



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

**Inspecteur de l'Action Sanitaire
et Sociale
Promotion 2006**

**Vers une amélioration de la permanence
des soins de ville en Meurthe-et-Moselle :
réorganisation et sectorisation**

Jeanne CHATRY

R e m e r c i e m e n t s

Je remercie l'équipe de la DDASS de Meurthe-et-Moselle pour leur soutien et leur disponibilité, ainsi que l'ensemble des professionnels de santé et des acteurs de la permanence des soins pour leur collaboration à ce travail.

S o m m a i r e

Introduction	1
1 CADRE GENERAL DE LA REORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS.....	7
1.1 Un contexte de tensions	7
1.1.1 La profession de médecin en mutation.....	7
A) Le souhait d'une qualité de vie face à des conditions de travail parfois difficiles	7
B) Des exigences financières masquant une crise plus profonde.....	8
C) Des perspectives démographiques alarmantes	9
1.1.2 Les urgences hospitalières détournées de leurs fonctions essentielles	9
A) Un nouveau mode de consommation des urgences	10
B) Le lien avec la permanence des soins ambulatoires	10
1.2 La définition de la permanence des soins	11
1.2.1 Le concept de la permanence des soins de ville selon le rapport Descours.....	11
A) La définition de la permanence des soins.....	11
B) A différencier de la continuité des soins.....	12
1.2.2 La notion d'urgence en question.....	12
A) Le concept de l'urgence ressentie	12
B) La nécessité d'une graduation des moyens selon les besoins	13
1.2.3 Les nombreux acteurs du dispositif de prise en charge de l'urgence médicale et des soins non programmés	13
A) Le dispositif complexe de l'aide médicale urgente.....	13
B) Le SAMU : la pierre angulaire	14
1.3 Les récentes évolutions réglementaires et déontologiques	15
1.3.1 Les fondements de la permanence des soins	15
A) Une évolution d'une pratique libre vers le devoir de remplir une mission d'intérêt général..	15
B) Une organisation de plus en plus formalisée et réglementée	16
C) L'articulation avec des organisations libérales particulières	18
1.3.2 Les apports du décret du 7 avril 2005	19
A) Le principe du volontariat réaffirmé en 2005	19
B) De nouveaux acteurs explicitement nommés	19
C) Les rôles des partenaires précisés	20
D) Des modalités d'organisation variables selon les besoins.....	20
1.4 La permanence des soins en réflexion avec une double contrainte	21
1.4.1 Une contrainte économique.....	21
A) Le mode de rémunération de la permanence des soins	21

B)	Une revalorisation des astreintes conditionnée par une nouvelle sectorisation.....	21
1.4.2	Une contrainte de santé publique.....	22
1.4.3	La situation en Meurthe-et-Moselle.....	23
2	ETAT DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEURTHE ET MOSELLE AU REGARD DES DONNEES QUANTITATIVES ET TECHNIQUES RECUEILLIES...	24
2.1	Organisation et fonctionnement de la permanence des soins en Meurthe -et-Moselle entre 2003 et 2005.....	24
2.1.1	Un découpage en 43 secteurs aux activités contrastées de 2003 à 2005.....	24
A)	Des secteurs avec une activité très faible	24
B)	La distinction entre deux périodes de nuit et une forte activité constatée les week-ends	24
C)	Une légère hausse de l'activité constatée entre novembre et février	25
D)	Les limites de l'indicateur d'activité retenu.....	25
2.1.2	Les autres acteurs et organisations particulières de la permanence des soins.....	25
A)	Une régulation fonctionnelle avec une complémentarité entre libéraux et hospitaliers	26
B)	Deux maisons médicales de garde aux fonctionnements différents	27
C)	SOS Médecins	28
D)	Les établissements reconnus site d'urgence.....	28
E)	Les transports sanitaires	29
2.1.3	La DDASS et ses partenaires institutionnels	29
A)	Un travail en collaboration avec la régulation	29
B)	Le partenariat entre la DDASS et le CDOM	29
C)	Un décalage calendaire avec la Mission Régionale de Santé.....	30
2.2	Données sur le département	31
2.2.1	Démographie médicale et population.....	31
A)	Une répartition hétérogène de la population.....	31
B)	Une disparité de la densité médicale	32
2.2.2	Des points de tensions révélés par l'étude cantonale de l'URCAM de 2002	32
2.2.3	Les zones éligibles aux aides à l'installation des médecins	33
3	LES FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTEME ACTUEL SELON LES PROFESSIONNELS.....	34
3.1	L'inquiétude face aux perspectives démographiques.....	34
3.2	Les conditions d'exercice en question.....	34
3.2.1	Les difficultés inhérentes au métier.....	34
3.2.2	L'enchaînement des nuits de garde et des journées de consultations ordinaires : comment rester compétent vis-à-vis de son patient ?	35
3.2.3	L'exercice en groupe, un facteur d'amélioration des conditions d'exercice	35
3.2.4	Un glissement du modèle professionnel	35
3.3	Les conditions d'organisation de la PDS depuis 2003 remises en cause	36

3.3.1	Le volontariat : un principe avec des limites.....	36
3.3.2	La solidarité entre confrères : une condition essentielle de fonctionnement du système	36
3.3.3	Une sectorisation pas toujours optimale	37
3.3.4	La rémunération des astreintes source de réponses très diverses	37
3.4	Le consumérisme des patients	38
3.4.1	Un recours parfois abusif au médecin généraliste durant la PDS	38
3.4.2	La particularité des zones du nord du département.....	39
3.4.3	Le réflexe de recourir aux urgences.....	39
3.5	Les points forts du système d'organisation de la permanence des soins	40
3.5.1	La régulation : une avancée majeure	40
3.5.2	Un dialogue existant entre les différents acteurs de la permanence des soins	41
A)	De bonnes relations avec les urgentistes des établissements de santé mais des divergences de point de vue	41
B)	Une préférence pour une régulation libérale	42
C)	Des relations contrastées avec le CDOM	42
D)	L'intervention de l'Etat nécessaire pour certains et insupportable pour d'autres.....	43
3.5.3	Des discussions autour des organisations particulières	44
A)	Les Maisons Médicales de Gardes	44
B)	Les regroupements	45
C)	Le cabinet tournant en zone rurale	45
D)	L'existence de zones interdépartementales	45
3.6	Des perceptions diverses des possibilités d'amélioration.....	46
4	<i>PROPOSITIONS D'AMELIORATION.....</i>	48
4.1	Pistes d'amélioration déjà retenues.....	48
4.1.1	Les regroupements réalisés après avis du CODAMUPS du 8 juillet 2005.....	48
4.1.2	L'expérimentation du partage de la nuit sur un secteur du nord.....	49
4.1.3	La modulation selon les périodes de l'année et les horaires.....	50
4.1.4	Les rattachements de communes et l'interdépartementalité.....	50
4.1.5	Un point d'étape prévu à 6 mois	50
4.2	Les conséquences visibles en novembre 2005	50
4.2.1	Une permanence des soins assurée sur l'ensemble du territoire	51
A)	La fin partielle des réquisitions.....	51
B)	Une reprise du dialogue et de la concertation	51
C)	Une limitation des dépenses générées	51
4.2.2	Mais des difficultés d'adhésion persistantes	51
4.2.3	Un impact négatif de la revalorisation financière des astreintes sur les souhaits de regroupement de secteurs.....	52
4.3	Les autres pistes d'amélioration.....	52
4.3.1	Une concertation élargie aux médecins effecteurs.....	52

4.3.2	Un système d'information à mettre en place	53
4.3.3	Des réunions du sous comité médical et de groupe technique de travail	53
4.3.4	La promotion d'organisations spécifiques au contexte local	54
4.3.5	Une régulation fonctionnelle mais perfectible	54
4.3.6	Une clarification des rôles des organisateurs de la permanence des soins.....	55
4.3.7	L'éducation du patient à mettre en place	55
4.3.8	Une meilleure prise en compte des attentes de l'utilisateur.....	56
Conclusion.....		57
Sources et Bibliographie.....		59
Liste des annexes.....		I

Liste des sigles utilisés

AMU : Aide Médicale Urgente
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation
CCMU : Classification Clinique des Malades des Urgences
CDM : Code de Déontologie Médicale
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CODAMU : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires
CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des Transports Sanitaires et de la Permanence des Soins
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CSP : Code de la Santé Publique
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
MMG : Maison Médicale de Garde
MRS : Mission Régionale de la Santé
PARM : Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale
PDS : Permanence des Soins
POSU : Pôle Spécialisé d'Accueil et de Traitement des Urgences
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente
SAU : Service d'Accueil et de traitement des Urgences
SMUR : Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD : Service de Soins Infirmiers à Domicile
UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux
TAMS : Territoire d'Action Médico-Sociale

INTRODUCTION

Depuis les grèves de 2001, initiées par les médecins généralistes libéraux en vue d'une revalorisation de leurs honoraires, et l'épisode de la canicule en 2003, la permanence des soins de ville est en question sur l'ensemble du territoire.¹ Le principe du médecin de famille, assurant des gardes pour sa patientèle ou s'organisant avec quelques confrères, qui avait fonctionné jusque là, semble avoir vécu. Il est maintenant confronté aux changements de la société. Les patients sont de plus en plus exigeants vis-à-vis de l'offre de soins. Face à cette demande croissante, les médecins aspirent à une meilleure qualité de vie dans un contexte démographique de pénurie existante ou future pour certains territoires et d'un vieillissement du corps médical².

Le rapport Descours³ a permis de définir la notion de permanence des soins (PDS) et d'en dégager les principes pour construire un nouveau modèle d'organisation des gardes basé sur le volontariat.

Cette organisation a été reprise et instaurée par le décret du 15 septembre 2003⁴. Ce texte renforce également le rôle de la DDASS. En effet, le préfet du département et donc les services déconcentrés sont chargés de :

- Préparer la définition des secteurs de garde.
- Elaborer le cahier des charges départemental.
- Examiner le tableau départemental des permanences adressé par le Conseil départemental de l'Ordre des médecins (CDOM) et adapter le dispositif si ce tableau est incomplet au moyen, si nécessaire, de réquisitions.

Cependant, les relations entre les médecins libéraux et l'état sont ambiguës rendant difficile l'intervention de ce dernier dans le champ de la pratique libérale. En effet, le système des soins de ville s'est construit autour de 3 piliers : la liberté du choix du

¹ KELLER B. Les leçons d'un conflit. *Décisions Santé* 2002 n°181, 9.

² BERLAND Y. *Rapport de la Commission nationale de la démographie médicale* avril 2005 ; 61p

³ DESCOURS C. *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins*. 22 janvier 2003. 17p

⁴ MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence modifiant le code de santé publique. *Journal Officiel de la République française* du 16 septembre 2003, 15863-15864.

praticien par le patient, la liberté d'installation des médecins et le paiement à l'acte remboursé en grande partie par la Sécurité Sociale. Ces principes sont aujourd'hui ébranlés par les dernières réformes visant à maîtriser les dépenses de santé⁵ et par la PDS. En effet, ce thème met en jeu des considérations de santé publique, de dépenses de santé et d'exercice professionnel où se confrontent donc des professionnels libéraux autonomes, mais dont la patientèle est solvabilisée par la Sécurité sociale, et pouvoirs publics garants d'un accès aux soins. Le médecin généraliste, professionnel de proximité traitant la santé dans sa globalité, est donc un levier d'action indispensable pour les réformes en ce domaine⁶. Or un rapport de l'IGAS⁷ souligne que de moins en moins de médecins sont volontaires pour les gardes, obstacle stratégique auquel sont confrontées les DDASS pour adapter le dispositif de la PDS au niveau local.

Ainsi, au cours de mon stage d'observation, en octobre 2004, la PDS était source d'interrogations à la DDASS de Meurthe-et-Moselle. En effet, sur 5 secteurs du nord du département, elle n'était garantie, depuis juillet 2004, que par le recours aux réquisitions préfectorales de médecins généralistes.

D'autre part, le décret du 7 avril 2005⁸ a enclenché une réflexion autour de la réorganisation de la PDS. La circulaire du 12 avril 2005⁹ enjoignait une prise de décision dans de brefs délais.

La commande de mon stage d'exercice professionnel était donc de réaliser des propositions de sectorisation sur le département de la Meurthe-et-Moselle et de rédiger le cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins.

Le Médecin inspecteur de santé publique (MISP) est souvent chargé de cette mission¹⁰. En effet, il préside le sous-comité médical du comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CODAMUPS) et ses échanges avec ses confrères sont souvent facilités par une culture médicale commune. Or en Meurthe-et-Moselle, c'est

⁵ ROBELET M. *La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité* retrouvé. Sous la direction de DE KERVASDOUE J. in *La crise des professions de santé*. DUNOD. pp202-231.

⁶ CHABROL A. *Exercice libéral : l'indispensable mutation*. Le Bulletin de l'Ordre des médecins. Septembre 2004. n°7 : pp 8-12.

⁷ CUENAT J.C. et ali. Rapport au ministre n°2003154 sur la continuité et la permanence des soins libéraux pendant l'été 2003. IGAS. Disponible sur www.sante.gouv.fr/htm/actu/igas_canicule/2003154_integral.pdf.

⁸ Décret du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence modifiant le code de santé publique.

⁹ Circulaire du 12 avril 2005 sur la mise en œuvre du nouveau dispositif de la permanence des soins

¹⁰ SAUTEGEAU A. *Permanence des soins en Essonne. Comment mieux répondre aux besoins de la population*. Mémoire professionnel de Médecin Inspecteur de Santé Publique : ENSP Rennes, 2005.

l'inspecteur de la cellule des soins de ville qui est chargé de ce dossier. Ce travail s'effectue en collaboration étroite avec un médecin contractuel de la DDASS, qui apporte son appui et ses compétences médicales.

Le choix d'un inspecteur pour cette mission est très certainement influencé par le manque de MISP à la DDASS de Meurthe-et-Moselle : actuellement seuls 2 postes sur 4 ont été pourvus par des médecins contractuels. Cet état de faits amène à une organisation spécifique du travail. Celle-ci est basée sur un partenariat accru entre les inspecteurs et les MISP sur les dossiers où les compétences de chacun peuvent être utilisées, comme c'est le cas pour la PDS.

En effet, l'inspecteur sur ce thème remplit ses missions de planification et de régulation. Son rôle de coordonnateur prend notamment tout son sens dans la gestion de ce dossier. Les acteurs de la PDS sont nombreux. Le travail d'élaboration du cahier des charges se fait en concertation avec différents partenaires comme le CDOM, les associations de médecins, l'assurance maladie, le SAMU, et les directeurs d'établissements de santé. Le Préfet de département, via l'inspecteur, doit garantir une réponse aux besoins en soins ambulatoires en tout point du territoire et à l'ensemble de la population en prenant en compte : les enjeux financiers de l'assurance maladie, les revendications des médecins dans le contexte démographique déjà évoqué, et la situation problématique des urgences hospitalières. Cela met en jeu des compétences et des rôles propres au IASS : pilotage de projet et gestion de négociations en période conflictuelle, autant d'aspects que l'on peut retrouver dans toutes les missions du IASS.

Avant de réaliser le cahier des charges et d'émettre des propositions de réorganisation de la sectorisation de la PDS, objet de la commande de stage, une question de départ s'est imposée :

Pourquoi la permanence des soins ne fonctionne-t-elle pas sur certains territoires du Nord du département ? Et comment l'améliorer dans le nouveau cahier des charges ?

D'après les premiers éléments du contexte dont je disposais, plusieurs pistes de réflexion peuvent être envisagées.

La première est relative aux spécificités des zones :

- Certaines zones sont plus touchées par la crise démographique que connaissent les professions médicales. Cette situation pouvant se caractériser par des difficultés accrues d'organisation de la permanence des soins face à un manque de professionnels.

D'autres impliquent l'organisation même de la PDS :

- Un manque de structures innovantes du type des maisons médicales de garde pénalise les médecins dans l'organisation de la permanence des soins.
- Il y a un manque de coordination et de concertation entre les différents acteurs de la permanence des soins.
- Le système de la permanence des soins est mal utilisé par les usagers occasionnant une consommation inadéquate de soins dans ce cadre.
- La culture de l'exercice libéral est en opposition avec l'intervention de l'Etat dans l'organisation de la permanence des soins.

Enfin, une dernière piste évoque des difficultés inhérentes aux conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux :

- ▶ Les conditions d'exercice de la médecine rendent difficile la réalisation des astreintes.
 - La tarification des astreintes n'est pas assez attractive.
 - La charge de travail des astreintes est lourde car ajoutée à une forte activité hebdomadaire dans le cadre de la pratique ordinaire des médecins.
- ▶ Les attentes des professionnels de santé vis-à-vis de leur métier ont évolué, les médecins privilégient leur qualité de vie.

Un premier constat lors de mon retour en stage d'exercice professionnel a conduit à l'élargissement de la problématique et des hypothèses à l'ensemble du département et non plus uniquement aux zones du nord. En effet, si seuls ces territoires sont concernés par des réquisitions, il n'en reste pas moins que la plupart des secteurs de PDS connaît des difficultés plus ou moins ponctuelles. Si le règlement de la situation des zones du nord reste prioritaire, une réponse globale aux difficultés pour l'ensemble du département doit être apportée et actée dans le nouveau cahier des charges.

Afin de valider ou non ces hypothèses, mes investigations m'ont conduit à réaliser :

- Des recherches bibliographiques sur la profession de médecin généraliste et le concept de permanence des soins.
- Le recueil de données sur l'offre de soins sur le département de Meurthe-et-Moselle :
 - o La démographie médicale sur la base du fichier ADELI et des données de l'Ordre des Médecins.
 - o Un recensement des établissements en exploitant les données de la DRASS de Lorraine et une étude de l'organisation de la permanence des soins à partir des données de la DDASS et de l'Assurance Maladie.

- o Des données de l'URCAM de Lorraine (Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie) concernant la consommation de soins sur les cantons.
- L'analyse des statistiques de la régulation concernant le nombre d'envois de médecins généralistes par secteur de permanence des soins sur l'année 2004.
- L'étude de la législation et de la réglementation de la permanence des soins.
- Des réunions sous forme de groupe technique de la PDS rassemblant le SAMU, la régulation libérale, SOS Médecins, l'URML, le CDOM et des membres de la direction des différents établissements de santé reconnus sites d'urgence afin de débattre de ce sujet.
- Des entretiens avec les acteurs de la PDS afin de recueillir leur ressenti avant toute réorganisation. Cette démarche ne visait donc pas à obtenir une photographie quantifiée de la situation des médecins effecteurs selon leur sexe, âge ou la situation personnelle, comme aurait pu le faire un questionnaire. Ces entretiens s'adressant à des effecteurs, et à des institutionnels, acteurs de la permanence des soins, j'ai élaboré deux guides d'entretien (cf. Annexes 1 et 2). Les entretiens ont eu lieu autant que possible en face à face à la DDASS ou sur le lieu de travail de la personne. Certains ont été réalisés par téléphone selon la disponibilité de mes interlocuteurs. La durée moyenne est de 45 minutes variant entre 10 minutes et 1h30. Parmi les effecteurs de terrain, j'ai rencontré 11 médecins responsables de secteurs et un médecin responsable de l'association SOS Médecins. Afin de refléter la diversité des situations, le choix des entretiens s'est fait en fonction des problématiques de secteurs : secteur urbain, rural, secteur sans difficulté ou en réquisition, secteur pour lequel un projet de regroupement est prévu par la DDASS. Parmi les acteurs institutionnels de la PDS, j'ai interviewé : un praticien hospitalier du SAMU, un représentant de l'association Médigarde (régulation libérale) et membre de l'URML, le Président de la Commission des gardes du CDOM, un responsable de la CPAM (Caisse Primaire d'Assurance Maladie) de Nancy chargé du dossier de la permanence des soins, le sous-directeur de l'URCAM, et un médecin responsable des urgences d'un centre hospitalier.

