22 régions métropolitaines en termes de densité médicale. Elle présente une densité de 282 médecins pour 100 000 habitants contre 340 en France métropolitaine. Dans le département de la Sarthe, cette densité tombe à 242 :

- 134 pour les médecins généralistes contre 166 en France métropolitaine ;
- 108 pour les spécialistes contre 174 en France métropolitaine.

Dans le département de la Sarthe, le nombre de médecins généralistes libéraux est passé de 483 en 1996 à 450 en 2005. L'âge moyen de ces praticiens libéraux en exercice est de 52 ans. D'autre part, la MRS des Pays de la Loire a pour mission, comme l'ensemble des MRS de France, d'identifier les zones prioritaires de leur région qui pourraient bénéficier de mesures d'aide à l'installation pour les médecins généralistes : il s'agit donc des territoires les plus dépourvus en matière de démographie médicale. Cette mission passe par la localisation de zones déficitaires (densité inférieure à 2,5 médecins pour 5000 habitants et à 4 médecins pour 100 km²) et de zones fragiles (densité inférieure à 2,7 médecins pour 5000 habitants et à 5 médecins pour 100 km²). 50 communes de la Sarthe sont en zone déficitaire et 126 en zone fragile. Les évaluations menées par la MRS des Pays de la Loire permettent d'appréhender un autre problème important lié à la démographie médicale : le pourcentage de communes sans médecins. Dans la Sarthe, certaines zones déficitaires ou fragiles affichent des taux de plus de 85% de communes sans médecin. Ce constat remet ainsi en question l'accès à l'offre de soins, notamment pour les personnes âgées n'ayant pas la capacité d'effectuer de longs déplacements.

D'après le secrétaire général du Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Sarthe, la régulation des appels par le centre 15 depuis le 1^{er} juillet 2003 a profondément modifié les habitudes de consommation médicale des patients. Entre le début de l'année 2002 et le milieu de l'année 2005, le nombre de visites à domicile dans le département de la Sarthe a été divisé par 4 dans le cadre des horaires de la permanence des soins de ville.

1.3.2 Le paradoxe du désengagement de la médecine libérale dans la permanence des soins de ville

A) L'apport déterminant de la régulation libérale dans la PDS

Selon le secrétaire général du Conseil départemental de l'ordre des médecins de la Sarthe, la majorité des médecins généralistes du Mans a décidé de ne plus participer au tableau de garde. A titre d'exemple, du mois d'avril à la mi-juillet 2006, la permanence des soins pour l'agglomération du Mans n'a pu être assurée que par le recours à la procédure de réquisition.

Pourtant, le renforcement de la régulation libérale en Sarthe est souhaitable et régulièrement demandé par le CODAMUPS (réuni le 5 avril 2007, par exemple). L'organisation de la régulation libérale au sein du Centre 15 du SAMU 72 a montré son **efficacité pour les patients comme pour les médecins**. La centralisation des appels de médecine générale présente les avantages suivants :

- **la sécurité**, en particulier l'assurance qu'un médecin pourra toujours répondre à l'appel, malgré les difficultés liées au téléphone portable. L'enregistrement des communications est aussi, en cas de litiges, une garantie de sécurité ;

- **une meilleure réponse à l'urgence vraie** par les médecins du SAMU grâce à la participation des médecins libéraux à la prise des appels de médecine générale. Le Centre 15 doit répondre aux appels de détresse vitale mais n'a pas pour mission première de remplacer le médecin traitant pour la pathologie courante ou ne mettant pas en jeu le pronostic vital ;
- **des interventions justifiées pour le médecin généraliste d'astreinte de secteur**, grâce à des appels régulés en amont permettant :
 - une hiérarchisation des urgences ;
 - la possibilité, en cas d'urgence vitale, d'en informer immédiatement le médecin du SAMU ;
 - de rassurer le patient par téléphone et de lui donner déjà les premiers conseils en attendant le passage du médecin ;
 - la possibilité de ne pas systématiquement envoyer le médecin devant toute demande de soins grâce à une **écoute médicalisée** et à des **conseils appropriés** ;
 - de n'intervenir que pour des motifs réellement médicaux et donc d'une meilleure disponibilité du médecin pour les appels réellement urgents d'autant que l'agrandissement des secteurs diminue cette disponibilité ;
 - de contribuer à **l'éducation sanitaire de l'utilisateur** et à sa **responsabilisation** par un **partenariat consenti**.