En dehors de ces entretiens formels, j'ai été amenée lors de mon travail sur le cahier des charges à contacter le médecin du SDIS et le CDOM. Je collaborais étroitement avec un médecin contractuel de la DDASS et l'inspecteur en charge du dossier.

De plus au cours d'un stage en octobre 2005, j'ai eu l'opportunité de travailler sur le chantier de la PDS au sein de la Mission Régionale de Santé (MRS). Ceci m'a permis d'élargir ma vision au niveau régional et interdépartemental.

Cette étude présente certaines limites. C'est un travail borné dans le temps par la durée du stage mais aussi par la commande de la DDASS. L'impératif était de réaliser un maximum d'entretiens et d'analyse des données techniques avant le CODAMUPS, pour pouvoir utiliser ce travail comme base de propositions de réorganisation de la sectorisation. Ce mémoire est donc focalisé sur la PDS ambulatoires assurée par les médecins généralistes libéraux.

D'autres axes d'études ont été volontairement écartés : la PDS au sein des établissements de santé, la participation des médecins spécialistes, des autres professions médicales ou paramédicales, la problématique des pharmacies de garde et la garde des transports sanitaires. Néanmoins tous ces éléments ont été pris en compte et répertoriés lors de la rédaction du cahier des charges et du choix de réorganisation de la permanence des soins.

Après une présentation du cadre général de la réorganisation de la PDS, une seconde partie aborde l'état de la PDS en Meurthe-et-Moselle au regard des données quantitatives et techniques recueillies. Cette analyse est complétée par la synthèse des entretiens détaillant le ressenti des professionnels sur les forces et les faiblesses de l'organisation de ce dispositif. Le croisement de ces données permet de proposer, en dernière partie de ce mémoire, des pistes d'amélioration à l'organisation de la PDS en Meurthe-et-Moselle.

1 CADRE GENERAL DE LA REORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

La PDS est en réflexion dans un contexte de tensions pour les médecins généralistes et les urgentistes, exacerbées pour ce concept au cœur de la problématique de l'articulation ville-hôpital. De plus, l'organisation de la PDS a été bouleversée par de récentes évolutions réglementaires et déontologiques et doit être à présent envisagée en tenant compte d'une double contrainte économique et de santé publique.

1.1 Un contexte de tensions

Le système de santé français, considéré comme un des meilleurs au monde, traverse depuis plusieurs années une succession de crises. Le secteur libéral et plus particulièrement les médecins généralistes y sont également confrontés¹¹.

1.1.1 La profession de médecin en mutation

A) Le souhait d'une qualité de vie face à des conditions de travail parfois difficiles

Le désengagement des médecins généralistes libéraux dans le système de tours de garde, et les grèves de 2001-2002 reflètent le malaise de professionnels aux conditions de travail de plus en plus difficiles, dans une société valorisant les loisirs.

Avec environ 56h de travail hebdomadaire¹², le médecin généraliste effectue une charge de travail plus lourde que ces confrères salariés ou spécialistes. Même si leur pouvoir d'achat a augmenté, avec l'évolution favorable de leurs revenus entre 1991 et 1998, cela ne semble pas compenser le manque de temps personnel, le stress et les responsabilités lourdes dans un contexte de judiciarisation de la médecine.

Par ailleurs, tous les médecins généralistes n'ont pas les mêmes conditions d'exercice. En zone urbaine, les praticiens sont de plus en plus confrontés à la violence¹³, notamment pendant leurs gardes¹⁴. Les médecins de zones rurales subissent une charge de travail accrue, en lien avec la difficulté d'assumer leur rôle auprès de patients généralement plus

¹¹ ROBELET M. La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvé. Sous la direction de DE KERVASDOUE J. in *La crise des professions de santé*. DUNOD. pp202-231.

¹² NIEL X. SIMON M. Les effectifs et la durée du travail des médecins au 1^{er} janvier 1999. *Etudes et Résultats*. DREES. Décembre 1999 n°44.

¹³ KELLER B. Les leçons d'un conflit. *Décisions Santé*. 2002 n°181, 9

¹⁴ Enquête sur la permanence des soins auprès des médecins généralistes du Rhône. Rapport pour l'Ordre des Médecins- Conseil Départemental du Rhône. Octobre 2002. www.sante.gouv.fr. date de consultation : 3 août 2005.

âgés qu'en zone urbaine. Les visites à domicile à réaliser sur un grand territoire, spécificité française, rajoutent à la pénibilité des conditions d'exercice.¹⁵

Les professions médicales suivent les évolutions sociétales. Sans revendiquer une durée de travail de 35 heures hebdomadaires, les médecins aspirent à un autre rythme et une meilleure qualité de vie, rompant avec l'image du traditionnel médecin de famille toujours disponible pour sa patientèle. Ainsi, selon une enquête de 2002¹⁶, les principaux motifs de refus de participer aux gardes sont en lien avec la vie de famille, la charge de travail trop importante et l'insécurité.

Le déséquilibre ressenti entre vie personnelle et professionnelle est donc un des facteurs du mal être des professionnels de santé. Les généralistes sont également en attente d'une reconnaissance de leur pratique.

B) Des exigences financières masquant une crise plus profonde

La grève des médecins a débuté sur des revendications financières, mais elle reflète également le malaise des médecins généralistes en quête d'une reconnaissance de leur place dans le système de soins.

Celui-ci est axé en France sur la médecine universitaire hospitalière, la spécialité et la technicité des actes. Le médecin généraliste y trouve de plus en plus difficilement ses repères, alors même qu'il est confronté dans son exercice à une demande de soins ne nécessitant pas forcément une technicité grandissante, mais plutôt de nouvelles compétences.

En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé a défini la santé comme un état complet de bien être physique, mental et social ; un idéal difficile à atteindre par le seul acte de soin. Cette médicalisation de la société implique une attente grandissante de la population vis-à-vis des professionnels de la santé et en première ligne des médecins généralistes. De plus en plus confrontés à une demande sociale ou socio médicale, les médecins doivent adapter leur pratique¹⁷.

L'enjeu, en dehors de toute revalorisation financière, semble donc de mieux définir leur place dans le système de santé afin qu'ils puissent y jouer pleinement leur rôle de médecins de proximité et de premier recours.

¹⁵ CLERC D. Les médecins généralistes sont-ils à plaindre ? *Alternatives économiques*. Février 2002 n°200 : pp8-9.

¹⁶ Enquête sur la permanence des soins auprès des médecins généralistes du Rhône. Rapport pour l'Ordre des Médecins- Conseil Départemental du Rhône. Octobre 2002. disponible sur : www.sante.gouv.fr. date de consultation : 3 août 2005.

¹⁷ NAIDITCH M. BREMOND M. La grève des médecins généralistes : des praticiens en quête de repères. *Laennec*. 2002. n°4. pp8-15.

Parents pauvres du système de santé, les médecins généralistes font également face à des perspectives démographiques inquiétantes.

C) Des perspectives démographiques alarmantes

La presse spécialisée¹⁸ et de grand public¹⁹ dénoncent une situation démographique de plus en plus catastrophique, particulièrement pour les médecins généralistes. Le manque de professionnels est avancé comme un des facteurs explicatifs des crises que traverse notre système de soins et donc notamment celle des gardes.

Le rapport Berland²⁰ nuance ces inquiétudes. En effet, la densité des médecins généralistes est passée de 151 (pour 100 000 habitants) en 1985 à 166 en 2004. L'offre de service de soins ambulatoires est donc de plus en plus développée. Néanmoins, il précise que l'obstacle n'est pas tant le nombre de médecins mais leur répartition sur le territoire. Il existe une inégalité régionale et même départementale générant une disparité de l'offre ambulatoire. D'autre part ce sentiment de pénurie est accentué par l'accélération du vieillissement de ce corps médical²¹ et par sa féminisation qui impliquent une évolution des conditions d'exercice : développement du temps partiel, moins de visites à domicile et une fatigue accrue face aux conditions de travail²².

Les perspectives démographiques peuvent donc constituer un facteur de tension dans l'organisation des prises en charge médicales mais doivent être envisagées et analysées dans un contexte local. Par ailleurs, d'autres éléments du système de soins expliquent ces tensions et motivent la réorganisation de la permanence des soins.

1.1.2 Les urgences hospitalières détournées de leurs fonctions essentielles

Les passages aux urgences ont augmenté de 43% entre 1990 et 1998, marquant la place stratégique de ce service dans le système de soins et les postes de dépenses. D'après la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences²³, les services des urgences ont pour mission de prendre en charge, en priorité, les besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel. Or, en 1998, seuls

¹⁸ SAINT ROMAN H. Une démographie médicale inquiétante. *Le quotidien du médecin*. 3 octobre 2005.

¹⁹ BLANCHARD. S. Déserts médicaux. *Le Monde*. 28 septembre 2005.

²⁰ BERLAND Y. *Rapport de la Commission nationale de la démographie médicale*. avril 2005. 61p.

²¹ BUI DANG HA DOAN. LEVY D. Le sureffectif, la pénurie et les projections démographiques des corps de la santé : la profession médicale française de 1970 à 2020. *Cahiers de sociologie et de démographie médicale 45ème année*. Janvier-Mars 2005. n°1. pp84-85.

²² Selon l'étude DREES : *Les effectifs et la durée des médecins au 1^{er} janvier 1999* n°44 décembre 1999, 26% de femmes généralistes déclarent travailler à temps partiel contre aucun homme.

21.5% des passages ont donné lieu à une hospitalisation²⁴, posant la problématique de l'encombrement des urgences hospitalières en lien avec la PDS ambulatoires.

A) Un nouveau mode de consommation des urgences

Près des trois quarts des patients se présentent spontanément aux urgences sans avis médical préalable et par leurs propres moyens.²⁵ Les dispositifs de prise en charge des urgences sont bien connus des usagers et accessibles pour tous. Ils représentent l'assurance d'une réponse de qualité, de proximité avec des moyens de haute technicité à une demande de soins accompagnée d'un sentiment d'urgence ou de gravité.²⁶

Or les prises en charge d'urgences vitales ou graves ne représentent que 13.4% des passages aux urgences²⁷. Dans la même perspective, 30% des appels au centre 15 ne nécessitent pas l'envoi de moyens mais une simple information et/ou un conseil médical.²⁸ Une partie des besoins de soins en urgence des usagers paraît donc relever d'une consommation inadéquate des services hospitaliers.

Néanmoins, les requêtes des usagers ne peuvent pas pour autant être considérées comme étant illégitimes. Il s'agit d'une véritable demande de soins accompagnée d'un sentiment de gravité et d'inquiétude. Cependant, l'absence de caractère d'urgence et de nécessité de soins spécialisés indique que cette demande relèverait plutôt de la médecine ambulatoire.²⁹

B) Le lien avec la permanence des soins ambulatoires

Cette sur-utilisation des urgences semble être renforcée par la difficulté pour l'utilisateur d'accéder à une autre réponse pour sa demande de soins. Les urgences sont un lieu bien identifié ouvert en permanence. Par contre, le dispositif des gardes de médecine de ville est moins connu des usagers. Ainsi, 20% des personnes se présentant aux urgences ne savent pas s'il existe un médecin de garde sur leur commune.³⁰ Les urgentistes, en

²³ MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Circulaire n°DHOS/01/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. *Bulletin Officiel Santé-Solidarité* n°2003-20, du 12 au 18 mai 2003.

²⁴ BAUBEAU D. et alli. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. *Etudes et Résultats*. DREES. Juillet 2000. n°72.

²⁵ CARRASCO V. BAUBEAU B. Les usagers des urgences. *Etudes et Résultats*. DREES. Janvier 2003. n°212.

²⁶ CARRASCO V. BAUBEAU B. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*. DREES. Janvier 2003. n°215

²⁷ CARRASCO V. BAUBEAU B. Les usagers des urgences. *Etudes et Résultats*. DREES. Janvier 2003. n°212.

²⁸ CARRASCO V. BAUBEAU B. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*. DREES. Janvier 2003. n°215

²⁹ LUCAS R. Urgences saturées : miser sur les partenariats. *La Gazette Santé Sociale*. Avril 2005. n°7. pp18-24.

³⁰ CARRASCO V. BAUBEAU B. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*. DREES. Janvier 2003. n°215

menant une grève du 4 au 20 avril 2005, dénoncent un engorgement de leurs services et le désengagement des médecins libéraux face à leurs gardes. Selon le Dr Pelloux « *les urgentistes ne sont pas là pour faire tout le boulot que les médecins libéraux n'ont pas envie de faire* », tandis que les médecins généralistes, eux, témoignent de leur répugnance à continuer les gardes avec des conditions et des rythmes de travail pénibles.³¹ L'engorgement des dispositifs des urgences est préjudiciable à la qualité de la prise en charge dans ces services mais a également un coût pour la société, particulièrement avec la montée en charge de la tarification à l'activité.

Un système de santé efficient devrait permettre une graduation de réponses adaptées aux besoins. Or, le concept de PDS, son objectif vis-à-vis des usagers et sa place parmi les autres prises en charge de soins sont difficiles à définir.

1.2 La définition de la permanence des soins

Le concept de PDS est complexe et a nécessité d'être précisé autant pour les professionnels que pour les usagers. Son objet est lui-même sujet à débat puisqu'on peut s'interroger sur la notion même de l'urgence ressentie par le patient. Ceci rend difficile son positionnement au sein des nombreux acteurs de l'aide médicale urgente.

1.2.1 Le concept de la permanence des soins de ville selon le rapport Descours

La définition retenue est celle du rapport Descours, reprise dans les textes réglementaires. Elle permet de délimiter la PDS ambulatoires, marquant sa spécificité par rapport à la continuité des soins et aux autres systèmes de prise en charge des urgences.

A) La définition de la permanence des soins

Le rapport Descours définit la PDS « *comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant* ». ³²

La PDS est mise en œuvre afin de répondre aux principes de solidarité, d'équité et d'accessibilité qui régissent le système de soins en France ainsi qu'au devoir d'assistance à personne en péril dont le non respect est sanctionné par l'article 223-6 du Code Pénal.

³¹ BLANCHARD. S. La permanence des soins cristallise l'antagonisme entre médecins. *Le Monde*. 2 avril 2005.

³² DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins. 22 janvier 2003. 17p.

Elle est prévue à l'art L6315-1 du Code de Santé Publique (CSP) et à l'article 77 du Code de Déontologie médicale (CDM). Notons que les médecins généralistes ne sont pas les seuls à assurer une PDS³³ mais leur étude n'est pas l'objet de ce mémoire.

Le rapport Descours différencie la PDS d'un concept très proche : la continuité des soins.

B) A différencier de la continuité des soins

La continuité des soins est définie à l'article 47 du CDM. Elle est la traduction du devoir du médecin envers sa seule patientèle pour laquelle il doit assurer un suivi médical par lui-même ou l'un de ses confrères qui le remplace.

La PDS s'adresse à l'ensemble des usagers d'un territoire quelque soit le médecin habituellement consulté. Néanmoins, elle n'est pas synonyme d'une médecine ambulatoire en « libre service ». Les motifs de recours à un médecin en dehors de ses heures de consultation font l'objet d'une définition, mais dont le contenu est interprété différemment par les professionnels et par les patients.

1.2.2 La notion d'urgence en question

La notion d'urgence est difficile à définir que ce soit pour les professionnels de santé ou pour les profanes.

A) Le concept de l'urgence ressentie

Le recours aux soins non programmés doit être justifié par le besoin d'une réponse médicale, d'un professionnel généraliste de proximité, ne souffrant pas d'être différée aux heures habituelles d'ouverture des cabinets. Cela lui confère un certain caractère d'urgence.

Or la prise en charge de l'urgence est déjà assurée par un dispositif très organisé (SDIS, SAMU, urgences hospitalières). On peut donc légitimement se demander qu'est-ce qui justifie le recours à un médecin généraliste pendant ses heures d'inactivité. Ce questionnement rejoint les débats autour de la notion d'urgence ressentie par le patient ou de ses besoins de soins immédiats et la réponse pertinente qu'il convient de leur donner.

Plusieurs définitions de l'urgence peuvent être retenues, dont celle du Dr Pelloux qui définit la médecine d'urgence « *comme la réponse à la nécessité de prodiguer des soins spécifiques sans délai* » et l'urgence ressentie par le patient comme « *une urgence guidée par le stress et l'émotivité* ». La notion d'urgence ressentie est très subjective. Ce concept déjà flou pour les professionnels, l'est davantage pour les patients.

³³ Les établissements de santé sont également tenus d'organiser une permanence des soins. D'autres professionnels du secteur de la santé assure également des gardes : pharmacien, ambulancier.

Néanmoins toute situation d'urgence ressentie suppose une réaction médicale adaptée et graduée à ce sentiment de danger réel ou ressenti³⁴.

B) La nécessité d'une graduation des moyens selon les besoins

La circulaire du 16 avril 2003³⁵ relative à la prise en charge des urgences distingue :

- Les besoins de consultations exprimés en urgence qui appellent dans un délai relativement rapide mais non immédiat la présence d'un médecin relevant de la permanence des soins ambulatoires.
- Les besoins de soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir et les besoins de soins immédiats susceptibles d'engager le pronostic vital et/ou fonctionnel qui exigent l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences.

Tous les besoins de soins en urgence ne nécessitent pas le recours à un plateau technique ou à des soins très spécialisés. La PDS s'inscrit dans une graduation des soins permettant une réponse avec les moyens adaptés. Elle est donc organisée en complémentarité et en réseau avec les acteurs de l'Aide Médicale Urgente (AMU).

1.2.3 Les nombreux acteurs du dispositif de prise en charge de l'urgence médicale et des soins non programmés

L'AMU a pour objet selon la loi du 6 janvier 1986³⁶ « *de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état* ». Ce dispositif fait appel à de nombreux acteurs dont le SAMU est la pierre angulaire.

A) Le dispositif complexe de l'aide médicale urgente

a) *Les établissements de soins, piliers de l'aide médicale urgente*

Le pilier de la prise en charge des urgences est l'établissement de soins reconnu comme site d'urgence plus ou moins spécialisé par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH). Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) dans son volet urgence réalise un maillage du territoire en fonction des besoins de la population avec une graduation des

³⁴ MOREAUX J. PELLOUX P. *L'urgence médicale (tome 1)*. Presse Universitaire d'Aix Marseille. Collection Droit de la Santé. 2005. 293p.

³⁵ MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Circulaire n°DHOS/01/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. *Bulletin Officiel Santé-Solidarité* n°2003-20, du 12 au 18 mai 2003.

³⁶ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1986. – Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, *Journal Officiel de la République française*, 7 janvier 1986, 327.

services hospitaliers proposés³⁷. Le SROS 3 prévoit d'insérer dans son volet urgence des propositions d'articulation avec la PDS.

Mais, les intervenants de l'AMU sont très divers, hospitaliers ou extrahospitaliers, certains agissent en amont des urgences hospitalières ou sans elles³⁸.

b) L'aide médicale urgente en amont de l'hôpital

L'aide médicale urgente débute en amont de l'hôpital, sans une admission systématique aux urgences hospitalières. Différents acteurs entrent en jeu :

- Le SAMU dépendant du service public hospitalier, assure une fonction de régulation des appels et de déclenchement de la réponse adaptée au besoin.
- Les transports sanitaires assurent le transport médicalisé du patient vers l'hôpital : SMUR (dépendant du service hospitalier), SDIS, et ambulance privée
- Les médecins libéraux participent à ce dispositif en assurant une visite à domicile ou une consultation dans le cadre de la PDS.

Les acteurs de l'aide médicale urgente sont gérés par différentes instances. Leur articulation est réalisée par le comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires (CODAMU) créé par la loi n° 86-11 du 6 janvier 1986³⁹. Cette loi définit l'objet de l'AMU, et y associe explicitement le rôle des services d'incendie et de secours (SDIS).

Le SDIS est un des acteurs incontournables de l'urgence, spécifique de par la rapidité de son intervention et sa mission plus large que l'urgence médicale. Mais le SAMU reste la réponse la plus adaptée à une demande en soins urgents.

B) Le SAMU : la pierre angulaire

Les missions du SAMU et son organisation sont précisées par le décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987⁴⁰ avec en particulier la mise en place des centres 15 (centre de réception et de régulation des appels) et leur interconnexion avec le 18. Sa fonction de régulation des appels des usagers en fait la pierre angulaire du dispositif de l'AMU et de la PDS.

Le médecin régulateur décide du mode d'intervention auprès du patient dans les plus brefs délais après une évaluation téléphonique de ses symptômes : simple conseil, envoi

³⁷ Pôle Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences (POSU), Service d'Accueil et de traitement des Urgences (SAU), Unité de Proximité d'Accueil de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU).

³⁸ MOREAUX J. PELLOUX P. *L'urgence médicale (tome 1)*. Presse Universitaire d'Aix Marseille. Collection Droit de la Santé. 2005. 293p.

³⁹ Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, *Journal Officiel de la République française*, 7 janvier 1986, 327.

⁴⁰ MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI, 1987 - Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif à l'organisation et aux missions des unités participant au service d'aide médicale urgente. *Journal Officiel de la République française* du 17 décembre 1987, 14693.

d'un médecin généraliste, du SMUR, ou de l'ambulance de garde et orientation vers les urgences hospitalières. Ses missions l'obligent également à s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisations publics et privés appropriés à l'état du patient.

De nombreux acteurs participent ou travaillent en lien avec la PDS. Ce cadre complexe est organisé par des textes réglementaires récents.

1.3 Les récentes évolutions réglementaires et déontologiques

1.3.1 Les fondements de la permanence des soins

La PDS ambulatoires a tout d'abord été assurée de façon autonome. Cependant, face à l'augmentation des demandes de soins dans ce cadre, et au désengagement des médecins, la PDS est devenue le devoir de remplir une mission d'intérêt général dans un cadre organisationnel de plus en plus formalisé et réglementé.⁴¹

A) Une évolution d'une pratique libre vers le devoir de remplir une mission d'intérêt général

a) *Un devoir du médecin selon le Code de Déontologie Médicale*

De tout temps le médecin a assuré des gardes envers sa patientèle, la plupart s'organisant avec un ou plusieurs confrères à proximité sous la responsabilité de l'Ordre des Médecins.

Le décret n°95-1000 du 6 septembre 1995⁴² dispose ainsi que « *dans le cadre de la PDS, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit* ». Les praticiens conservent dans cette définition de l'article 77 du CDM la maîtrise totale de leur organisation.

Cette liberté est remise en cause par le décret n°2003-881 du 15 septembre 2003⁴³ qui modifie l'article 77 en le remplaçant par les dispositions suivantes : « *il est du devoir du médecin de participer à la PDS dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent* ».

⁴¹ MOREAU J. PELLOUX P. L'urgence médicale (tome 1). Editeur Aix Marseille. Presse universitaire d'Aix Marseille 2005. Collection Droit de la Santé. 2005. 293p

⁴² MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE. Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale. *Journal Officiel de la République française n°209 du 8 septembre 1995 p13305.*

⁴³ MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifie l'article 77 du Code de Déontologie Médicale. *Journal Officiel de la République française du 16 septembre 2003, 15864.*

b) *Une mission d'intérêt générale selon la loi*

La loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002⁴⁴ donne un fondement juridique à la PDS et 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 PDS dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat.

Un protocole national sur la PDS signé entre l'Etat, l'Ordre des Médecins et l'assurance maladie marque les prémices de l'encadrement croissant de cette mission d'intérêt général assurée par des professionnels libéraux.⁴⁵

Ce protocole sera refusé par les principaux syndicats médicaux, mais a inspiré les textes réglementaires qui ont suivi.

B) Une organisation de plus en plus formalisée et réglementée

Après les grèves des gardes, des solutions aux difficultés rencontrées pour organiser la PDS sont énoncées dans la circulaire du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins de ville⁴⁶. Ces propositions, tout d'abord provisoires, ont été retravaillées et formalisées réglementairement, de façon à établir une organisation encadrée pérenne.

a) *Le CODAMUPS*

Présidée par le préfet de département, l'instance de concertation, d'élaboration et d'évaluation de l'organisation de la PDS et de la sectorisation est le CODAMU, devenu CODAMUPS (comité départemental de l'aide médicale urgente de la permanence des soins et des transports sanitaires) dans le cadre des dispositions de l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003. Il se compose d'un sous-comité médical formé par les médecins membres du CODAMUPS et présidé par le MISp.

Ce sous-comité évalue la PDS et envisage les modifications d'organisation et de sectorisation. Ces propositions, inscrites dans cahier des charges relatif à l'organisation de la PDS, sont ensuite soumises à l'avis du CODAMUPS, puis arrêtées par le Préfet de département.

Sa composition élargie par le décret n°880 du 15 septembre 2003 lui permet de réunir l'ensemble des acteurs de la PDS ainsi que des représentants des usagers.

⁴⁴ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la Sécurité sociale, *Journal Officiel de la République française*. 24 décembre 2002.

⁴⁵ Protocole national d'accord du 1^{er} mars 2002 sur la permanence des soins entre l'Etat, le Conseil National de l'Ordre des Médecins et l'Assurance maladie.

⁴⁶ MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2002. Circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins de ville. *Bulletin Officiel Santé-Solidarité* n°2003-30, du 22 au 28 juillet 2002.

b) *Une organisation départementale*

Le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003⁴⁷ précise l'organisation départementale et la participation des médecins à la PDS basée sur le volontariat, et en liaison avec les établissements de santé.

Il indique que la PDS est prévue de 20h à 8 h les jours ouvrés ainsi que les dimanches et jours fériés. Chaque département est divisé en secteurs de garde par arrêté préfectoral, après consultation du CDOM et avis du CODAMUPS. Le secteur de PDS est déterminé par des limites géographiques permettant l'accès à un médecin généraliste de permanence, respectant les règles de sécurité, pour les patients et les médecins, en terme d'accès et de délais de réponse. Un tableau départemental de permanence détaille une liste de médecins libéraux volontaires.

Ce principe du volontariat est tempéré par le pouvoir de réquisition du Préfet de département en cas de tableau incomplet. La réquisition prend la forme d'un arrêté nominatif indiquant la nature et la durée de la prestation requise. Elle est signée par l'autorité préfectorale et doit être signalée à la CPAM.

En application de la circulaire du 12 décembre 2003⁴⁸, la réquisition est notifiée au médecin concerné par courrier recommandé 15 jours avant sa mise en œuvre. Si ce délai ne peut être respecté, la réquisition est signifiée par les forces de l'ordre. Le non respect de la réquisition est constitutif d'une infraction sanctionnée par l'article L4163-7 du Code de la santé publique (CSP) et punie de 3750 euros d'amende, sans préjudice des éventuelles sanctions disciplinaires par le CDOM.⁴⁹

Néanmoins il s'agit du dernier recours à envisager⁵⁰. Si le CDOM constate un tableau incomplet, il doit recueillir l'avis des organisations représentatives des médecins libéraux et des médecins de centre de santé, des associations de PDS et des médecins libéraux des secteurs concernés en vue de le compléter.

Le CDOM peut également accorder des exemptions aux médecins, ces derniers ne peuvent alors être réquisitionnés.

⁴⁷ MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence modifiant le code de santé publique. *Journal Officiel de la République française* du 16 septembre 2003, 15863-15864

⁴⁸ MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Circulaire n°587/DHOS/O1/2003 du 12 décembre 2003 relatives aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. *Bulletin Officiel Santé-Solidarité* n°2003-51, du 15 au 21 décembre 2003.

⁴⁹ PERRIN C. Permanence des soins : quels statut pour le médecin de garde? *Le Concours Médical*. 30 juin 2004. Tome 126-124. p1412-143.

⁵⁰ CROSETTO A-S. La permanence des soins en question. *IASS La Revue*. Septembre 2005. n°48. pp21-22.

c) *Un encadrement par un cahier des charges précis*

Un cahier des charges est soumis à l'avis du CODAMUPS et signé par le Préfet de département, tel que le décrit l'arrêté du 12 décembre 2003⁵¹. Sa révision doit avoir lieu dans les 3 ans au plus tard. Il précise l'état des lieux, la sectorisation, les dispositions relatives à la régulation médicale et les dispositions spécifiques telles : la participation des associations de PDS, les moyens, le suivi et l'évaluation du dispositif.

La circulaire du 12 décembre 2003 en précise les modalités pratiques. D'autre part, elle indique que la sectorisation peut être adaptée sur certaines périodes de l'année ou sur certaines plages horaires pour répondre à une situation particulière.

C) *L'articulation avec des organisations libérales particulières*

Les médecins généralistes libéraux participent de plusieurs façons à la PDS : en tant que régulateurs et effecteurs classiques ou encore au sein d'organisations particulières.

a) *La régulation libérale en complémentarité avec le SAMU*

La PDS repose sur le principe d'une régulation des appels des usagers, organisée par le SAMU, mais elle peut être assurée par des centres d'appels des associations de PDS s'ils sont interconnectés avec le SAMU selon une convention conclue entre l'établissement hospitalier siège du SAMU et l'association.

b) *Les maisons médicales de garde*

Les médecins peuvent également participer à la PDS au sein de maisons médicales de garde (MMG). Ces lieux présentent plusieurs avantages : ils sont sécurisés, bien identifiés par le patient, permettent de les réorienter depuis ou vers les urgences, si le local est à proximité.⁵² D'autre part la MMG repose sur le principe du déplacement du patient vers le médecin et donc tend à limiter au maximum les visites à domicile, souvent jugées comme un facteur de fatigue, de stress et d'insécurité par les médecins lors des gardes.⁵³ Les hôpitaux locaux peuvent notamment apporter leur concours à la PDS en facilitant leur mise en place.⁵⁴

⁵¹ MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. *Journal Officiel de la République française du 27 Décembre 2003*, 2267.

⁵² HAVEZ E. Maisons médicales de garde et hôpital : l'articulation entre services d'urgence et permanence des soins de ville à St Etienne. Mémoire d'Inspecteur de l'action sanitaire et sociale de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. 2005. 54p.

⁵³ MINO J.C. BRETON.M. Quelle place pour les maisons médicales de garde dans la permanence des soins? *Le Concours Médical*, 20 octobre 2004, vol : 126, n°30-3, pp1815-1819.

⁵⁴ MINISTERE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. 2003. Circulaire n°DHOS/031DGAS/AVIE/2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local. *Bulletin Officiel Santé-Solidarité* n°2003-26.

Néanmoins après des débuts prometteurs et avoir redynamisé le volontariat dans certains secteurs⁵⁵, les MMG traversent aujourd'hui quelques difficultés et sont remises en question à la fois par les professionnels et par les financeurs.

En effet, le coût d'une MMG nécessite un seuil critique d'activité que toutes n'atteignent pas, notamment en semaine.⁵⁶ Peu de MMG se sont installées en zone rurale, où la densité médicale est la plus faible. Seules un tiers se soumettent à une régulation préalable. De plus, près des trois quarts des MMG sont financées, de façon non pérenne, sur la base d'une promotion d'une expérimentation par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV). Certaines ont obtenu également des aides des collectivités territoriales ou des locaux prêtés par les établissements de santé. Très peu s'autofinancent uniquement par les cotisations des médecins participants.⁵⁷

D'autres organisations participant à la PDS se financent par leur seule activité, mais elles reposent sur le principe de la visite à domicile et d'une disponibilité en 24/24. C'est le cas d'associations de médecins du type SOS Médecins qui se sont développées en milieu urbain exclusivement. Ils répondent à une demande de soins ambulatoires en urgence par une visite à domicile à toute heure suite à l'appel d'un patient via leur centre d'appels.

1.3.2 Les apports du décret du 7 avril 2005

De récentes évolutions réglementaires et déontologiques encadrent la PDS mais permettent une souplesse dans l'organisation locale.

A) Le principe du volontariat réaffirmé en 2005

Le décret du 7 avril 2005⁵⁸ conserve les principes mis en place en 2003. Mais permet un assouplissement dans l'organisation de la PDS.

B) De nouveaux acteurs explicitement nommés

Le décret ouvre explicitement la PDS aux médecins des associations de PDS qui n'exercent ni en cabinet ni en centre de santé. Ces médecins répondaient aux besoins de la population sans être pris en compte dans le tableau de PDS. Le décret officialise donc

⁵⁵ GAUDIN F. Le tour de France des gardes. Impact médecine. Février 2004, n°67. pp37-41.

⁵⁶ SAINT ROMAN H. La Fédération des MMG en congrès à Lyon. Les maisons médicales de garde sont-elles en sursis? *Le quotidien du médecin*. 3 novembre 2005 n°7835.

⁵⁷ GENTIL S. et alii. Les maisons médicales de garde en France. *Santé Publique* 2005. volume 17. n°2. pp233-240.

⁵⁸ MINISTERE DES SOLIDARITES DE LA SANTE DE LA FAMILLE, 2005. Décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence modifiant le code de santé publique. *Journal Officiel de la République française du 8 avril 2005*, 6345.

une situation de fait⁵⁹.

La Mission Régionale de Santé (MRS) réalise des propositions d'organisation de la PDS, afin de garantir une cohérence des dispositifs au niveau régional, qu'elle transmet ensuite au Préfet de département.

C) Les rôles des partenaires précisés

Le rôle de la régulation est précisé avec la reconnaissance des centres d'appels dans la gestion de l'accès au médecin de permanence : la régulation peut être effectuée par le centre 15 ou par des centres autonomes comme SOS médecins mais doit être interconnectée au SAMU selon une convention.

Le CDOM est recentré dans son rôle de médiateur pour l'élaboration d'un tableau de permanence complet. Si le tableau est incomplet, le CDOM transmet un rapport au Préfet, qui ensuite décide des réquisitions nécessaires. Il lui transmet également les exemptions qu'il accorde.

D) Des modalités d'organisation variables selon les besoins.

Le cahier des charges devient un outil central. Il prévoit un suivi des événements indésirables qui doit être organisé au moyen de tableaux de bord. Une évaluation annuelle de l'organisation de la PDS contribuera à l'amélioration du dispositif et à son efficacité.

Il peut inscrire la possibilité d'une PDS assurée, pour une partie de la période comprise entre 20 heures et 8 heures, selon des modalités distinctes de celles prévues pour l'ensemble de la période. De même, les limites des secteurs peuvent varier selon les périodes de l'année et être adaptées, pour toute ou partie de la période de PDS, aux besoins de la population.

Ces modalités sont définies en fonction :

- des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée,
- des délais d'intervention dans les différents secteurs du département.

La mutualisation des moyens, par le regroupement de plusieurs secteurs, permet de diminuer la fréquence des astreintes, ce qui peut contribuer à impliquer dans le dispositif des médecins actuellement réticents.

Le décret du 7 avril 2005 ouvre donc des perspectives de réorganisation de la PDS. Néanmoins celle-ci est soumise à une double contrainte économique et de santé publique.

⁵⁹ Exemple : SOS Médecins assure une majorité des envois de médecins suite à un appel de la régulation sur le secteur de Nancy et d'autres secteurs limitrophes.

1.4 La permanence des soins en réflexion avec une double contrainte

La nouvelle organisation de la PDS basée sur le décret du 7 avril 2005 doit garantir, sans nécessiter une forte augmentation des financements, l'accès de tous sur l'ensemble du territoire à une offre de soins ambulatoires, en fonctionnant sur le principe du volontariat.

1.4.1 Une contrainte économique

Les médecins généralistes libéraux effecteurs ou régulateurs perçoivent une rémunération pour leur participation à la PDS, cela représente un coût pour l'Assurance maladie, d'autant plus important depuis sa récente revalorisation.

A) Le mode de rémunération de la permanence des soins

Différents avenants conventionnels signés entre les caisses d'assurance maladie et les syndicats de médecins ont fait évoluer le niveau de rémunération des gardes.

Le médecin effecteur perçoit le forfait d'une astreinte, 50 euros par période de 12 heures, 60 euros de l'heure pour le régulateur selon l'avenant n°10⁶⁰, auquel s'ajoute le paiement majoré des actes.

Pour le percevoir, le médecin doit être inscrit sur le tableau de PDS. Un secteur correspond au versement d'une seule astreinte. Les gardes ne sont pas rémunérées par l'Assurance maladie en cas de réquisitions.

Les rémunérations fixées par l'avenant n°10 ont été revalorisées en 2005.

B) Une revalorisation des astreintes conditionnée par une nouvelle sectorisation

L'avenant n°4⁶¹ revalorise l'astreinte des médecins pendant la PDS. De plus, celle-ci devient fractionnable la nuit, permettant la possibilité d'une organisation distincte, avant et après minuit, comme l'autorise le décret du 7 avril 2005.

Les médecins inscrits au tableau de garde percevront 50 euros entre 20h et 24h, et 100 euros entre 24h et 8h. La rémunération est de 150 euros le dimanche et jours fériés pour la période de 8h à 20h. Cette rémunération est versée dans la limite d'une astreinte par secteur ou par ensemble de secteurs mutualisés et de 150 euros par période de 12 heures.

⁶⁰ MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA FAMILLE. Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation de l'avenant 10 à la convention nationale des médecins généralistes. *Journal Officiel de la République française du 29 juin 2002*.

⁶¹ MINISTERE DES SOLIDARITES DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n°1, n°3 et n°4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. *Journal Officiel de la République française du 1er juin 2005. p29*.