B) Les modalités pratiques de fonctionnement au Centre 15

Sur un plan pratique, la présence des régulateurs libéraux est **basée sur le volontariat** et il s'agit plus d'une **obligation « morale » ou « éthique »** du groupe d'assurer la plus grande partie des plages proposées. Une amélioration quantitative est constatée depuis la fin de l'année 2006 grâce à l'effort de recrutement et aux formations proposées par le SAMU 72. L'**ADPS 72** (Association départementale de permanence des soins) participe à l'évaluation des pratiques professionnelles (aspect qualitatif). Cette association, représentée au CODAMUPS, participe à la gestion de la PDS dans le département, développe la collaboration entre médecins libéraux et médecins du secteur public en la matière, et participe à l'organisation des structures.

Le **centre hospitalier du Mans** met à disposition des médecins régulateurs libéraux un **local professionnel** situé dans les locaux du SAMU 72 – Centre 15 ainsi que des **moyens de communication téléphonique et des moyens informatiques** de saisie des dossiers médicaux et d'enregistrement des données. Ce partenariat est défini par une convention. Le SAMU 72 – Centre 15 participe à la régulation en mettant à la disposition du médecin régulateur libéral des **Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale**, qui reçoivent en amont l'appel et initient le dossier informatique patient.

C) La régulation, une mission plus difficile pour les libéraux ?

Dans la Sarthe, les praticiens hospitaliers accueillent donc les médecins régulateurs libéraux et sont le moteur de la PDS. Les pratiques médicales et les cultures professionnelles des libéraux et des hospitaliers se distinguent. L'intégration des libéraux dans le dispositif initié par les hospitaliers n'est pas évidente.

La régulation téléphonique exige par ailleurs une formation adaptée. Elle peut susciter de l'appréhension (stress, responsabilité ...) et demande une inclination particulière.

D) Un protocole peu concluant

Pour remédier à ce désengagement particulièrement marqué dans les secteurs 25 (Le Mans Nord) et 26 (Le Mans Sud), un protocole d'accord a été signé le 21 juillet 2006 sous l'égide du Conseil départemental des médecins, de l'Association mancelle d'urgence médicale (A.M.U.M.) et du Centre hospitalier du Mans. Ce protocole fixe les nouvelles modalités à titre temporaire et dérogatoire :

- l'arrêt des gardes à minuit ;
- le renforcement de la régulation médicale libérale au Centre 15 ;
- la création d'une maison médicale de garde ;
- la délivrance des actes médicaux par les urgences de minuit à 8H00.

Ce dispositif transitoire et dérogatoire est régulièrement prorogé (arrêté préfectoral n°06-6842 du 28 décembre 2006 relatif à l'organisation de la permanence des soins des secteurs 25 et 26).

Selon le secrétaire général du Conseil départemental de l'ordre des médecins et le directeur de la gestion du risque de la CPAM de la Sarthe, l'application de ce protocole du 21 juillet 2006 se révèle insatisfaisante car asymétrique. Les concessions accordées n'ont pas engendré un investissement correspondant des médecins libéraux dans la régulation libérale du Centre 15. Après minuit, il semble que les professionnels libéraux font peser sur le milieu hospitalier (CH et clinique) la tâche d'assurer la permanence des soins. L'attachement au caractère libéral de l'exercice médical ne semble pas souffrir d'un recours aussi net à la permanence des soins assurée notamment par l'hôpital public. La contrepartie naturelle du relais assuré par l'hôpital serait un **investissement accru** dans la régulation médicale.