Des majorations spécifiques sont accordées si les actes ont lieu suite à un appel de la régulation. L'Assurance Maladie finance également la formation des médecins libéraux régulateurs en plus de leur rémunération.

En principe, les nouveaux montants d'astreintes ne sont versés qu'après la publication d'un nouvel arrêté préfectoral de sectorisation. Cependant, pour les situations de redéfinition des secteurs antérieurs à la publication de l'avenant n°4, comme c'est le cas en Meurthe-et-Moselle, ce dispositif est appliqué dès le 2 juin 2005.

Cette revalorisation financière est accordée sous condition d'une réorganisation de la PDS visant à diminuer le nombre de secteurs et encourager la régulation, basée sur les prévisions ministérielles : la mutualisation des secteurs après minuit d'environ un secteur sur deux en moyenne nationale, avec une PDS assurée en tout point du territoire, à tout moment de la journée et de la nuit. Cette garantie est la deuxième contrainte pesant sur la réorganisation de la PDS.

1.4.2 Une contrainte de santé publique

Le préfet doit garantir l'accès à la PDS à tous, en milieu rural comme en milieu urbain, tout en prenant en compte les revendications des professionnels pour que le système fonctionne sans réquisitions. Or, des difficultés se posent pour l'ensemble des départements.

D'après une enquête réalisée en février par le CNOM, 37 départements comportent des secteurs pour lesquels les tableaux de garde ne sont pas complètement remplis. En outre, en 2004, 44 préfets ont dû réquisitionner un ou plusieurs médecins pour remédier à des carences ponctuelles.⁶²

D'autre part, les médecins généralistes libéraux s'inquiètent d'une nouvelle sectorisation répondant davantage à une demande d'économie de l'assurance maladie qu'à une nécessité de santé publique.⁶³

D'après l'état des lieux du 31 mars 2005 réalisé par le ministère, la Meurthe-et-Moselle est l'un des sept départements en France déclarant de gros problèmes concernant la PDS avec des secteurs non couverts en dehors des réquisitions préfectorales.

⁶² BLANCHARD. S. La permanence des soins cristallise l'antagonisme entre médecins. *Le Monde*. 2 avril 2005.

⁶³ SAINT ROMAN H. La réorganisation de la permanence des soins : la sectorisation , ultime pierre d'achoppement? *Le quotidien du médecin*. 20 juillet 2005. n°7788. p2.

1.4.3 La situation en Meurthe-et-Moselle

Le dispositif de PDS, mis en œuvre depuis décembre 2003, est remis en question. En effet, le système des gardes fonctionne par recours aux réquisitions depuis juillet 2004 pour 5 secteurs du nord du département.

Par ailleurs des courriers de plaintes d'élus (maires de communes rurales) ou d'usagers relatent des dysfonctionnements (longue attente ou manque de médecins de garde) et leur inquiétude face aux perspectives démographiques de certains cantons pour lesquels un vieillissement des médecins et de leurs patients, ainsi que le faible nombre de nouvelles installations poseraient déjà des difficultés quant à l'accès aux soins.

L'inspecteur de la « cellule offre soins de ville » est sollicité sur le fonctionnement quotidien de la PDS. En cas de refus de se déplacer d'un médecin ou le constat d'un tableau incomplet, la DDASS est contactée par l'Ordre ou le plus souvent par le SAMU. L'inspecteur cherche alors un médecin disponible et volontaire et tente de ne recourir qu'en dernier lieu aux réquisitions préfectorales.

Un premier projet de réorganisation en 2004 en 34 secteurs avait été examiné le 8 juin 2004 par le CODAMUPS. Mais compte tenu d'une situation d'équilibre précaire du dispositif des gardes, et dans l'attente de la réécriture du décret du 15 septembre 2003, il ne sera pas mis en œuvre. Le décret du 7 avril 2005 a donc permis de relancer cette réflexion. La circulaire 12 avril 2005 préconisait une modification de cahier des charges ou sa première élaboration pour le 30 mai 2005, et une réunion des CODAMUPS dans les plus brefs délais. En Meurthe-et-Moselle, une réunion du CODAMUPS était prévue le 8 juillet 2005.

Le nouveau cahier des charges et les propositions de sectorisation, soumis à des groupes de travail et au CODAMUPS, ont été réalisés après analyse de données quantitatives techniques (partie 2) et qualitatives (partie 3).

2 ETAT DE LA PERMANENCE DES SOINS EN MEURTHE ET MOSELLE AU REGARD DES DONNEES QUANTITATIVES ET TECHNIQUES RECUEILLIES

Après une étude du dispositif 2003-2005 de la PDS, ce bilan est complété par l'analyse de données démographiques.

2.1 Organisation et fonctionnement de la permanence des soins en Meurthe-et-Moselle entre 2003 et 2005

La PDS, entre décembre 2003 et juillet 2005, est organisée en Meurthe-et-Moselle en 43 secteurs présentant des niveaux hétérogènes d'activité. De nombreux acteurs ou des structures particulières y participent en tant qu'effecteurs ou en travaillant en partenariat avec la DDASS à l'aménagement de ce dispositif.

2.1.1 Un découpage en 43 secteurs aux activités contrastées de 2003 à 2005

L'arrêté préfectoral du 22 décembre 2003⁶⁴ fixe 43 secteurs de PDS (cf. Carte en Annexe 3).⁶⁵ L'analyse de l'activité des médecins généralistes pendant la PDS⁶⁶ par secteur amène à plusieurs constats.

A) Des secteurs avec une activité très faible

Sur certains secteurs l'activité est presque inexistante en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux : sur 2004, 14 secteurs sur 43 ont une activité inférieure à près du quart (28%) de l'activité moyenne par secteur sur le département, soit environ 7 envois de médecins par mois contre en moyenne 25 sur l'ensemble des secteurs. Ce sont principalement des secteurs aux tailles plus réduites, ruraux et où la fréquence des gardes est élevée.

B) La distinction entre deux périodes de nuit et une forte activité constatée les week-ends

L'activité entre 0h et 8h est faible par rapport à la première partie de la nuit (20h-24h). En 2004, 12 836 envois de médecins ont été comptabilisés⁶⁷ dont :

⁶⁴ PREFECTURE DE MEURTHE-ET-MOSELLE, 2003. Arrêté DDASS/AES n°391 du 22 décembre 2003.

⁶⁵ A titre indicatif : le nombre de secteurs en France varie de 7 dans les Deux-Sèvres à 126 dans le département du Nord.

⁶⁶ Analyse de l'activité médicale : analyse d' l'envoi de médecins généralistes par le SAMU et Médigarde (Régulation libérale) pendant l'année 2004 sur l'ensemble des secteurs, et étude du nombre d'appels traités par la régulation entre 2003 et 2005.

- 18,15% entre 0h et 8h soit une moyenne de 6.4 envois de médecins par jour
- 26.25% entre 20h et 24h soit en moyenne 9.2 envois de médecins par jour
- 55.6% entre 8h et 20h soit en moyenne 19.6 envois de médecins par jour

Pour 9 secteurs, l'activité entre 0h et 8h représente moins de 10% de l'activité totale.

Plus de la moitié de l'activité est concentrée sur le week-end (61.3% des envois de médecins généralistes sur 2004), indiquant que certains regroupements de secteurs pourraient être effectués pendant la semaine pour les effecteurs acceptant le principe d'une organisation distincte entre ces deux périodes.

C) Une légère hausse de l'activité constatée entre novembre et février

Une période de plus forte activité est constatée de novembre à février, et ce sur 3 années⁶⁸. Cela correspond aux périodes épidémiques annuelles hivernales. Néanmoins, cette variation de l'activité reste modérée, avec en 2004 une augmentation moyenne de 6% du nombre d'envois de médecins généralistes par la régulation par rapport au reste de l'année.

D) Les limites de l'indicateur d'activité retenu

Cet indicateur ne restitue pas l'intégralité de l'activité puisqu'il existe des actes résiduels des médecins généralistes sans régulation, donc hors du cadre de la PDS fixé par le cahier des charges. Néanmoins l'ensemble des participants des réunions du groupe technique de PDS a validé cet indicateur, au motif d'une régulation fonctionnelle en 54 depuis 2003⁶⁹.

2.1.2 Les autres acteurs et organisations particulières de la permanence des soins

Hors des gardes ordinaires, il existe des formes particulières de participation des médecins à la PDS en Meurthe-et-Moselle : la régulation, deux MMG et aux SOS Médecins. Par ailleurs, d'autres acteurs peuvent être amenés à recevoir des patients relevant de la PDS de ville : les établissements reconnus sites d'urgences, et les transporteurs sanitaires.

⁶⁷ 5274 par Médigarde et 7561 par le SAMU, source SAMU 54 : données du 1^{er} janvier au 31 décembre 2004

⁶⁸ Source : Chiffres du SAMU 54 sur 2002, 2003 et 2004.

⁶⁹ Cet élément est déjà constaté dans le cahier des charges de 2004.

A) Une régulation fonctionnelle avec une complémentarité entre libéraux et hospitaliers

La Meurthe-et-Moselle bénéficie d'une régulation du SAMU 54 et d'une régulation libérale depuis 2003. Ce dispositif est fonctionnel. Ainsi depuis 2001 le nombre des visites de nuit a été divisé par trois.⁷⁰ Les deux régulations s'organisent en complémentarité.

L'association Médigarde assure une régulation médicale libérale et a pour rôle de rapporter toutes les informations susceptibles de la faire évoluer. Elle réceptionne les appels de médecine de ville au numéro 0820332020 interconnecté avec le 15⁷¹.

La régulation est assurée par un médecin régulateur libéral en semaine de 20h à 24h, le samedi de 12h à 24h et les dimanches et jours fériés de 8 h à 24 h. Au-delà, les médecins du SAMU assurent la régulation jusqu'à 8 heures, tant pour l'AMU que pour la médecine ambulatoire, grâce à quatre permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) présents en salle de régulation.

En 2004, 125 339 appels ont été enregistrés. 56% ont donné lieu à de simples conseils sans engagement de moyens, 10.83% ont nécessité l'envoi de médecins généralistes libéraux et 33.4% l'envoi des autres moyens de l'AMU, ce qui démontre l'intérêt des fonctions de filtre et d'orientation des demandes de soins.

L'appel du patient, quelque soit le numéro composé, passe par un PARM, qui effectue un premier tri en rassemblant des informations et transmet l'appel au médecin concerné, SAMU ou médecin libéral, selon la gravité et le degré d'urgence. En cas d'appel en attente adressé au médecin régulateur libéral, le médecin SAMU peut réguler l'appel. En revanche, le médecin libéral ne peut réguler un appel au centre 15, sauf à la demande du SAMU.

Des procédures partagées sur la pratique de régulation n'ont pas encore été formalisées mais sont en projet. D'autre part, les médecins régulateurs libéraux utilisent le logiciel informatique du SAMU Centre 15 et en partagent les locaux.

Sur le grand Nancy, deux organisations coexistent et participent différemment à la PDS : SOS Médecins et les Bains Douches. Elles ont néanmoins le point commun d'avoir une part importante de leur activité échappant à la régulation.

⁷⁰ Source : SAMU 54

⁷¹ Dans le cadre du protocole d'accord en date du 20 décembre 2003 et de la convention liant le CHU de Nancy et l'association relative au fonctionnement de la régulation des appels aux médecins libéraux en date du 15 décembre 2003.

B) Deux maisons médicales de garde aux fonctionnements différents

a) *La maison médicale : Cabinet médical de garde « Les Bains-Douches »*

Cette association apporte une contribution partielle au dispositif de la PDS.

Le cabinet est ouvert au public avec la présence minimale de deux médecins en semaine de 20h à 24h, les samedis de 14h à 24h et les dimanches de 9h à 24h, pour l'agglomération du Grand Nancy. Son accès est facilité par sa localisation au centre de la ville, par contre il n'est pas à proximité immédiate d'un service d'urgence.

Une évaluation de l'URCAM Lorraine, réalisée en 2004, relève qu'entre juillet 2003 et août 2004, 7585 consultations ont été effectuées : 19.2% en semaine et 80.8% les week-ends et jours fériés. La MMG semble donc apporter une réponse aux besoins le week-end, mais son activité en semaine est très faible. De plus, peu de patients sont orientés par la régulation vers les Bains Douches.

Des interrogations se posent donc sur la pertinence de l'ouverture en semaine, sachant que comme toute MMG, le coût de fonctionnement est élevé, particulièrement lorsque les locaux ne sont pas prêtés à titre gracieux. La MMG est financée majoritairement par le FAQSV, et ce seulement jusqu'en 2006. Jusqu'à présent, un accord avec la CPAM de Nancy permettait la rémunération de deux astreintes entre 20h et minuit. Le décret du 7 avril 2005 permet l'inscription au tableau de PDS des médecins des Bains-Douches sur cette fraction de nuit. Leur rémunération est donc à présent réalisée sur la base conventionnelle comme pour les autres effecteurs. Néanmoins cette ressource par l'activité ne résout pas la problématique de financements pérennes à trouver.⁷²

b) *Le cabinet médical de garde du Toulinois*

Ce cabinet de garde est situé à côté du service des urgences, dans le Centre Hospitalier de Toul et permet des consultations sur place, entre 14h et 18h le samedi et 9h-12h et 15h-20h le dimanche. Des visites à domicile sont réalisées pour les patients ne pouvant pas se déplacer et en dehors de ces horaires d'ouverture. Cette organisation est le résultat d'une réflexion et d'un projet décidé et mis en œuvre par les médecins des quatre secteurs du Toulinois.

Contrairement aux Bains Douches, la MMG se trouve à titre gracieux dans les locaux de l'hôpital et n'est pas financée par le FAQSV. Aucun problème de pérennisation des financements ne se pose. Cependant aucune évaluation concernant la satisfaction des usagers, ni mesure d'activité n'ont encore été entreprises.

⁷² VALENTIN R. Trésorerie difficile aux bains douches. *L'Est Républicain* du 25 mars 2005.

Sur le département, un seul autre projet de MMG est envisagé sur le lunévillois. Par contre, deux MMG, au sein d'hôpitaux, sur deux secteurs sujets à réquisitions, ont été fermées après un an d'essai.

C) SOS Médecins

Cette association a été créée en juillet 1999. Elle assure une activité 24 heures sur 24 et 365 jours sur 365 et répond aux appels qui émanent du SAMU, des médecins, ou le plus souvent des patients, sur le Grand Nancy et la Communauté de communes de Saint-Nicolas-de-Port.

Elle collabore au dispositif de la PDS dans le respect de la réglementation. Deux ou trois médecins sont donc inscrits au tableau de PDS, au même titre que le ou les médecins généralistes rancéiens volontaires sur Nancy et perçoivent l'astreinte. Néanmoins, en raison de pics d'activité, cette équipe est souvent renforcée, mais sans la contrepartie d'astreintes supplémentaires.

S.O.S. Médecins estime assurer une part très importante de l'activité relevant de la PDS soit 69 % de son activité⁷³. L'association dispose de son propre dispositif de régulation des appels et de coordination des actions et visites à domicile, mais articule son action avec le dispositif de droit commun : 14% des visites sont effectués à la demande du SAMU ou de Médigarde.

D) Les établissements reconnus site d'urgence

Les services d'urgence accueillent également un public relevant de la PDS (cf. 1.1.2).

Le volet urgences du SROS 2 a réalisé un maillage du territoire pour la prise en charge des urgences qui ne sera vraisemblablement pas modifié dans le SROS 3⁷⁴. Il existe 9 sites d'urgence : 1 SAU à Nancy, 6 UPATOU et 2 POSU à Nancy. Aucune zone blanche n'apparaît : un des services d'urgences est accessible en 45 minutes en tout point du département.

Certains indicateurs montrent qu'une réflexion autour du fonctionnement des urgences en lien avec la PDS devrait être envisagée. Sur le SAU de Nancy, en 2004, 42 064 admissions sont recensées avec, comme pour l'ensemble des services d'urgences de la région, une augmentation des premiers passages de 3 à 4% depuis 4 ans, selon les travaux préparatoires du SROS 3. L'activité du service est très faible entre 0h et 8h (16.51% des admissions aux urgences) et 67% des patients se présentent sans

⁷³ Son bilan d'activité de 2004 recense 21 812 visites pour 24 393 appels.

⁷⁴ ARH de Lorraine. *Schéma régional d'organisation sanitaire 2005-2010. Document préparatoire à l'élaboration du SROS 3. Rapport d'étape.* République française. Juin 2004. 57p.

orientation de la régulation ou avis médical. Dans cette perspective, le SROS 3 en cours d'élaboration aborde spécifiquement l'articulation ville-hôpital.

E) Les transports sanitaires

La garde départementale des transports sanitaires est organisée en 6 secteurs. Elle résulte d'un arrêté préfectoral du 15 décembre 2003. Pendant la garde, le véhicule de l'entreprise désignée sur le tableau départemental de garde est réservé aux demandes du SAMU et du médecin régulateur libéral.

En outre, en Meurthe et Moselle, sont implantés 6 services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR). Une seule zone blanche (délai d'accès de plus de 30 minutes du SMUR) est recensée sur les secteurs 46 et 47 au sud.

Les pharmacies ont également un système de garde qui n'a pas été détaillé.

En dehors de l'activité de ces différents acteurs, les instances organisant la PDS peuvent également être des facteurs facilitant ou freinant le dispositif de PDS.

2.1.3 La DDASS et ses partenaires institutionnels

La DDASS gère également le dossier de la PDS avec des acteurs institutionnels avec différents degrés de partenariat.

A) Un travail en collaboration avec la régulation

La communication par la régulation des problèmes rencontrés ou des dysfonctionnements, comme par exemple le refus de déplacement d'un médecin inscrit au tableau, est réalisée au travers des nombreux échanges informels ou plus formels par courrier. Il s'agit d'une source précieuse d'informations sur les pratiques de terrain. Cependant, aucun protocole de remontée des informations n'a été formalisé.

B) Le partenariat entre la DDASS et le CDOM

Un partenariat s'est établi avec le CDOM sur le thème de la PDS. Sa participation aux groupes techniques de travail préparant le CODAMUPS de juillet 2005 et des contacts téléphoniques ont permis des échanges et une concertation sur les possibilités de regroupement, le CDOM apportant le résultat de ses rencontres avec les effecteurs et sa connaissance du métier et du terrain.

Cependant, le constat s'impose d'un manque de circulation des informations et de coordination entre ces deux partenaires institutionnels. Par exemple, les tableaux de PDS sont disponibles dans une banque de données, l'outil Calepso, sous la responsabilité du CDOM. Cet outil devait faciliter une communication et une remontée des informations en temps réel, mais il présente certains dysfonctionnements.

Au cours des entretiens, j'ai à plusieurs reprises rencontré des difficultés avec mon interlocuteur quant à la délimitation de son secteur de garde. Pourtant, un arrêté⁷⁵ précise commune par commune l'appartenance à un secteur, les données sur Calepso devant s'y conformer.

En fait un secteur supplémentaire et des modifications de communes ont été enregistrés dans Calepso, sans l'autorisation préfectorale ni information de la DDASS. Ce nouveau secteur, avec une activité très faible selon les données du SAMU, existant sur Calepso, donnait donc droit au versement d'une astreinte par la CPAM. Ces incidents reflètent un certain manque de communication entre la DDASS et le CDOM.

Des problèmes de coordination existent également avec un nouveau partenaire institutionnel : la MRS.

C) Un décalage calendaire avec la Mission Régionale de Santé

Un décalage calendaire avec le travail de la MRS, structure nouvellement créée, a freiné un travail commun pour la réorganisation de la PDS dans un bref délai en 2005.

Néanmoins, lors d'une réunion en septembre 2005, avec les DDASS, la DRASS et la MRS, des échanges sur les situations et les problématiques différentes des départements ont permis de dresser un premier bilan des récentes réorganisations de la PDS en Lorraine. A cette occasion, la MRS a présenté ses préconisations :

- A court terme la mise en place de modalités d'appels spécifiques pour les personnes sourdes et malentendantes, l'intervention des médecins miniers dans la PDS, et la recherche d'une cohérence géographique entre médecins d'astreintes et pharmacie de garde.
- A moyen terme la mise en place d'un numéro unique pour la régulation
- Une centralisation des appels sur un ou deux sites de régulation régionaux pour les périodes de faibles activités.

Ces deux dernières propositions ont suscité des réserves de la part des DDASS. En effet, le numéro d'appel unique serait contre éducatif pour l'utilisateur, car il mélange appels pour les urgences et pour la médecine ambulatoire et risque de surcharger la ligne retardant ainsi la prise en charge des urgences vitales.

Concernant la centralisation des appels, cela appauvrirait l'organisation de compétences des régulateurs, qui ont une connaissance fine du terrain : les acteurs, les communes, les ressources possibles... Cette connaissance leur permet de solliciter rapidement la réponse locale la plus appropriée au besoin de soin.

⁷⁵ PREFECTURE DE MEURTHE-ET-MOSELLE, 2003. Arrêté DDASS/AES n°391 du 22 décembre 2003.

Actuellement, on ne sait pas quelle sera la prise en compte des préconisations de la MRS dans le futur, celle-ci n'étant pas décisionnaire mais seulement force de propositions auprès des préfets de département pour la PDS.

En résumé, le système de PDS, en place depuis 2003, présente donc de nombreux points forts notamment une régulation avec la complémentarité SAMU/libéraux fonctionnelle et la participation d'organisations libérales particulières sur le Toulousain et le Grand Nancy. Néanmoins des améliorations sont possibles.

L'hypothèse de départ d'un manque de coordination et de concertation entre les différents acteurs, notamment la DDASS et ses partenaires semble partiellement validée indiquant une piste de travail.

Par ailleurs, le faible niveau d'activité de certains secteurs indique qu'une mutualisation des moyens pourrait être effectuée et permettre ainsi une diminution de la fréquence des gardes tout en garantissant une réponse en soins ambulatoires pendant la PDS à la population.

Après l'étude des points forts et faibles du dispositif de la PDS, sa réorganisation doit également être envisagée dans un contexte local constitué des professionnels formant l'offre de soins et de la population qui la consomme.

2.2 Données sur le département

Un bref bilan sur l'offre et la consommation de soins sur le département permet de faire apparaître les zones pour lesquelles l'inadéquation entre ces deux facteurs peut rendre la PDS plus difficile à assurer.

2.2.1 Démographie médicale et population

Le département de Meurthe-et-Moselle représente une superficie du quart de la Lorraine et compte un tiers de sa population⁷⁶ et se caractérise par une répartition hétérogène des habitants et une disparité de sa densité médicale.

A) Une répartition hétérogène de la population

En Meurthe-et-Moselle, au 1^{er} janvier 2003, la densité moyenne de la population en habitants au km² était de 137, supérieure à celle de la France métropolitaine (110 habitants au km²). Mais il existe une diversité de peuplement. 14 cantons ont une densité inférieure à 50 habitants au km². Les territoires les moins peuplés se situent

⁷⁶ Chiffres au 1^{er} janvier 2003. Meurthe-et-Moselle : 718 250 habitants pour une superficie de 5246 km². Lorraine : 2 319 109 pour 23 547 km². Source : Statiss 2005 DRASS de Lorraine.

majoritairement au sud du département représentant les zones rurales : les territoires⁷⁷ de Toul et de Lunéville sont 2.5 fois moins peuplés que le reste du département et près de la moitié de la population est concentrée sur le territoire de Nancy⁷⁸.

B) Une disparité de la densité médicale

Le département compte 873 médecins généralistes libéraux d'un âge moyen de 48.7ans. Il bénéficie d'une densité médicale par habitant supérieure au niveau national. Elle est en moyenne de 1,22 pour 1000 habitants en Meurthe-et-Moselle contre 1.05 en Lorraine et 1.14 en France⁷⁹. Néanmoins il existe de forts contrastes infra départementaux.

On peut considérer que les secteurs comportant une densité inférieure à 0,8 pour 1000 habitants⁸⁰ sont sous-médicalisés (cf. Annexe 4). C'est le cas pour 13 secteurs en Meurthe-et-Moselle. 7 sont situés dans les zones rurales au sud du département. L'autre moitié correspond à des zones plus densément peuplées du nord du département. Parmi elles, 4 sont des secteurs soumis à des réquisitions.

Par ailleurs, les exemptions (et les demandes) sont en hausse depuis ces réquisitions en 2004. Elles atteignent une forte proportion sur le cinquième secteur réquisitionné : 20% des médecins sont exemptés des gardes contre en moyenne 6.35% pour l'ensemble des secteurs du département selon les chiffres du CDOM de mai 2005.

2.2.2 Des points de tensions révélés par l'étude cantonale de l'URCAM de 2002

Cette étude aborde la consommation d'offre de soins libérale selon les cantons en Lorraine et identifie les points de tensions : une offre médicale faible alliée à une consommation par habitant de soins forte. Deux zones aux situations différentes présentent des difficultés.

Les 10 secteurs⁸¹ au nord du département sont concernés. Cet ancien espace ferrifère et sidérurgique connaît une situation d'offre de soins insuffisante avec un recours aux médecins généralistes élevé pour une population vieillissante, qui de plus se caractérise par un état de santé inquiétant : une mortalité prématurée par tumeurs et maladie de l'appareil circulatoire particulièrement élevée et la plus importante proportion de Lorraine de personnes souffrant d'une affection de longue durée. Parallèlement la proportion de jeunes médecins généralistes libéraux y est deux fois moindre que dans le reste de la

⁷⁷ Territoires de l'action médico-sociale (TAMS).

⁷⁸ DDASS DE MEURTHE-ET-MOSELLE. Le département de Meurthe-et-Moselle. DDASS de Meurthe-et-Moselle. Pôle Santé. Cellule Actions de Santé. Décembre 2004.

⁷⁹ STATISS 2005 DRASS de Lorraine, ADELI 2005

⁸⁰ Référence élaborée en concertation et utilisée pour le cahier des charges relatif à l'organisation de la permanence des soins en Meurthe-et-Moselle de 2004.

⁸¹ Secteurs 71, 72, 73, 74, 75, 81, 82, 83, 84, 85 en annexe 3.

Lorraine, soulignant la faible attractivité que semble exercer cette zone pour l'installation de professionnels⁸².

Les secteurs, 46 et 47 ont une faible densité de population, mais un fort recours aux médecins généralistes par habitant, surtout pour les visites. De plus, cette zone rurale présente une démographie en déclin et très âgée avec une distance d'accès au médecin généraliste élevée et est classée en zone blanche pour les SMUR.

2.2.3 Les zones éligibles aux aides à l'installation des médecins

La MRS a identifié les zones pour lesquelles le problème de démographie médicale nécessite en priorité le recours aux aides à l'installation.⁸³

Quatre zones sont éligibles, aucune ne présente de difficultés majeures de PDS. De plus, ce ne sont pas celles repérées par la DDASS, au sud du département, pour son travail concernant l'accès aux services sur les territoires ruraux.

Ces zones éligibles ne paraissent pas représentatives de la situation des secteurs de gardes fragilisés par une faible densité médicale associée à une forte demande de soins qui posent le plus de problèmes pour la PDS.

En conclusion, la Meurthe-et-Moselle bénéficie d'une offre de soins ambulatoires globalement plus élevée que la moyenne nationale. Cet avantage est tempéré par les disparités de la démographie médicale et de la densité de la population. Des points de tension sont relevés concernant la consommation par rapport à l'offre de soins au nord et on constate la fragilité de zones rurales au sud quant aux perspectives de démographies médicales.

La seule analyse de ces données techniques ne permet pas de dresser une organisation garantissant la PDS par le volontariat des médecins. L'avis de ces derniers est indispensable pour construire un dispositif pérenne.

⁸² URCAM de LORRAINE. *Typologie cantonale des soins de proximité en Lorraine*. Metz, URCAM de Lorraine. Octobre 2002. 45p

⁸³ MINISTERE DES SOLIDARITES DE LA SANTE DE LA FAMILLE, 2005. Circulaire DHOS/03/DSS/UNCAM/2005/63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes. *Bulletin Officiel Santé-Solidarité* n°2005-3, mars 2005.

3 LES FORCES ET FAIBLESSES DU SYSTEME ACTUEL SELON LES PROFESSIONNELS

Avant de soumettre au CODAMUPS un cahier des charges et des propositions de sectorisation, différents entretiens ont été menés dans le cadre de ce mémoire. Les items suivants décrivent le ressenti des professionnels face au système d'organisation de la permanence des soins. (cf. guides d'entretiens en annexe 1 et 2)

3.1 L'inquiétude face aux perspectives démographiques

Les médecins effecteurs s'inquiètent du manque de nouvelles installations en regard des départs en retraite des années à venir et le surcroît d'activité qui en découlerait.

Plus particulièrement, les médecins des zones réquisitionnées au nord et des zones rurales sous-médicalisées du sud signalent qu'actuellement les départs ne sont pas remplacés par de nouvelles installations sur leurs secteurs.

Dans la majorité des entretiens, la pénurie de remplaçants est un des facteurs accentuant les problèmes de PDS. Aucun des médecins interrogés n'a déclaré se faire remplacer pour les gardes. Pourtant ils sont beaucoup à le souhaiter, certains ferment même leur cabinet pendant les vacances faute de trouver un remplaçant.

La démographie en déclin et le manque d'attractivité financière des astreintes sont les deux facteurs qui selon eux expliquent cette pénurie. Or jouer seulement sur l'un ne serait pas suffisant : « *Avant il y avait des remplaçants, j'ai été remplaçant, j'étais content parce que c'était de gros secteurs avec beaucoup d'activité donc bien rémunérée et les médecins que je remplaçais étaient contents de se reposer. Mais à présent ce n'est plus la même situation, on ne peut pas fonctionner comme avant* ».

En croisant ce ressenti aux données quantitatives (partie 2.2) on constate que la démographie médicale représente un problème de répartition plus que de pénurie et que les perspectives sont inquiétantes sur certains secteurs, notamment ruraux, pour les dix prochaines années avec la dynamique actuelle d'installation.

3.2 Les conditions d'exercice en question

3.2.1 Les difficultés inhérentes au métier

Les médecins sont quasiment unanimes pour dénoncer une charge de travail lourde en cabinet, voir même à la limite du supportable en période épidémique et hivernale. Ils évoquent une fatigue physique et mentale. Certains insistent sur la difficulté de l'exercice de leur art, la nécessité de poser le bon diagnostic et la culpabilité qui en découle en cas

d'erreur. Dans les zones du nord, un sentiment d'usure est évoqué face à la forte demande de soins.

3.2.2 L'enchaînement des nuits de garde et des journées de consultations ordinaires : comment rester compétent vis-à-vis de son patient ?

Les gardes succèdent à des journées de consultations longues et inversement. Les médecins s'interrogent sur leur capacité à enchaîner ces activités sans repos récupérateur, tout en restant compétents et à l'écoute de leurs patients. Ils mettent en parallèle ce rythme et celui des médecins hospitaliers bénéficiant de périodes de récupération. Ces conditions d'exercice professionnel sont de plus en plus incompatibles avec leurs aspirations personnelles et leur vie familiale ou sociale.

3.2.3 L'exercice en groupe, un facteur d'amélioration des conditions d'exercice

La majorité des médecins interrogés travaillent seuls et à temps complet. Néanmoins l'exercice en groupe se développe. Il est particulièrement plébiscité par les jeunes médecins qui y voient « *une certaine sécurité* » et un moyen « *de moduler ses horaires* ». SOS Médecins constate que son activité augmente sur le Grand Nancy en dehors des horaires de la PDS et que leurs confrères, surtout féminins, adoptent plus volontiers des horaires plus stricts et des jours de fermeture en semaine. Le samedi à partir de midi est ainsi officiellement considéré comme inclus dans la PDS.

3.2.4 Un glissement du modèle professionnel

Le modèle du médecin de famille, disponible en continu, est un sacerdoce qui n'est plus en phase avec les conceptions actuelles de la vie professionnelle : « *Plus personne ne veut faire de garde : les médecins vieillissants n'en peuvent plus, les jeunes ne veulent pas travailler de la même façon qu'avant c'est à dire après une grosse journée de travail faire la nuit et redémarrer le lendemain* ». Les jeunes médecins n'ont pas la même vision du métier : « *Aucun jeune médecin ne veut plus assurer les nuits* ».

En regard des données sur la profession de médecin (cf. partie 1.1.1) ce ressenti concernant les conditions de travail, valide les hypothèses concernant :

- Une charge de travail des astreintes qui alourdit une charge hebdomadaire déjà importante.
- Les attentes des professionnels de santé vis-à-vis de leur métier ont évolué, les médecins privilégient leur qualité de vie.

3.3 Les conditions d'organisation de la PDS depuis 2003 remises en cause

Certains freins à la PDS sont inhérents à ses principes de base : un volontariat limité, étroitement dépendant d'une dynamique de solidarité entre confrères, une sectorisation pas toujours en phase avec les réalités de terrain et une rémunération peu attractive.

3.3.1 Le volontariat : un principe avec des limites

Les entretiens soulignent tous la contradiction des textes concernant le principe du volontariat et la sanction des réquisitions. Ils évoquent plutôt un « *volontariat forcé* » et une PDS « *à mi chemin entre volontariat et devoir* ».

Le recours aux réquisitions est assimilé par les médecins comme la preuve qu'ils exécutent un service public, relevant selon eux de l'hôpital, en contradiction avec le fait de remplir un devoir déontologique dans le cadre d'une activité libérale. Ces réquisitions caractérisent, pour les médecins, le manque de considération des pouvoirs publics des difficultés du métier de généraliste et la portée plus que limitée du principe de volontariat. Cela confirme l'hypothèse de départ selon laquelle la culture de l'exercice libéral est en opposition avec l'intervention de l'Etat dans l'organisation de la PDS.

A contrario, certains appliquent strictement ce principe pour justifier l'absence totale de PDS sur leur secteur, même en cas de réquisition : « *Entre minuit et 8h il n'y a pas de volontaires, comme c'est basé sur le volontariat, on ne fait pas.* »

D'autres soulignent la difficulté de s'adapter à cette organisation, plus collective et réglementée, bouleversant les pratiques traditionnelles des gardes : « *le nouveau concept est séduisant et bouleverse des habitudes de 30 ans qui étaient de s'occuper de sa propre clientèle, c'est difficile à changer surtout en milieu rural.* »

Enfin, les effecteurs évoquent la limite d'un volontariat dans certains secteurs pour des raisons démographiques, « *la fréquence des gardes est nettement plus élevée entre 4 médecins qu'entre 20* », des distances géographiques ou encore des raisons relationnelles.

Ces dernières influent directement sur le degré de solidarité entre médecins, condition essentielle de fonctionnement du dispositif de garde.

3.3.2 La solidarité entre confrères : une condition essentielle de fonctionnement du système

Ce système de volontariat repose entièrement sur la solidarité entre confrères qui lui permet de fonctionner, même avec de mauvaises conditions. Un médecin résume le dispositif des gardes ainsi : « *Personne n'est volontaire mais tout le monde est solidaire* ».

Néanmoins, cette solidarité est subordonnée à un effort collectif. Le désengagement d'un nombre minime de praticiens peut briser cette dynamique de groupe, comme le signale un médecin effecteur : « *Tout le monde participe mais il faut qu'on soit tous solidaires, s'il y en a un qui refuse de faire ses gardes parce que la loi l'y autorise, ça ne va pas, je veux bien assurer 1/32^{ième} du travail mais pas 1/30^{ième} ».*

De plus, des médecins se déclarent exaspérés d'être les seuls toujours sollicités. Selon eux d'autres effecteurs sont possibles : des confrères exemptés « *par complaisance* », les spécialistes, les médecins des mines ou les médecins urgentistes. L'appui des centres hospitaliers est la participation la plus sollicitée, notamment pour le partage de la nuit.

3.3.3 Une sectorisation pas toujours optimale

La sectorisation, en place depuis 2003, est remise en question par certains médecins effecteurs. Les secteurs définis ne correspondraient pas toujours aux attentes des patients et des professionnels.

La question des distances se pose de façon prégnante à l'occasion des visites à domicile surtout de nuit et en période hivernale. Des secteurs trop grands obligent le médecin à de longs déplacements, parfois consécutifs. Le réseau routier ne pose aucune difficulté d'accès en tout point du territoire. Mais, des médecins soulignent que certaines routes en zones rurales sont mal dégagées l'hiver, entraînant un risque pour leur sécurité.

De plus, le secteur de garde n'est pas identique à la zone de « patientèle » du cabinet du médecin. Or : « *aller sur des routes ou des secteurs que l'on ne connaît pas est une difficulté supplémentaire* ». Une redéfinition de certains secteurs, notamment ceux à la frontière des départements voisins, serait nécessaire pour être plus adaptés aux habitudes des usagers et aux bassins de patientèle des médecins.

Les avis sont néanmoins partagés quant à la taille des secteurs. Les souhaits des médecins à cet égard sont très diverses et relèvent de logiques différentes de celle des services déconcentrés, basée sur les indicateurs d'activité et de densité médicale : certains préfèrent des gardes moins fréquentes, et assurer de plus nombreuses consultations sur de longues distances mais être mieux rémunérés, d'autres préfèrent assurer des gardes plus souvent mais plus calmes au niveau de l'activité, même si leur rémunération est alors plus faible.

L'aspect financier est en effet également l'objet de réflexions divergentes.

3.3.4 La rémunération des astreintes source de réponses très diverses

La faible rémunération des astreintes n'expliquerait que très partiellement le manque de motivation à réaliser des gardes : « *la question financière n'est pas ce qui vient en premier, moi si vous me donnez une bonne indemnisation mais une grosse activité cela ne m'intéresse pas, j'ai assez de travail. L'indemnisation ça se discute mais la charge de*

travail doit à mon avis rester la priorité. ». Néanmoins, pour certains la revalorisation des astreintes pourrait contribuer à relancer le volontariat et rendrait les gardes plus attractives pour d'éventuels remplaçants.