On dénombre plus de 150 médecins libéraux dans l'agglomération du Mans et 450 dans le département de la Sarthe. Seuls 18 d'entre eux participent, en 2007, à la régulation libérale au centre 15 localisé au Mans. Parmi eux, les médecins des zones rurales sont surreprésentés alors que de nombreux médecins se trouvent sur place. Les médecins des secteurs ruraux se révèlent les plus volontaires. Les disparités avec

l'investissement des médecins du Mans sont frappantes et inexplicables si ce n'est par les solidarités confraternelles réputées plus prégnantes en secteur rural.

Le faible engouement observé engendre, chez les médecins volontaires, des difficultés dans la mise en œuvre de la régulation libérale :

- le rythme des appels entrants, combiné à la nature des sollicitations, est source de fatigue et de stress, concentrés sur les quelques médecins concernés ;
- les usagers se plaignent des délais de réponse, suscitant ainsi une gêne dans l'exercice professionnel.

Cette situation est d'autant plus surprenante quand on la compare à celle existant dans d'autres départements des Pays de la Loire : la Vendée, par exemple, avec une population à peu près égale à celle de la Sarthe enregistre ces dernières années une participation des médecins libéraux à la régulation oscillant entre 70 et 80 praticiens. Nos interlocuteurs dans la Sarthe, tous impliqués dans le processus de permanence des soins de ville, ne parviennent pas à expliquer l'existence de tels écarts au détriment de leur département.

1.3.3 L'expérience du Centre hospitalier de Château du Loir

A) Le centre hospitalier et la permanence des soins

Le centre hospitalier qui est présenté en annexe, a organisé, depuis 1996, la garde médicale aux urgences. Elle est assurée à la fois par les médecins hospitaliers et les généralistes libéraux de ville. Depuis novembre 2003, la maison médicale de garde des médecins généralistes du Val de Loir fonctionne. Ce partenariat avec la médecine de ville est un point fort de la stratégie du centre hospitalier dans le dispositif de la permanence des soins. Ce dispositif permet de couvrir 4 secteurs du sud de la Sarthe.

Cette maison médicale de garde est physiquement située à proximité du service des urgences ou UPATOU. Le centre hospitalier met à disposition un studio qui permet la garde médicale sur place d'un médecin libéral. Par ailleurs, la garde ambulatoire de secteur est centralisée sur le site et permet de supprimer les visites à domicile.

B) Avantages et limites du système

La maison médicale de garde située au sein du centre hospitalier à proximité de l'UPATOU et le partenariat médical naturel qui existe depuis 1996 permettent une vraie collaboration médecine libérale et médecine hospitalière.

Ce dispositif offre une vraie régulation de l'activité des urgences hospitalières. Par ailleurs, le médecin de ville dispose pendant sa garde et si besoin d'un avis d'urgentiste ainsi que d'une aide du plateau technique (IDE, examens complémentaires...). Cette aide contribue au diagnostic et évite le recours à hospitalisation.

Précisons que le regroupement sectoriel a eu un impact certain sur le nombre de gardes par généraliste (½ week-end et 1 nuit par mois).

Les limites du système sont à mettre en lien avec la démographie médicale. En effet, à la création du dispositif, 25 généralistes participaient au tableau de garde. Aujourd'hui, 21 se répartissent les gardes et 3 d'entre eux atteignent déjà la limite d'âge (60 ans).

Ce système est très fragile et dépend de la participation d'internes « thésés » au tableau de garde.

Une des limites reste la permanence des pharmacies. Parfois très éloignées de la maison médicale de garde, elles contraignent les patients à un second déplacement.

2 La perception de la permanence des soins de ville par les usagers

2.1 Profil des utilisateurs de la permanence des soins de ville

Selon le Dr Savio, chef du service de l'aide médicale d'urgence au centre hospitalier du Mans, le nombre d'appels du 15 s'élève à près de 50 000 par an. Près de 80% de ces appels ne relèvent pas directement de la compétence du centre 15.

De plus, il souligne le fait que nombre de personnes en situation de fragilité sociale appellent le 15. Ces appels relèveraient davantage d'une prise en charge psycho-sociale et pourraient être redirigés, dans le cadre de la mise en place d'une passerelle entre le centre 15 et la PASS de l'hôpital du Mans. Ceci corrobore les résultats d'une étude menée par l'URCAM Nord-Pas-de-Calais conduite en 2004 selon laquelle la population couverte par la CMU a une propension trois fois plus élevée à utiliser le dispositif de la permanence des soins.

En outre, d'après le bilan d'activité de la maison médicale de garde de Montaigu concernant la période du 30 mai au 30 octobre 2005, 374 actes ont été réalisés pour une population de 36 100 habitants.

La répartition des consultants par tranche d'âge est la suivante :

Nombre d'actes par tranches d'âge		
Moins de 16 ans	188	50.26%
De 16 à 59 ans	129	34.5%
De 60 à 69 ans	10	2.6%
70 ans et plus	47	12.56%
TOTAL	374	100%

De plus, d'après l'étude de l'URCAM Nord-Pas-de-Calais, les enfants de moins de 10 ans représentent 35% des actes (6% des moins de 5 ans de la région ont bénéficié du dispositif).

Enfin, le nombre de personnes âgées utilisant le dispositif est deux fois plus important que la moyenne.

2.2 Représentation sociale de la permanence des soins

L'enquête « micro trottoir » fait apparaître que la notion de permanence des soins est un concept flou pour l'usager. Pour celui-ci, le terme de permanence des soins est plus souvent associé à un lieu qu'à un dispositif. Le terme « permanence des soins » est difficilement compréhensible par un large public. Il semble appartenir au langage des professionnels de santé.

Toutefois, la permanence des soins relève dans l'esprit de la population interviewée du concept d'urgence. L'évolution du dispositif de permanence des soins est méconnue de la population. Pour exemple, une confusion subsiste entre la mission de régulation du centre 15 et le SAMU. Une partie des personnes interviewées avoue n'avoir recours au centre 15 qu'en cas d'extrême urgence. Le centre 15 n'est pas perçu comme un centre de régulation en capacité d'apporter une réponse graduée à la demande formulée, mais comme un centre de soins d'urgence.

Il faut néanmoins tenir compte que la ville lieu de l'enquête dispose de SOS Médecins, ce qui n'est pas le cas dans le département de la Sarthe. Une projection permet d'émettre l'hypothèse que le centre 15 de la Sarthe est davantage sollicité. Face à des situations d'urgence ressenties, les usagers interpellent le système de permanence des soins par six canaux différents. Cela renforce le constat que l'identification du centre 15 comme centre de régulation manque de lisibilité au sein de la population. En dépit d'une connaissance aléatoire du recours au dispositif, 66% des personnes interrogées semblent satisfaites des réponses apportées. Pour autant certains dysfonctionnements sont pointés : délais trop longs, mauvais diagnostic, sous équipement des ambulances privées, non présence médicale dans les transports sanitaires....

De plus, 68% des personnes interrogées se déclarent mal informées sur la permanence des soins, ce qui permet de comprendre les mauvaises habitudes d'interpellation du système. Un certain nombre de propositions d'amélioration sont émises par 50% d'entre eux et concernent principalement les plans de communication. Les axes d'amélioration proposés ciblent des outils particuliers tels que campagne d'affichage dans les lieux de soins, dans les cages d'escaliers, par courrier, sur des décomptes de la CPAM, informations dans les écoles, affichages municipaux.