Pour d'autres, la question se pose même de façon inverse : *« Il est question au 1er juillet que les indemnités de garde vont augmenter, sans regroupement, vu l'activité, on va être payé à rien faire ! »*

Cela infirme partiellement l'hypothèse d'un frein lié au mode de rémunération de la PDS formulée en début de ce mémoire. Le facteur financier peut contribuer à améliorer la situation des gardes en Meurthe-et-Moselle, mais il doit être accompagné de changements dans l'organisation de la PDS facilitant les conditions de travail, pour une reprise totale des gardes par le volontariat.

Après les conditions d'exercice et d'organisation de la PDS, les personnes interrogées abordent la problématique de la consommation de soins des patients.

3.4 Le consumérisme des patients

Les comportements des patients de surconsommation et de mauvaise utilisation des dispositifs de l'AMU seraient également des freins à la garantie de la PDS.

3.4.1 Un recours parfois abusif au médecin généraliste durant la PDS

Si certains médecins parlent de patients *« à présent raisonnables »*, beaucoup évoquent des demandes injustifiées, peu pendant la nuit mais plutôt juste après la fermeture des cabinets, s'apparentant à des consultations de *« confort »*. Ils décrivent des patients qui contournent le système de régulation en exagérant l'urgence pour passer la barrière téléphonique.

Pour le SAMU *« les gens adaptent pour une partie leur demande de soins en fonction de l'offre. Pendant les grèves les gens ont été informés que les médecins ne se déplaçaient pas donc ils n'appelaient pas le SAMU, mais ensuite les gens ont compris que les réquisitions obligeaient un médecin à se déplacer et cela a augmenté le nombre d'appels »*, *« on a de plus en plus de demandes de conseil et non de détresse urgente »*.

L'ensemble des médecins semble inquiet de l'évolution de ce consumérisme : *« la mentalité de la population va vers une augmentation de la demande irrationnelle »*, *« les gens se comportent comme si on était une station service ouverte 24h/24 »*.

L'éducation des patients sur les motifs légitimes de recours à la PDS est donc jugée indispensable, mais tous ne sont pas d'accord sur qui doit jouer ce rôle.

Certains déclarent réaliser eux-mêmes le tri des patients et leur éducation sur les motifs. Pour d'autres, ce rôle entre en conflit avec leur pratique libérale *« il y a une grosse éducation du patient à faire et une information mais on ne veut pas être des flics non*

plus » et relève plutôt d'une instance extérieure comme la DDASS, la DRASS, le Conseil Général ou la MRS.

Enfin pour certains médecins effecteurs et pour les médecins régulateurs (SAMU et Médigarde), il s'agit non seulement d'informer les usagers, mais aussi les confrères : *« Il faudrait bien différencier la pratique du week-end de ce qui relève de la continuité des soins, des confrères ne le comprennent pas. Ils voient leur clientèle alors que les usagers peuvent garder leur médecin et que ce soit différent pendant la PDS. »*

Si ces modes de consommation de la PDS sont indiqués par presque toutes les personnes interrogées, ils semblent plus développés sur le nord du département.

3.4.2 La particularité des zones du nord du département

Pour les médecins du nord, ces anciennes zones minières présentent la particularité d'une plus forte consommation de soins par habitant et l'exigence d'une grande disponibilité. Ils relient ces phénomènes à des habitudes de vie des familles venant de l'histoire de la région et de la grande protection qu'accorde le régime minier qui encouragerait le recours aux médecins *« par contamination »* aux affiliés des autres régimes.

Les services d'urgences seraient également victimes de comportement de consommation abusive sur l'ensemble du territoire.

3.4.3 Le réflexe de recourir aux urgences

Suite aux des grèves de 2001, les médecins hospitaliers et libéraux constatent que les patients ont pris l'habitude d'aller aux urgences sans motif légitime et sans tenter de faire appel au médecin de garde. Ce service rassemble beaucoup d'avantages comme le remarque un médecin du SAMU : *« Trop de gens arrivent aux urgences, pour des actes qui ne le justifient pas, c'est à la fois un problème d'information sur le rôle des urgences et l'offre médicale pendant la PDS, et les urgences sont gratuites, le patient n'avance pas d'argent. Les urgences se plaignent du nombre de patients ne relevant pas de la médecine d'urgence. »*

L'hypothèse de départ selon laquelle le système de la PDS est mal utilisé par les usagers, occasionnant une consommation inadéquate de soins dans ce cadre, paraît donc validée. Les médecins observent en effet un certain consumérisme des patients et une méconnaissance du public du dispositif des gardes en place. Ce constat est plus prégnant au nord du département, comme l'avait relevé l'étude de l'URCAM (cf. partie : 2.2.2).

En plus des difficultés liées à la profession de généraliste, les conditions d'organisation de la PDS, mise en œuvre depuis 2003, font donc l'objet de nombreuses critiques. Toutefois, les acteurs ont souligné des points forts à conserver.

3.5 Les points forts du système d'organisation de la permanence des soins

En dépit des dysfonctionnements évoqués, les acteurs reconnaissent que le dispositif, en place depuis 2003, a permis des avancées avec une régulation des appels de qualité et fonctionnelle et le développement du dialogue entre les différents partenaires. Les avis sont plus partagés concernant la pertinence des organisations particulières.

3.5.1 La régulation : une avancée majeure

Selon les médecins effecteurs, la régulation a diminué considérablement le nombre de d'actes pendant les gardes : « *La régulation a baissé de 70% notre activité* ». En plus de cette diminution quantitative, les médecins effecteurs estiment avoir gagné en qualité d'exercice professionnel. Ils déclarent se sentir plus motivés de se déplacer pour des cas plus intéressants et relevant davantage de l'urgence.

D'autre part, ils reconnaissent la difficulté de l'exercice de régulation, tout en étant agacés en cas de déplacement inutile. Certains motifs d'envois frustrant particulièrement les médecins : la prise en charge de toxicomanes ou des personnes en état d'ébriété, les certificats de décès et toute pathologie « *mineure* » (exemple : angine) qui pouvait attendre la reprise des consultations.

Quant aux régulateurs, ils estiment que le système de la régulation est bien ancré, à la fois parmi les praticiens et parmi la population. Pour le SAMU « *les gens comprennent que pendant la régulation le médecin ne se déplace pas toujours, alors qu'au début de la régulation ils nous menaçaient de porter de plainte si un médecin ne venait pas !* ».

Médigarde estime son taux de satisfaction auprès des usagers par enquête, la dernière affichait un taux de 90%.

Néanmoins, tous deux craignent une hausse des erreurs de régulation en corrélation avec l'augmentation du nombre d'appels. Ce phénomène pourrait amener les médecins régulateurs à se protéger et donc à déplacer plus facilement un médecin pour plus de prudence. Afin d'améliorer ce « diagnostic par téléphone » un médecin régulateur souhaiterait disposer « *d'un dossier minimal commun du patient* ».

Paradoxalement, une régulation de qualité semble également génératrice d'effets pervers. Au niveau financier, le nombre d'actes est tellement faible sur certains secteurs que la rémunération⁸⁴ est peu attractive. Certains médecins sont moins motivés pour effectuer des gardes « *où il ne se passe rien* » et où leur disponibilité est peu payée. Pour eux, une

⁸⁴ Forfait de 50 euros sous l'avenant 10 et rémunération majorée des actes

garde sans activité est aussi stressante qu'une garde avec beaucoup d'activité. Ils expriment leur anxiété à l'idée d'être appelés, leur difficulté de sommeil ou de détente en étant toujours sur le qui-vive. Leurs éventuels remplaçants sont d'autant plus difficiles à recruter.

Par ailleurs, la régulation serait victime de son succès, l'attente téléphonique est parfois longue en période de pics d'activité. Après avoir été mis en relation avec un permanencier, le patient doit justifier de l'urgence de sa situation. Face à cette double contrainte, certains renoncent à une réponse ambulatoire, pour se diriger vers les urgences. Un médecin souligne l'absurdité d'un tel parcours : *« depuis la mise en place de la régulation, l'hôpital est surchargé, les gens se font remballer par la régulation et donc ils vont directement à l'hôpital. Paradoxalement moi pendant mes gardes je n'avais personne et des gens revenaient de l'hôpital chez moi car ils en avaient marre d'attendre. »*

Très peu néanmoins demandent le retour à l'ancien système, sans régulation, pour la plupart il s'agit d'une avancée majeure dans l'organisation de la PDS.

3.5.2 Un dialogue existant entre les différents acteurs de la permanence des soins

La PDS, telle qu'elle est organisée depuis 2003, suppose un partenariat de différents acteurs de culture différentes et l'existence d'un dialogue et de relations qui fonctionnent relativement bien.

- A) De bonnes relations avec les urgentistes des établissements de santé mais des divergences de point de vue

L'articulation de l'ambulatoire et de l'hospitalier est en développement. Cet enjeu est indiqué comme étant stratégique par tous les acteurs. Les médecins hospitaliers et libéraux déclarent avoir de bonnes relations, et estiment qu'un effort commun est indispensable pour la bonne marche du système de soins. Cependant, des différences de culture se font sentir dans les entretiens.

Les médecins hospitaliers évoquent la difficulté du transport systématique du patient en terme de coût, la mission de service public et le manque de moyens des services hospitaliers pour l'assurer. Un urgentiste affirme que le partage de la nuit est déjà assuré de fait par les hospitaliers, par carence de PDS ambulatoire, depuis plusieurs années.

Le médecin généraliste déclare avoir un devoir envers les patients mais pour beaucoup celui-ci s'arrête là où commence celui du service public hospitalier. Or, la frontière est difficile à placer et est variable selon les professionnels. D'autre part, les médecins généralistes libéraux se sentent désavantagés vis-à-vis de leurs confrères hospitaliers au

niveau des conditions de travail et de l'absence de repos récupérateur après les gardes. Ils revendiquent à ce titre un partage de la nuit : *« il y a une évolution favorable du travail entre hospitaliers et libéraux et c'est une obligation qu'ils prennent le relais après minuit »*.

Par ailleurs, le problème du partage des rôles n'est pas si simple. La nécessité d'une réponse adaptée au besoin n'en est pas l'unique enjeu. Ainsi, des médecins généralistes libéraux voient comme un avantage, pour certains établissements, l'activité de plus en plus importante des urgences. L'un d'entre eux déclare : *« Le problème avec les hospitaliers est qu'ils râlent parce qu'il y a trop de bobologie aux urgences mais en même temps ils ne veulent pas voir leur activité baisser car les urgences sont une source de financement et une porte d'entrée pour les patients vers d'autres services de l'hôpital »*.

B) Une préférence pour une régulation libérale

La qualité de la régulation est unanimement reconnue mais serait susceptible d'amélioration. En effet, une proportion résiduelle de visites injustifiées demeure selon les effecteurs.

Les médecins généralistes effecteurs interrogés font une distinction entre régulation hospitalière et libérale (Médigarde) avec une préférence pour cette dernière. Les régulateurs de Médigarde, médecins libéraux eux-mêmes, enverraient moins systématiquement de médecins en visite à domicile que le SAMU et auraient une meilleure compréhension des difficultés de leurs confrères sur le terrain.

Cette affirmation est contestée par le SAMU et par Médigarde qui estiment avoir des pratiques communes et partagées.

C) Des relations contrastées avec le CDOM

Pour la plupart des médecins interrogés, l'Ordre devrait être le principal responsable de la PDS. C'est également la position du CDOM.

Les médecins effecteurs valorisent son travail de terrain et sa connaissance du métier, en soulignant le contraste avec les pratiques et les objectifs supposés des services de l'Etat : *« On s'attend à ce que la préfecture intervienne, nous avons dit que l'ordre et les médecins restaient responsables de la PDS, mais là on a l'impression que les instances administratives dans la mesure où il y a des indemnisations vont redécouper les choses »*.

Pour d'autres, il existe une rupture de dialogue, les deux interlocuteurs (l'ordre et les médecins concernés) suggèrent d'ailleurs la DDASS comme médiateur d'une reprise des échanges.

La question des exemptions, parfois qualifiées *« d'exemption de complaisance »* par des médecins de terrain, est également un thème de dissensions. Un médecin effecteur,

réalisant ses gardes s'interroge : *« J'aimerais qu'on m'explique comment on peut remplir les conditions d'exemption mais être quand même apte à travailler dans son cabinet ».*

A ce sujet, un représentant de l'ordre estime que : *« nous étions plus larges avant, on les accordait presque systématiquement. Mais depuis les réquisitions les demandes augmentent et on est plus stricts si on les accordait toutes la PDS ne serait plus possible. D'après le code de déontologie, l'âge peut être un critère d'exemption mais il n'y a pas d'indication de limite, l'ordre sur la Meurthe-et-Moselle se base sur 60 ans, au delà on accorde plus facilement une exemption. On refuse de faire des différences entre les hommes et les femmes, la seule exception est pour la grossesse et l'allaitement ».*

D) L'intervention de l'Etat nécessaire pour certains et insupportable pour d'autres

Les médecins hospitaliers et certains médecins libéraux reconnaissent que l'intervention de l'Etat est nécessaire pour coordonner l'ensemble de professionnels travaillant isolément : *« c'est la seule solution pour faire bouger les toubibs ».* L'état pallierait la carence des autres acteurs organisant la PDS : *« L'intervention de l'Etat est nécessaire à cause de l'implication insuffisante de l'Ordre pour qui l'organisation de la PDS devrait être une mission et à cause du manque d'autorégulation des médecins libéraux. »*

D'autres soulignent que le paiement des astreintes et des consultations majorées sur des fonds publics justifient pleinement le rôle décisionnaire de l'Etat dans la définition de la sectorisation et dans le contrôle des recours au médecin : *« si des visites sont injustifiées cela pose un problème »*

Mais cette intervention se heurte à la culture libérale des médecins. Ils ont l'habitude de s'organiser entre confrères et se sentent, en tant qu'effecteurs de terrain, seuls responsables et compétents pour évaluer les besoins de la population et la meilleure manière d'y répondre : *« Nous sommes responsables, nous sommes organisés contre l'avis du Préfet, de la DDASS et de l'ordre qui au départ voulaient d'autres secteurs. C'était absurde. »*

Ils réclament un poids plus important dans les décisions concernant la PDS, pour lesquelles ils se sentent à la fois légitimes et compétents : *« l'Etat est incompetent dans l'organisation de la PDS, il est à distance du terrain, il est incapable de rencontrer des personnes de terrain. Je trouve insensé d'organiser la PDS sans nous. On ne nous a pas demandé notre avis mais le fait de venir aujourd'hui c'est déjà le début du dialogue. Il a peut être un rôle à jouer comme coordonnateur. »*

D'autre part ils sont inquiets d'une organisation préfectorale privilégiant une optique d'économie au détriment du patient et du médecin.

Des organisations particulières des gardes ont d'ailleurs été envisagées ou testées sans que la DDASS soit associée ou simplement informée de ces projets.

3.5.3 Des discussions autour des organisations particulières

A) Les Maisons Médicales de Gardes

La création d'une MMG est une solution pour certains, puisqu'elle diminue le nombre de déplacements. Sur le département, deux MMG existent et une est en projet. Par contre, d'autres expériences, avec un local à l'hôpital, ont échouées, notamment du fait d'incompréhensions entre urgentistes et libéraux.

Par ailleurs, les MMG sont controversées et ne sont pas toujours pertinentes aux yeux des professionnels interrogés. Au niveau des conditions de travail : *« ça ne résoudra pas le problème des longues distances, nous, on est appelé en visite et la MMG ne résout pas le problème des visites », « pas de MMG en projet, nous avons pour la plupart nos cabinets dans nos maisons donc on préfère attendre nos patients pendant 3 heures chez nous »*. Et au niveau des finances publiques *« il est moins onéreux que le médecin de garde se déplace chez la personne que ce qu'on transporte la personne à la MMG »*.

Souvent mise en avant comme la solution idéale aux problèmes de PDS, la MMG montre donc ses limites. Le ressenti des médecins, les échecs de plusieurs expériences, ajoutés aux données concernant les deux MMG existantes (cf. 2.1.2 B) semblent infirmer partiellement l'hypothèse de départ selon laquelle le département manque de ce type structure pour faciliter la PDS de ville.

La MMG peut être une solution à des difficultés, mais doit être envisagée avec prudence, au cas par cas.

Il y a un seuil d'activité critique, impliquant l'installation de cette structure en lieu accessible pour de nombreux patients. Cela exclu la plupart des zones rurales. De plus, la MMG doit correspondre à un besoin réel de la population et non une offre de service supplémentaire comme semble l'être les Bains Douches en semaine sur Nancy. De plus la MMG ne supprime pas les visites à domicile, certaines personnes ayant des difficultés de déplacement. Elle suppose donc un deuxième effecteur d'astreinte pour les visites à domicile indispensables.

Enfin, la mise en place d'une MMG nécessite que non seulement le projet ait l'adhésion des effecteurs mais surtout qu'ils en soient les initiateurs. Par contre la DDASS, et donc l'IASS, peut avoir un rôle de médiateur (exemple entre hôpital et médecins libéraux) pour aplanir les difficultés (exemple : recherche de local), et de conseil et d'appui technique (dans la construction du projet avec l'évaluation des besoins, sa pertinence, la recherche des financements...).

B) Les regroupements

Des regroupements de secteurs sont en projet ou ont déjà été réalisés de fait par les médecins eux-mêmes. Mais ce n'est pas sans difficultés. En effet, d'après les entretiens, deux conceptions antagonistes du secteur de garde idéal s'affrontent :

- Des médecins préfèrent un grand secteur avec des gardes peu fréquentes et un bon niveau d'activité rémunérateur et donc une plus forte attractivité pour des remplaçants : *« les gardes sont trop fréquentes un plus grand secteur permettrait de les espacer »*.
- A l'inverse, d'autres sont favorables à un petit secteur à faible activité moins rémunérateur (au niveau des actes) et avec moins de déplacements. Une fusion des secteurs alourdirait les conditions des gardes, *« le problème des distances se pose »*, et en terme d'activité : *« on a quand même de fortes charges de travail, donc il me paraîtrait incongru de faire de gros secteurs de garde avec de grosses activités le week-end »*.

L'IASS doit donc envisager les conditions de chaque secteur selon les indicateurs d'activité, de densité médicale et de distance d'intervention afin de mesurer les impacts d'éventuels regroupements à la fois sur les conditions de travail du médecin, mais aussi sur l'accès du patient aux soins ambulatoires.

Mais il doit également échanger avec les effecteurs concernés, qui peuvent avoir des conceptions très variables des conditions optimales de gardes pour une même situation.

C) Le cabinet tournant en zone rurale

Les particularités des zones rurales sont soulignées par les médecins régulateurs et les médecins effecteurs dans ces zones : peu de médecins, des gardes fréquentes, et une population plus âgée et espacée qui se déplace moins facilement. L'organisation doit être adaptée à ces facteurs. La MMG comme un lieu fixe, sur un grand secteur peut être très éloignée des médecins et des patients. En effet, comme le souligne un médecin d'un secteur rural : *« En zone rurale, en raison de la faible activité c'est plutôt un cabinet de garde tournant qui est pertinent, les gens se déplacent quand ils le peuvent vers le médecin. Un médecin en plus peut assurer les visites lorsque le patient ne peut pas se déplacer. Cela suppose un regroupement pour qu'il y ait suffisamment de médecins »*.

D) L'existence de zones interdépartementales

La problématique interdépartementale est également abordée. Des rattachements de communes des autres départements, et inversement, sont demandés en raison d'une patientèle résidant sur le département voisin. L'existence de SAMU départementaux compliquerait la PDS de certains secteurs : *« C'est un secteur rural à 42km du 1^{er} SAMU »*

54 mais à 30km du SAMU mosellan dans la journée on jongle avec les 2 mais la nuit les gens comprennent mal la régulation du SAMU 54 ».

En conclusion, des expériences d'organisations particulières de la PDS sont possibles. Mais la DDASS n'est pas toujours au fait des souhaits des médecins, des pratiques de terrain ou encore des projets en cours. Cela est source d'incompréhension et peut freiner les tentatives d'organisations innovantes dynamiques et volontaires des médecins effecteurs qui auraient pu bénéficier d'une reconnaissance et d'un soutien de la DDASS.

3.6 Des perceptions diverses des possibilités d'amélioration

Les différents acteurs de la PDS ont des perceptions très diverses voir contradictoires de la PDS « idéale ».

Néanmoins des possibilités d'amélioration paraissent envisageables :

- Des regroupements de secteurs sont réalisables pour diminuer la fréquence des gardes, en tenant compte des distances et d'une éventuelle surcharge d'activité.
- L'amélioration de la rémunération pourrait relancer le volontariat et rendre les gardes plus attractives pour les remplaçants. Son impact est néanmoins limité.
- Le transport des patients jusqu'au cabinet représente pour les effecteurs l'idéal d'un fonctionnement avec peu de visites à domicile mais serait difficilement envisageable selon les représentants de l'Assurance maladie et les hospitaliers.
- La régulation peut être améliorée avec un travail sur les motifs d'envoi du médecin en consultation et étendue aux effecteurs non couverts.
- L'éducation des patients permettrait de limiter le recours abusif au médecin et aux urgences pendant la PDS.
- Les particularités des zones rurales et la problématique interdépartementale appellent une redéfinition des secteurs et des organisations particulières à construire au cas par cas.
- Une articulation avec l'hôpital avec un partage de la nuit est plébiscitée par tous les médecins généralistes libéraux et le CDOM.

Les médecins urgentistes se disent prêts à prendre le relais. Ils conditionnent néanmoins cette participation à l'analyse de l'impact de cette reprise d'activité sur l'établissement comme des dépassements de la capacité d'hospitalisation en courts séjours⁸⁵, et à l'obtention de moyens humains supplémentaires.

⁸⁵ En dehors du problème du transport du patient vers les urgences, se pose celui de son retour, qui n'est pas assuré par l'ambulance de garde ou le SDIS. Prenons l'exemple d'une personne âgée, elle arrive aux urgences à 20h avec une prise en charge d'une 1h mais elle ne peut pas rentrer seule chez elle et il n'y a pas d'ambulance disponible avant minuit : la personne est hospitalisée. Il y a alors une facturation qui n'a pas lieu d'être de part l'état de santé du patient et la

Par contre, le représentant du SAMU a émis de fortes réserves en terme de baisse de la qualité de prise en charge et de surcoût :

« Si un appel nécessite une visite mais que le patient ne peut pas se déplacer, on est alors obligé de demander une ambulance. Or il n'y a qu'une seule ambulance privée par secteur. Donc la personne devra attendre que l'ambulance de garde soit disponible, ou le régulateur estimera que l'attente n'est pas possible et il enverra alors les sapeurs pompiers au titre de la carence ambulancière ».

Une trop forte sollicitation du SDIS pour ce transport pourrait de plus induire un risque de désorganisation de ce service, un surcoût du transport et d'une prise en charge aux urgences alors que l'état du patient ne nécessitait qu'une simple visite d'un médecin.

- La création de MMG est soutenue essentiellement par les médecins des zones urbaines, partisans d'un local dans ou à proximité de l'hôpital :

« Refaire une consultation à l'hôpital car c'est là où les gens vont : une MMG entre 20h et 24h avec peut être un deuxième médecin pour assurer les visites »

- L'existence même d'une PDS est mise en question par certains effecteurs.

Pour eux, c'est la notion même de PDS qu'il faudrait supprimer. Le motif de consultation d'un médecin généraliste autour du concept d'urgence fait débat :

« Je considère que certaines consultations peuvent attendre, si c'est urgent alors c'est le SAMU », la PDS serait alors sans objet ni légitimité.

- Une organisation comme SOS Médecins est plébiscitée par les effecteurs comme une la garantie idéale de la PDS.

Mais, selon ces derniers, SOS Médecins ne se conçoit que sur une grosse agglomération, avec une forte densité et activité. Cette organisation est ainsi impossible à installer en zone rurale où le financement par l'activité ne pourrait être assuré.

- Enfin cette nouvelle organisation nécessite une phase d'expérimentation suivie d'une évaluation.

En conclusion, ces avis très partagés indiquent la nécessité pour l'inspecteur et le MISP d'étudier au cas par cas la situation de chaque secteur et les propositions des médecins locaux : une solution idéale pour les uns n'est pas reproductible à l'ensemble du territoire. Parallèlement, la diversité des aspirations des médecins apparaît comme un facteur limitant la concertation avec les représentants des médecins effecteurs.

monopolisation d'une place en court séjour, ce qui peut conduire rapidement à une saturation de la capacité d'accueil de l'établissement

4 PROPOSITIONS D'AMELIORATION

Le croisement des données quantitatives (partie 2) et qualitatives (partie 3) m'a permis de faire des propositions de réorganisation de la PDS. Certaines ont été retenues après avis favorable du CODAMUPS, et des effets en sont déjà visibles. D'autres sont en réflexion.

4.1 Pistes d'amélioration déjà retenues

Le cahier des charges relatif à l'organisation de la PDS et la nouvelle sectorisation, fixés par l'arrêté du 9 août 2005⁸⁶ ont été réalisés à partir de différentes données, dont celles analysées en partie 2 et 3.

4.1.1 Les regroupements réalisés après avis du CODAMUPS du 8 juillet 2005

Les propositions de regroupement de secteurs sont basées sur 3 indicateurs concertés (cf. Annexe 5) :

- les données d'activité du SAMU et de Médigarde en 2004 sur le nombre d'envois de médecins généralistes en visite par la régulation pendant la PDS par secteur,
- le nombre de médecins généralistes disponibles pour les gardes dans les différents secteurs, et la densité médicale (cf. 2.2)
- le délai d'intervention, en mesurant le temps de déplacement entre les deux communes les plus éloignées (référence du site internet Mappy),

Les résultats des entretiens énonçant les regroupements comme une piste d'amélioration ont également été pris en compte au cas par cas. L'avis des médecins effecteurs était aussi reflété par la participation de l'URML et du CDOM aux groupes de travail étudiant les propositions de sectorisation.

A l'occasion de ces réunions de travail de fin mai à juin⁸⁷, 12 regroupements ont collectivement été envisagés sur la base des indicateurs ci-dessus (cf. Annexe 6). Ils ont reçu un avis favorable du CODAMUPS le 8 juillet 2005.

Un regroupement partiel est envisagé pour les secteurs 22, 23 et 24, individualisés en semaine, et regroupés le week-end, conformément au souhait des médecins du secteur. Cette décision est confortée par le constat des faibles densités de la population et densité médicale sur le secteur 22, le regroupement permet aux médecins d'effectuer des astreintes moins souvent.

⁸⁶ PREFECTURE DE MEURTHE-ET-MOSELLE, 2005. Arrêté DDASS/AES n°2314 du 9 août 2005.

⁸⁷ Lors de ces groupes de travail, étaient conviés : un représentant de l'URML, du CDOM, du SAMU, de Médigarde, de SOS Médecins, de la MRS, des CPAM et des directeurs des établissements de santé reconnus site d'urgence.

A l'inverse des regroupements en semaine, suggérés par les niveaux d'activité (cf. 2.1.1 B) n'étaient souhaités ni par les effecteurs, ni par les institutionnels et n'ont donc pas été envisagés. 15 secteurs sur 43 ne font l'objet d'aucun regroupement.

La nouvelle sectorisation fixe 28 secteurs de PDS en semaine et 26 les week-ends (cf. Carte en Annexe 6) au lieu des 43 secteurs figurant dans l'arrêté du 22 décembre 2003 (cf. Carte en Annexe 3).

D'autres dispositions inscrites par le décret du 7 avril 2005 devraient permettre un assouplissement de l'organisation de la PDS.

4.1.2 L'expérimentation du partage de la nuit sur un secteur du nord

A la demande des médecins du secteur, un relais de la PDS à minuit est organisé avec le service d'urgence de l'hôpital, sur un secteur pour lequel la PDS n'était assurée que par réquisitions depuis juillet 2004.

A titre expérimental sur une période de trois mois la PDS durant la nuit est organisée de la façon suivante sur le secteur 71 :

- Entre 20h et minuit, la permanence est assurée sur la base du volontariat par un médecin libéral généraliste du secteur.
- Entre minuit et 8h, les urgences du Centre hospitalier assurent le relais de la permanence des soins ambulatoires, le médecin effecteur restant joignable pour les situations exceptionnelles visées ci-dessous.

Cette organisation est envisagée avec l'accord de la direction de l'établissement et des médecins généralistes du secteur. Elle se justifie par la faible activité entre minuit et 8h, le relais à minuit ne pouvant être mis en place qu'en cas d'activité très faible sur cette période afin que les services d'urgences puissent l'absorber.

Toutefois, ce relais n'est pas total, une possibilité minimale de recours aux médecins généralistes libéraux reste nécessaire, ainsi que l'avait signalée le représentant du SAMU (cf. 3.6). Le cahier des charges prévoit donc qu'en cas d'augmentation des besoins de la population (épidémies, période hivernale de novembre à février, plan spécifique type plan canicule), ou de circonstances exceptionnelles rendant indispensable une visite à domicile mais ne nécessitant pas une hospitalisation⁸⁸, le médecin généraliste de permanence restera d'astreinte également entre minuit et 8h afin d'apporter une réponse aux besoins de la population.

⁸⁸ Ces cas sont énumérés dans le cahier des charges : enfant malade avec parent unique ne pouvant se déplacer avec sa famille vers la structure d'urgence, situation médicale d'une personne âgée nécessitant un soin à domicile et non pas un transfert vers les urgences, décès survenant au domicile et nécessitant une constatation médicale.

4.1.3 La modulation selon les périodes de l'année et les horaires

La période de forte activité, entre novembre et février (cf. 2.1.1 B), bénéficie d'une organisation de la PDS distincte du reste de l'année avec la possibilité pour le préfet de recourir à plusieurs médecins de garde sur un secteur. Par ailleurs, la sectorisation devra pouvoir être adaptée en fonction des besoins sanitaires de la population en cas d'épidémies, afflux de population, catastrophes naturelles. Dans une situation de forts besoins de soins ambulatoires, des médecins de seconde intention peuvent être désignés. Selon l'arrêté du 12 décembre 2003, ces situations particulières justifient que la PDS en médecine ambulatoire soit assurée par plusieurs médecins.

Le recours à ces médecins de seconde intention sera déclenché en cas d'épidémie suite à l'analyse d'indicateurs relatifs aux besoins de soins de la population (gravité de l'effet sanitaire, nombre de cas avérés, taille de la population exposée, potentiel d'évolution rapide de la maladie) ou en cas d'application de plans spécifiques.

Par ailleurs, sur un secteur, après analyse des besoins de la population, concertation entre les différents acteurs de la PDS, accord des établissements et avis du CODAMUPS, une organisation nocturne différente pourrait être envisagée, identique à celle expérimentée sur le secteur 71 (cf. 4.1.2).

4.1.4 Les rattachements de communes et l'interdépartementalité

Ces rattachements sont justifiés par le souci d'obtenir des secteurs cohérents selon les pratiques des médecins facilitant l'accès aux différentes communes et renforçant ainsi la sécurité de la population. Le secteur 85 est partagé entre un secteur mosellan et le secteur 84 et 2 médecins meusiens rejoignent la PDS de Meurthe-et-Moselle afin de correspondre aux pratiques des médecins et aux habitudes des patients.

4.1.5 Un point d'étape prévu à 6 mois

Un point d'étape avec les médecins responsables de secteur est prévu après 6 mois de mise en œuvre de cette organisation. Il devrait permettre la réalisation des ajustements nécessaires. La DDASS a réalisé des regroupements géographiques théoriques sur la base d'indicateurs concertés et le ressenti des acteurs de la PDS, mais seule la pratique par le médecin effecteur permet d'en conforter la pertinence.

4.2 Les conséquences visibles en novembre 2005

Les nouvelles dispositions concernant la PDS ayant été arrêtées pendant la période des vacances estivales, leur mise en œuvre a été décalée au 1^{er} octobre 2005 afin que l'ensemble des médecins en soient informés et les appliquent au même moment. Néanmoins les conséquences du travail de réflexion et de concertation autour de la PDS étaient déjà visibles à la suite de la réunion du CODAMUPS du 8 juillet 2005.

4.2.1 Une permanence des soins assurée sur l'ensemble du territoire

A) La fin partielle des réquisitions

A la suite du CODAMUPS, les réquisitions de médecins généralistes ont totalement cessé jusqu'à la mi-septembre, notamment dans les secteurs du nord du département pour lesquels le recours aux réquisitions était chronique.

B) Une reprise du dialogue et de la concertation

Cette fin des réquisitions, avant même la mise en œuvre du nouveau dispositif pourrait être en partie due à la reprise du dialogue entre médecin effecteurs et les services de la DDASS. En effet, un des regrets des médecins interrogés lors des entretiens était l'absence de consultation. Or pour préparer le CODAMUPS de juillet, les médecins ont été impliqués dans la réflexion, avec des échanges téléphoniques, de courrier, et les entretiens. Ce facteur peut être une des causes de l'amélioration constatée. Il serait certainement nécessaire de les impliquer davantage, par exemple dans les groupes de travail préparant le cahier des charges et la sectorisation.

C) Une limitation des dépenses générées

Cette nouvelle sectorisation a réalisé des économies (cf. Annexe 7). La MRS a estimé le coût du paiement de l'astreinte selon la nouvelle tarification en comparant l'effet de la resectorisation sur les 4 départements lorrains. La Meurthe-et-Moselle est celui qui a réalisé le plus de fusions de secteurs et donc le plus d'économie. Il a aujourd'hui le coût moyen de l'astreinte par habitant le plus bas⁸⁹ : 2.48€ contre 3.04€ en Moselle (département similaire en densité et en superficie), 5.91€ dans les Vosges et 6.32€ en Meuse (départements plus ruraux).

Ces constats positifs doivent néanmoins être nuancés.

4.2.2 Mais des difficultés d'adhésion persistantes

Depuis la mi-septembre, des réquisitions sont ponctuellement nécessaires, mais il s'agit de situations individuelles de refus de garde et non d'un refus collectif, donc sans commune mesure avec la situation entre 2004 et 2005.

On peut constater au 1^{er} octobre qu'un seul secteur (81) manque de médecins volontaires pour les gardes et est de nouveau soumis à réquisition, après un fonctionnement assuré normalement pendant plusieurs semaines. Ce secteur a fait l'objet d'un regroupement, solution qui ne semble pas satisfaire les médecins effecteurs. Lors des entretiens, cette possibilité avait pourtant été évoquée par un des médecins responsables des secteurs

⁸⁹ Seule le forfait de l'astreinte est prise en compte dans ce calcul.

concernés. Cela montre la limite de la méthode employée : les entretiens ne permettaient pas de recueillir l'avis de tous les effecteurs, même si les responsables de secteur pouvaient en avoir une représentation et s'en faire le relais. D'autre part, l'expérience en pratique et non théorique de la fusion peut soulever des problèmes pratiques non envisagés (exemple : état des routes, difficultés relationnelles avec certains collègues...).

Par ailleurs, l'expérimentation du partage de la nuit (cf. 4.1.2) a échoué, en dépit d'une concertation préalable. Depuis juillet 2005, les médecins sur le secteur 71 assuraient de nouveau les gardes volontairement mais soit jusqu'à minuit comme le stipule l'expérimentation, soit en nuit complète. Cette variabilité a conduit la DDASS à demander formellement l'accord des médecins en septembre pour réaliser l'expérimentation avec tous les acteurs, débouchant sur un refus : les médecins sont d'accord avec l'idée de relais à minuit, mais tous sauf un rejettent le principe de rester joignables en cas de déplacement inévitable.

En dépit de cet échec, 16 autres secteurs suite au CODAMUPS ont entrepris des démarches auprès de la DDASS pour bénéficier de ce type d'expérimentation. Ce souhait devra faire l'objet d'une analyse de la situation par l'inspecteur en charge du dossier, comme pour le secteur 71.

4.2.3 Un impact négatif de la revalorisation financière des astreintes sur les souhaits de regroupement de secteurs

Des regroupements de secteurs pourraient être remis en cause par certains effecteurs à la suite de l'augmentation du forfait rémunérant l'astreinte. En effet, cela rend les gardes sur les petits secteurs à faible niveau d'activité plus attractives pour les professionnels.

4.3 Les autres pistes d'amélioration

Le croisement des données et les premiers constats d'impacts m'ont également permis de formuler d'autres pistes d'amélioration possibles.

4.3.1 Une concertation élargie aux médecins effecteurs

La sectorisation doit tenir compte des spécificités locales et être réfléchie en concertation avec les acteurs de terrain pour être pérenne. En effet, les entretiens avec les différents professionnels reflètent une grande diversité de points de vue, parfois même antagonistes entre médecins hospitaliers et libéraux mais également entre les médecins généralistes effecteurs de terrain. La concertation doit tenir compte de cette diversité et de cette difficulté de trouver des interlocuteurs représentatifs de l'ensemble des acteurs. Cet obstacle pourrait être contourné en réalisant des enquêtes ponctuelles auprès des effecteurs pour recueillir leur avis. Cela peut être réalisé de façon informelle par de courts échanges téléphoniques afin de ne pas être trop chronophage pour les médecins.

La spécificité des situations, très variables selon les acteurs et les secteurs, ne peut être prise en compte qu'avec la mise en place d'un système d'information permettant la réactivité des décideurs.

4.3.2 Un système d'information à mettre en place

Le cahier des charges préconise une évaluation. Cela nécessite la mise en place d'un système d'information, qui n'est actuellement pas formalisé, entre tous les partenaires sur l'activité lors de la PDS non seulement des effecteurs mais aussi de tous les acteurs en lien avec celle-ci : encombrement des sites d'urgences, recours au SDIS....

Une analyse fine des données des 9 sites d'urgences serait nécessaire afin d'établir leur degré d'engorgement, avec notamment l'étude de la classification en CCMU des passages qui permettrait de mesurer le nombre d'urgences « vraies » et celles relevant plutôt de la PDS ambulatoires.

Par ailleurs, la création d'un répertoire opérationnel des ressources disponibles et mobilisables, pour les différents acteurs et surtout les régulateurs, peut rendre le dispositif plus lisible et faciliter l'emploi du moyen adapté à la demande. Cet outil indiquerait les modalités de fonctionnement et d'accès des ressources et serait actualisé.