2.3 Les difficultés rencontrées par les usagers : le sentiment d'un accès plus difficile au personnel médical

2.3.1 Le délai de réponse téléphonique du centre 15 et des maisons médicales de garde

Selon les représentants de l'association « UFC-Que-choisir », les usagers se plaignent du temps d'attente de la réponse par le centre régulateur 15 et de la difficulté de joindre les maisons médicales de garde. Cette situation est à corroborer avec le manque de médecins régulateurs.

2.3.2 Le délai d'intervention

Selon les plaintes écrites reçues par les DDASS de la Sarthe et de la Seine-Maritime, le délai entre l'appel et l'arrivée du véhicule de transport sanitaire est jugé excessif par l'utilisateur. L'entourage a tendance à transporter le patient aux urgences, sans réaliser les conséquences en termes de responsabilité. Par ailleurs, les usagers soulignent leur déception concernant l'absence de médecin à l'arrivée de véhicules de transport sanitaire.

2.3.3 La réponse du centre 15

Selon les représentants de l'association « UFC-Que-choisir », les usagers ont le sentiment que la première réponse qui leur est fournie n'est pas une réponse d'ordre médical. Les usagers s'attendent à avoir directement un médecin et non pas un permanencier dont le rôle consiste à évaluer les appels. Cette situation révèle à nouveau un déficit de communication dans la fonction de régulation du centre 15.

2.3.4 La coordination des acteurs

La répartition des compétences entre les différents acteurs (garde ambulancière de secteur, pompiers, SAMU) au sein du dispositif manque de lisibilité pour les usagers.

Certaines situations deviennent de ce fait incompréhensibles pour le grand public et le conduit à s'interroger sur l'efficacité organisationnelle du dispositif. Par exemple, d'après les éléments recueillis au centre 15, le médecin de garde sollicité par ce centre pour intervenir à domicile peut, dans certains cas, effectuer par téléphone une contre régulation médicale pouvant conduire à ne pas se déplacer.

2.3.5 Les personnes dépendantes

Concernant les personnes dépendantes, des problèmes spécifiques se posent et pourraient s'accroître du fait du vieillissement de la population. Il s'agit notamment des difficultés rencontrées pour interpeller le dispositif de la PDS et pour se déplacer vers un lieu tel que maison médicale de garde, cabinet de médecin de garde, etc.

Par ailleurs, la création d'une plate-forme gérontologique (expérience pilote d'Angers) pour les EHPAD permettrait d'effectuer une pré-régulation avant de solliciter le centre 15. Elle serait possible grâce à l'ouverture de places d'HAD dans les EHPAD qui contribuerait à augmenter leur niveau de technicité sanitaire et de ce fait, d'appeler le centre 15 à bon escient. Cette solution aboutirait au décloisonnement du secteur médico-social.

2.4 L'analyse de la communication avec les usagers

Les représentants de l'association de consommateurs « UFC-Que-choisir » ne sont pas destinataires des plaintes écrites ou téléphoniques des usagers. Ils n'ont donc pas été en mesure d'objectiver la qualité de la communication. Toutefois, leur participation à différentes instances (CODAMUPS, Conseil d'administration d'établissement de santé etc...) leur permet de recueillir des informations sur la perception du dispositif.

Cependant, ils pensent que les usagers restent sensibles à la qualité d'écoute du centre 15 qui permet de juguler l'état émotionnel des appelants.

Par ailleurs, la méconnaissance de la mission de régulation du centre 15 observée lors de l'enquête micro-trottoir effectuée sur Rennes est confirmée par les représentants des usagers du département de la Sarthe.

3 Les pistes d'amélioration possibles

3.1 Développer l'offre de la permanence des soins de ville

3.1.1 La réduction du nombre de secteurs

Dans le département de la Sarthe, la sectorisation est effective dans la mesure où les gardes sont assurées au sein de chaque secteur. Cependant, il est moins certain que cette sectorisation soit adaptée, notamment au regard de la faible fréquence des appels dans certains secteurs, mais aussi en ce qui concerne le problème des déplacements.

L'alternative pourrait être une redéfinition de la sectorisation au niveau géographique s'appuyant sur l'existence d'une maison médicale de garde (MMG) ou d'un hôpital local dans chaque secteur. En effet, la réduction du nombre de secteurs n'est possible que si les usagers disposent en contrepartie d'un accès à une structure centrale : c'est pourquoi il est recommandé de placer la MMG au centre du secteur pour limiter les déplacements du malade (consultation) ou du médecin (visite).

En ce qui concerne la sectorisation, la MRS des Pays de la Loire recommande de réduire le nombre de secteurs actuels selon l'une ou l'autre des modalités suivantes :

- une réduction du nombre de secteurs à partir de minuit, par mutualisation des secteurs de garde ;
- ou un redécoupage dès 20 heures du territoire départemental, permettant de garantir à la population une réponse adaptée.

Le redéploiement sectoriel doit enfin s'effectuer en tenant compte des zones correspondantes aux secteurs de garde de pharmacie et aux secteurs de garde ambulancière, afin d'assurer une meilleure cohérence du dispositif.

3.1.2 L'incitation à l'installation et au regroupement des médecins

Les tendances démographiques défavorables (vieillissement, féminisation, répartition territoriale inégale des médecins) appellent des réponses axées sur la coordination et le regroupement des médecins dans les secteurs où l'offre de soins est déficitaire.

A) Les maisons médicales de gardes et les maisons médicales pluridisciplinaires

- **Les maisons médicales de garde (MMG)** se révèlent être une solution d'avenir quant au maintien d'une permanence des soins ambulatoire. Elles permettent une re-médicalisation en milieu rural, une ré-implication des professionnels dans la PDS et une meilleure filière de prise en charge des patients en collaboration étroite avec les services d'urgences hospitaliers. Elles représentent un point de repère pour la population en milieu très urbanisé et un socle pour le développement futur de véritables maisons de santé, notamment en zone rurale. Elles se développent dans la Sarthe (Le Mans, Château-du-Loir...).
- **Les maisons médicales pluridisciplinaires (MMP)** favorisent le regroupement des médecins et des professionnels paramédicaux (kinésithérapeutes, infirmières...) et répondent aux problématiques qui concernent la médecine libérale en secteur rural en encourageant la permanence des soins, la présence médicale et paramédicale, la rotation et les remplacements. Des projets de MMP sont en cours, notamment sur les communes de Malicorne, Luché-Pringé, Le Chartre-sur-Loir, Brette-les-Pins.

B) L'évaluation des mesures incitatives et partenariales existantes

Il est nécessaire d'agir en amont pour faire face à l'inflexion démographique qui met en péril la mise en œuvre des gardes. Des mesures ont déjà été mises en place :

- **une bourse en contrepartie de l'engagement d'exercer en Sarthe** : une bourse de 26 500€ est accordée aux étudiants de la 7^{ème} à la 9^{ème} année d'étude contre l'engagement d'exercer pendant une durée de 5 ans dans le département de la Sarthe.

- **l'incitation à l'installation de jeunes médecins** : une aide financière équivalent à 20% des honoraires est aujourd'hui accordée aux jeunes médecins acceptant de s'installer dans les zones déficitaires définies par la MRS au sein des MMG ou MMP.
- **un mode d'exercice attractif** : comportant un appui sur un centre hospitalier, un mode d'exercice collectif de la médecine libérale/hospitalière (proximité d'un service d'urgence et présence de plusieurs spécialités médicales) et l'absence de problèmes logistiques (locaux, matériels etc...).

Il conviendrait d'évaluer l'efficacité de ce dispositif pour décider de son maintien ou de son éventuelle revalorisation.

3.1.3 La consolidation des régulations mixtes (SAMU-médecine libérale)

- **Convaincre les libéraux de s'inscrire dans le dispositif de régulation médicale** : Les facultés de médecine au travers de l'enseignement et des valeurs déontologiques, le Conseil de l'ordre des médecins et le CODAMUPS doivent être les vecteurs d'une dynamique de participation des médecins libéraux. La Caisse primaire d'assurance maladie et les centres hospitaliers sont aussi des acteurs pertinents de sensibilisation des médecins libéraux.
- Une piste supplémentaire, si besoin est, peut résider en l'accès au médecin de permanence par des centres d'appels d'associations de permanence des soins du type « SOS médecins », à condition que ces centres soient interconnectés avec le SAMU, aux termes d'une convention conclue entre l'établissement hospitalier siège du SAMU et l'association de permanence des soins.

3.1.4 L'obligation de participation des médecins libéraux à la permanence des soins de ville

La permanence des soins de ville est devenue une mission de service public. Les médecins libéraux y participent et de ce fait, sont soumis à l'obligation de continuité des soins. Le principe du volontariat n'est donc plus applicable. Leur participation à la permanence des soins devrait s'inscrire dans l'exercice normal de la médecine de ville, dès l'obtention du diplôme. Cette participation pourrait être formalisée dans un cadre contractuel liant le médecin libéral à l'autorité de tutelle restant à définir.

3.1.5 La création d'une agence départementale de la permanence des soins (ADPS) pour un pilotage unifié du dispositif et une clarification des responsabilités

Cette agence présidée par le préfet, pourrait constituer une entité départementale d'appréhension des besoins, de prévision des financements, d'évaluation et de contrôle. Le préfet étant la seule autorité dépositaire du pouvoir de réquisition, son rôle opérationnel au niveau départemental serait conforté par cette agence.

3.2 Donner les moyens à l'utilisateur de devenir un acteur éclairé de la permanence des soins de ville

3.2.1 La place des représentants des usagers dans l'élaboration du dispositif de la permanence des soins

L'utilisateur reste peu impliqué dans la conception et l'élaboration d'un dispositif qui lui est destiné. Celui-ci doit être considéré comme un acteur à part entière du dispositif de permanence des soins. L'émergence du concept de « santé-active » passe par la combinaison d'une information plus fournie et d'une responsabilisation aboutie.

3.2.2 Promouvoir le bon usage de la permanence des soins de ville

La circulaire du 12 décembre 2003 souligne l'importance de l'information des usagers : « tous les acteurs du système de soins, éventuellement en collaboration avec les associations des usagers du système de santé du département, doivent contribuer à faire connaître à l'utilisateur le fonctionnement de l'ensemble du dispositif de PDS en médecine ambulatoire et en particulier ses modalités d'accès. Ainsi l'utilisateur doit, d'une part être sensibilisé au rôle du SAMU et au bon usage du numéro 15, et d'autre part, être informé que l'accès au médecin de permanence ne se fait pas directement mais fait l'objet d'une régulation médicale préalable ».

Tous les moyens pour informer les usagers peuvent être envisagés mais l'accès direct des usagers aux coordonnées des médecins doit rester exceptionnel.

Par ailleurs, il convient que l'utilisateur soit responsabilisé dans son utilisation de la permanence des soins. En effet, depuis quelques années, les professionnels de santé ont pu constater des dérives dans les demandes formulées par certains patients, quel que soit le cadre libéral ou hospitalier. Cependant, la bonne utilisation du système de régulation médicale permet de réduire fortement ces demandes infondées : les médecins régulateurs identifient le plus souvent à bon escient les cas qui relèvent de l'urgence de ceux qui dépendent d'une prise en charge ambulatoire. La confrontation des usagers à ce système de « filtre » leur fait prendre conscience que les médecins de garde ne sont pas voués à s'occuper de « bobologie ». D'ailleurs, la baisse généralisée des appels de nuit au centre 15 du Mans semble refléter cette prise de conscience.

Une initiation aux soins d'urgence dès le plus jeune âge, comme pour la sécurité routière, pourrait constituer une première réponse aux dérives constatées.

3.2.3 Un plan efficace de communication pour les usagers

Une campagne de communication prévue au niveau national devrait prochainement rappeler aux usagers les motifs de recours à la permanence des soins. La MRS des Pays

de la Loire considère qu'un tel dispositif de communication devra être également décliné sur le plan départemental, et prévoit que la campagne soit axée sur 3 points principaux :

- le descriptif du dispositif et son mode d'utilisation (cf. annexe n°5) ;
- le bon usage du recours aux soins non programmés, en distinguant les soins relevant de l'aide médicale urgente et les soins relevant de la médecine ambulatoire ;
- le rôle de la régulation.

Les vecteurs de communication privilégiés sont les télévisions, les radios et la presse locales, ainsi que les brochures largement diffusées dans les cabinets médicaux, les pharmacies, les décomptes de remboursements médicaux, les panneaux d'affichage municipaux et les salles d'attente des services des urgences, ainsi que les sites Internet des différents acteurs de santé.

Conclusion

Au terme de cette étude, il est nécessaire de rappeler que les résultats obtenus tout comme les recommandations exprimées ne présentent pas un caractère exhaustif. Cette étude a mis en jeu un nombre limité d'acteurs, un périmètre démo-géographique bien défini (le département de la Sarthe), sur une courte durée (9 jours). Elle n'a donc pas vocation à être généralisée au niveau national ou régional.

A la suite de fortes contraintes démographiques, économiques et juridiques et d'évolutions sociologiques, la permanence de soins de ville est passée d'une mission d'intérêt général à une mission de service public. La principale difficulté rencontrée consiste à faire cohabiter la logique de l'exercice de la médecine libérale avec la mission de service public.

Cependant, le nouveau dispositif de permanence de soins de ville est le fruit d'un compromis entre les différents acteurs de santé (l'Etat, l'assurance maladie, les médecins libéraux, etc...). Le principal intéressé, l'utilisateur, ne semble pas avoir été associé à son élaboration et à son évaluation.

La pénurie de ressources conduit à leur mutualisation. La maison médicale de garde semble être la solution la plus adaptée pour constituer la permanence des soins de ville. Notre enquête met en évidence une efficacité du dispositif lorsqu'il est couplé avec l'activité hospitalière, principalement pour des raisons liées au mode d'exercice de la profession.

L'approche volontaire du problème sous l'angle de l'utilisateur fait apparaître un manque de lisibilité de l'organisation de la permanence des soins de ville, notamment la mission de régulation du centre 15. L'insatisfaction des utilisateurs porte essentiellement sur l'absence de réponse médicale immédiate et sur les délais d'intervention des transports sanitaires.

Cette réflexion a conduit à proposer deux axes d'amélioration principaux :

- la participation de l'utilisateur à l'élaboration et à l'évaluation du dispositif ;
- la nécessité d'un plan de communication concerté s'adressant au grand public.

La permanence de soins de ville constitue un véritable enjeu de santé publique. Elle repose actuellement sur des bases fragiles qui ne pourront être consolidées que par une réelle volonté politique et des moyens à la hauteur de l'enjeu. L'amélioration du service rendu à l'utilisateur en dépend.

Bibliographie

Revues :

- Revue générale de droit médical, numéro spécial : La permanence des soins, Les études hospitalières, 2006

Rapports :

- Rapport conjoint de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale de l'Administration n°2006 029 remis en mars 2006 : « Evaluation du nouveau dispositif de soins en médecine ambulatoire »
- Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins présidé par Charles Descours remis le 22 janvier 2003
- Rapports de l'observatoire national de la démographie des professions de santé (ONDPS) de 2004 et de 2005
- Rapport de la Commission nationale de la démographie médicale d'avril 2005 présenté par Yvon Berland, président de l'observatoire national de la démographie des professions de santé
- Rapport d'activité 2005 de la Mission Régionale de Santé de la région des Pays de la Loire

Etudes statistiques :

- La démographie médicale en Pays de Loire en 2006 par la DRASS des Pays de la Loire