La circulation de l'information sera d'autant plus facilitée par la réunion des acteurs les plus concernés comme par exemple les membres du sous-comité médical.

4.3.3 Des réunions du sous comité médical et de groupe technique de travail

La circulaire du 12 avril 2005 préconise de réunir régulièrement le CODAMUPS et son sous-comité médical.

L'idéal serait la réunion mensuelle du sous-comité médical, afin de faciliter les remontées d'informations, le partenariat, le suivi du dispositif et la réactivité à répondre aux éventuels dysfonctionnements.

Etant donné le manque de MISP sur la Meurthe-et-Moselle, il semble que dans ce cas, la tenue de réunion de groupe technique de travail animé par le IASS responsable du dossier peut suppléer à des sous-comités médicaux mensuels, pour arriver à une fréquence semestrielle.

La composition des groupes, déjà réunis en juin⁹⁰, devrait être élargie à des représentants des médecins responsables de secteurs, des syndicats de médecins, des associations de PDS et des usagers pour une vision plus pratique du sujet.

⁹⁰ Lors de ces groupes de travail, étaient conviés : un représentant de l'URML, du CDOM, du SAMU, de Médigarde, de SOS Médecins, de la MRS, des CPAM et des directeurs des établissements de santé reconnus site d'urgence.

4.3.4 La promotion d'organisations spécifiques au contexte local

Concernant les problèmes de désertification ou de fragilisation de la démographie médicale sur certaines zones (sud du département) et en l'absence de pouvoir de planification des installations de médecins, cette question relève de la compétence de la MRS, en articulation avec le travail du Comité régional d'observation de la démographie des professions de santé.

En dehors des aides financières, la promotion des cabinets secondaires pour les zones rurales, notamment par l'URCAM, pourrait remédier partiellement à cette désertification mais ne répond que partiellement au problème de la PDS. Les médecins accepteraient-ils d'assurer la PDS sur le secteur de leur cabinet secondaire ?

Le système du cabinet tournant pourrait être envisagé sur les secteurs les plus ruraux, comme le secteur 46. Sur ce type de grand secteur, à la population vieillissante, la problématique des visites à domicile est prégnante, le développement de transport des patients au moyen de taxis vers les médecins pourrait être étudié avec l'assurance maladie.

D'autres acteurs que les médecins généralistes libéraux pourraient être sollicités comme les spécialistes et les kinésithérapeutes, chacun sur ses compétences. La participation des médecins miniers est en projet en Meurthe-et-Moselle. Elle permet l'arrivée de 5 médecins, et de leur patientèle, sur les secteurs du nord dans le dispositif de PDS. Les effets de cette participation restent à mesurer.

D'autre part pour les zones rurales ou sous-médicalisées, il serait pertinent de solliciter davantage des professionnels paramédicaux et les SSIAD. La définition de protocoles de recours aux soins non programmés avec ces professionnels pourrait permettre de différer le recours à un médecin tout en assurant une réponse à l'utilisateur en détresse.

4.3.5 Une régulation fonctionnelle mais perfectible

La régulation devrait être étendue à l'ensemble des acteurs : les MMG et SOS Médecins. Ces derniers disposent d'un système interne de régulation, néanmoins pour plus de cohérence, tous les appels devraient être régulés par les mêmes acteurs. Mais cela nécessiterait peut-être des moyens supplémentaires de régulation, car SOS médecins a beaucoup d'appels. Il faudrait comparer le coût des visites « non justifiées » au titre de la PDS de SOS Médecin et des MMG avec le coût de l'activité de régulation supplémentaire avant de mettre en place ce projet. La préconisation de la MRS de mutualiser les moyens de régulation sur la région pourrait également être envisagée dans ce cadre.

A défaut d'un passage systématique par les régulateurs officiels, la mise en place de procédures communes entre eux et les autres régulations (SOS Médecins ou MMG) devrait permettre la définition précise des motifs d'envois de médecins en consultation au domicile du patient. Le système de régulation serait plus homogène. Cela donnerait une

meilleure lisibilité et une meilleure compréhension des décisions de la régulation, qu'elle soit libérale ou non, pour les médecins effecteurs.

4.3.6 Une clarification des rôles des organisateurs de la permanence des soins

Les compétences de la MRS, de l'Ordre des Médecins et de la DDASS sont fixées par les textes. Néanmoins, elles ne sont pas pourtant toujours très claires sur le terrain (cf. 2.1.3). Le CDOM a un rôle central de médiateur avec les médecins effecteurs de terrain, il relève de sa compétence de négocier avec ces derniers la complétude des tableaux de garde. Dans ce cadre, la DDASS ne devrait être sollicitée qu'en dernier recours, pour l'obtention de réquisitions.

Le travail en collaboration, et donc synchronisé, avec la MRS doit apporter une complémentarité et une cohérence de la gestion du dossier de la PDS entre le niveau départemental et le niveau régional et une harmonisation des organisations de la PDS entre les départements. Enfin la vision de la MRS permettrait d'éclairer différemment la question des secteurs interdépartementaux, pour lesquels des difficultés ont déjà été signalées.

Le rôle de chacun devrait être redéfini localement. Le travail d'organisation de la PDS devrait être réalisé avec plus de coordination et de coopération entre ces partenaires afin d'éviter les doublons, les retards calendaires et nourrir ainsi une réflexion partagée.

4.3.7 L'éducation du patient à mettre en place

Il s'agit à la fois d'informer les usagers sur le système de garde ambulatoire existant, afin d'éviter un encombrement des urgences par défaut de connaissance ou des difficultés d'accès au médecin de garde, et d'en permettre l'utilisation raisonnée.

Sans définir de façon exhaustive et impérative les motifs des recours au médecin pendant la PDS, il semble qu'un travail de réflexion sur l'objectif de la PDS et d'éducation peut être effectué, non seulement avec les acteurs de la PDS mais auprès de la population. Différents acteurs peuvent être sollicités.

Le SAMU et les services des urgences ont un rôle d'information, de conseil et d'orientation de leurs patients sur le système de PDS de ville. Mais, les médecins effecteurs restent le principal et le plus pertinent des relais avec les patients.

Il est également possible de solliciter l'Education nationale, les collectivités territoriales et des associations ou structures réalisant des projets en santé publique pour mettre en oeuvre ce type d'action d'information et d'éducation pour la santé sur le territoire. Par ailleurs, ce travail doit se réaliser en lien avec les initiatives déjà existantes de

Médigarde⁹¹ et de la MRS qui prévoit de réaliser un plan de communication sur le bon usage du recours aux soins pour une demande de soin en urgence et une information sur le dispositif de PDS. Enfin la presse locale est un excellent vecteur pour la diffusion au public des possibilités d'accès aux soins pendant la PDS.

4.3.8 Une meilleure prise en compte des attentes de l'utilisateur

Les besoins de l'utilisateur et sa satisfaction en matière de PDS devraient être plus finement évalués. Le niveau des besoins réels de soins ambulatoires ne peut pas être appréhendé uniquement par le biais d'indicateurs de consommation de soins. En effet, une partie des besoins réels peut ne pas recevoir de réponses et n'impliquer aucune consommation. A l'inverse une partie de la consommation de soins peut correspondre à des besoins non justifiés dans le cadre de la PDS.

La nouvelle sectorisation de la PDS a regroupé des secteurs de faible activité permettant de diminuer la fréquence des gardes pour les médecins et de relancer une dynamique de volontariat. Mais si une réponse en soins ambulatoires est ainsi garantie sur ces secteurs, quels sont les impacts de ces regroupements sur la qualité de la PDS et son accessibilité pour les usagers?

Ainsi deux nouveaux secteurs, 51 et 46, sont particulièrement grands. Un bilan après un an de fonctionnement devra être réalisé avec une attention particulière à certains indicateurs : les éventuels délais d'attentes des patients, leur satisfaction vis-à-vis de ce dispositif et l'évolution du nombre de transports aux urgences.

Les usagers sont représentés au CODAMUPS, mais cette seule participation à l'organisation de la PDS semble limitée. En effet, le CODAMUPS n'est pas le lieu propice pour une dynamique d'échanges nourrissant la réflexion du travail réalisé plus en amont. D'autre part on peut se demander qui est le plus à même et le plus légitime pour représenter les usagers de la PDS. Cette question se pose dans tout le secteur sanitaire et social et plus particulièrement pour la PDS. En effet, il n'y a pas en Meurthe-et-Moselle d'association d'usagers sur le thème des urgences ou de la PDS.

Cette absence d'implication des usagers me paraît renforcer le rôle de l'IASS dans sa mission de défense de l'intérêt général et de planification avec la prise en compte des besoins en santé publique et des réponses appropriées qu'il convient d'apporter.

⁹¹ Médigarde a réalisé des affichettes d'information à destination des cabinets médicaux avec le numéro de Médigarde et les possibilités de recours aux soins ambulatoires pendant la PDS.

CONCLUSION

En Meurthe-et-Moselle, des dysfonctionnements et le recours chronique aux réquisitions sur 5 secteurs, indiquaient qu'en dépit d'avancées l'organisation de la PDS, en place depuis 2003, méritait d'évoluer.

Il est apparu que les freins à la PDS sont multiples et varient selon les secteurs et les professionnels. S'il n'est pas possible, et ne relève pas de la compétence des services déconcentrés, de répondre à toutes ces limites, notamment celles concernant la libre installation des médecins ou leurs conditions d'exercice, des solutions organisationnelles peuvent néanmoins être apportées dans la perspective de relancer la dynamique du volontariat des médecins généralistes libéraux.

Des axes d'amélioration ont été choisis en fonction de la situation de chaque secteur : redéfinition et mutualisation des secteurs, expérience du relais avec les services d'urgences et modulation selon les périodes et les horaires.

Ainsi, une organisation et une sectorisation concertées entre les différents partenaires sont à la base de l'actuel dispositif de PDS et permettent de garantir l'accès aux soins ambulatoires en tout point du territoire.

Toutefois, si le volontariat a été en partie relancé, la situation de la PDS de ville en Meurthe-et-Moselle demeure en équilibre précaire. D'autres pistes d'amélioration doivent être envisagées après un premier point d'étape avec les médecins effecteurs. L'implication de ces derniers dans la réflexion autour de la PDS doit être favorisée afin d'obtenir un dispositif en phase avec les réalités locales de terrain et leurs souhaits.

Les relais ou les partenariats entre hôpital et médecine de ville sont appelés à se développer, que ce soit pour le partage de la nuit ou pour faciliter la mise en place de MMG adossées à des services d'urgences ou des hôpitaux locaux. Des organisations particulières, notamment sur les zones rurales, sont à construire au cas par cas.

L'usager reste peu impliqué dans l'évaluation et la conception d'un service qui lui est destiné et devrait être informé sur le bon usage des urgences et du dispositif de PDS. Associée à une régulation de tous les effecteurs selon des procédures partagées, l'éducation sur les motifs de recours aux soins devrait alléger la charge de travail pendant les gardes et permettre aux professionnels de santé de répondre de façon graduée et adéquate aux besoins de soins non programmés.

Enfin, la place des différents acteurs et organisateurs de la PDS doit être clarifiée pour travailler en concertation et en complémentarité.

Dans ces perspectives, l'inspecteur, en tandem avec le MISP, joue un rôle de coordonnateur et parfois de médiateur entre les différents acteurs de la PDS. Ce positionnement est d'autant plus nécessaire dans cette thématique où se joue l'égalité d'accès aux soins pour tous et en tout point du territoire.

Sources et Bibliographie

Textes :

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1986. – Loi n°86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, *Journal Officiel de la République française*, 7 janvier 1986, 327.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la Sécurité sociale, *Journal Officiel de la République française*. 24 décembre 2002.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI, 1987. Décret n°87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires. *Journal Officiel de la République française du 1er décembre 1987*, 13997.

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'EMPLOI, 1987 - Décret n°87-1005 du 16 décembre 1987 relatif à l'organisation et aux missions des unités participant au service d'aide médicale urgente. *Journal Officiel de la République française du 17 décembre 1987*, 14693.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE. Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant Code de déontologie médicale. *Journal Officiel de la République française n°209 du 8 septembre 1995* 13305.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence modifiant le code de santé publique. *Journal Officiel de la République française du 16 septembre 2003*, 15863-15864.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifie l'article 77 du Code de Déontologie Médicale. *Journal Officiel de la République française du 16 septembre 2003*, 15864.

MINISTERE DES SOLIDARITES DE LA SANTE DE LA FAMILLE, 2005. Décret n° 2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence modifiant le code de santé publique. *Journal Officiel de la République française du 8 avril 2005*, 6345.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA FAMILLE. Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation de l'avenant 10 à la convention nationale des médecins généralistes. *Journal Officiel de la République française du 29 juin 2002*.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. *Journal Officiel de la République française du 27 Décembre 2003*, 2267.

MINISTERE DES SOLIDARITES DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE. Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n°1, n°3 et n°4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. *Journal Officiel de la République française* du 1er juin 2005. p29.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2002. Circulaire DHOS/SDO n°2002-399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins de ville. *Bulletin Officiel Santé-Solidarité* n°2003-30, du 22 au 28 juillet 2002.

MINISTERE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. 2003. Circulaire n°DHOS/031DGAS/AVIE/2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local. *Bulletin Officiel Santé-Solidarité* n°2003-26.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Circulaire n°DHOS/01/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. *Bulletin Officiel Santé-Solidarité* n°2003-20, du 12 au 18 mai 2003.

MINISTERE DE LA SANTE DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. Circulaire n°587/DHOS/O1/2003 du 12 décembre 2003 relatives aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. *Bulletin Officiel Santé-Solidarité* n°2003-51, du 15 au 21 décembre 2003.

MINISTERE DES SOLIDARITES DE LA SANTE DE LA FAMILLE, 2005. Circulaire DHOS/03/DSS/UNCAM/2005/63 du 14 janvier 2005 relative aux orientations propres à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et aux modalités opérationnelles de définition des zones géographiques en vue de l'attribution d'aides aux médecins généralistes. *Bulletin Officiel Santé-Solidarité* n°2005-3, mars 2005.

MINISTERE DES SOLIDARITES DE LA SANTE DE LA FAMILLE, 2005. Circulaire du 12 avril 2005 sur la mise en œuvre du nouveau dispositif de la permanence des soins.

PREFECTURE DE MEURTHE-ET-MOSELLE, 2003. Arrêté DDASS/AES n°391 du 22 décembre 2003.

PREFECTURE DE MEURTHE-ET-MOSELLE, 2005. Arrêté DDASS/AES n°2314 du 9 août 2005.

Protocole national d'accord du 1^{er} mars 2002 sur la permanence des soins entre l'Etat, le Conseil National de l'Ordre des Médecins et l'Assurance maladie.

Rapports :

BERLAND Y. *Rapport de la Commission nationale de la démographie médicale*. avril 2005. 61p

DESCOURS C. *Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins*. 22 janvier 2003. 17p

CUENAT J.C. et ali. *Rapport au ministre n°2003154 sur la continuité et la permanence des soins libéraux pendant l'été 2003*. IGAS. Disponible sur www.sante.gouv.fr/html/actu/igas_canicule/2003154_integral.pdf.

URCAM de LORRAINE. *Typologie cantonale des soins de proximité en Lorraine*. Metz, URCAM de Lorraine. Octobre 2002. 45p

Ouvrages :

MOREAUX J. PELLOUX P. *L'urgence médicale (tome 1)*. Presse Universitaire d'Aix Marseille. Collection Droit de la Santé. 2005. 293p.

ROBELET M. La grande désillusion des médecins libéraux : entre la tentation de la division et l'espoir de l'unité retrouvé. Sous la direction de DE KERVASDOUE J. in *La crise des professions de santé*. DUNOD. pp202-231.

Périodiques :

BAUBEAU D. *et alli*. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. *Etudes et Résultats*. DREES. Juillet 2000. n°72.

BLANCHARD. S. Déserts médicaux. *Le Monde* 28 septembre 2005.

BLANCHARD. S. La permanence des soins cristallise l'antagonisme entre médecins. *Le Monde*. 2 avril 2005.

BUI DANG HA DOAN. LEVY D. Le sureffectif, la pénurie et les projections démographiques des corps de la santé : la profession médicale française de 1970 à 2020. *Cahiers de sociologie et de démographie médicale 45ème année*. Janvier-Mars 2005. n°1. pp84-85.

CARRASCO V. BAUBEAU B. Motifs et trajectoires de recours aux urgences hospitalières. *Etudes et Résultats*. DREES. Janvier 2003. n°215

CARRASCO V. BAUBEAU B. Les usagers des urgences. *Etudes et Résultats*. DREES. Janvier 2003. n°212.

CHABROL A. Exercice libéral : l'indispensable mutation. *Le Bulletin de l'Ordre des médecins*. Septembre 2004. n°7 : pp 8-12.

CLERC D. Les médecins généralistes sont-ils à plaindre ? *Alternatives économiques*. Février 2002 n°200 : pp8-9.

CROSETTO AS. La permanence des soins en question. *IASS La Revue*. Septembre 2005. n°48. pp21-22.

GAUDIN F. Le tour de France des gardes. *Impact médecine*. Février 2004, n°67. pp37-41.

GENTIL S. et alii. Les maisons médicales de garde en France. *Santé Publique* 2005. volume 17. n°2. pp233-240.

KELLER B. Les leçons d'un conflit. *Décisions Santé* 2002 n°181, 9

LUCAS R. Urgences saturées : miser sur les partenariats. *La Gazette Santé Sociale*. Avril 2005. n°7. pp18-24.

MINO J.C. BRETON.M. Quelle place pour les maisons médicales de garde dans la permanence des soins? *Le Concours Médical*, 20 octobre 2004, vol : 126, n°30-3, pp1815-1819.

NAIDITCH M. BREMOND M. La grève des médecins généralistes : des praticiens en quête de repères. *Laennec*. 2002. n°4. pp8-15.

NIEL X. SIMON M. *Les effectifs et la durée du travail des médecins au 1^{er} janvier 1999. Etudes et Résultats*. DREES. Décembre 1999 n°44.

PERRIN C. Permanence des soins : quels statuts pour le médecin de garde? *Le Concours Médical*. 30 juin 2004. Tome 126-124. p1412-143.

SAINT ROMAN H. La réorganisation de la permanence des soins : la sectorisation , ultime pierre d'achoppement? *Le quotidien du médecin*. 20 juillet 2005. n°7788. p2.

SAINT ROMAN H. La Fédération des MMG en congrès à Lyon. Les maisons médicales de garde sont-elles en sursis? *Le quotidien du médecin*. 3 novembre 2005 n°7835.

SAINT ROMAN H. Une démographie médicale inquiétante. *Le quotidien du médecin*. 3 octobre 2005.

Mémoires et thèses :

HAVEZ E. *Maisons médicales de garde et hôpital : l'articulation entre services d'urgence et permanence des soins de ville à St Etienne*. Mémoire d'Inspecteur de l'action sanitaire et sociale de l'Ecole Nationale de la Santé Publique. 2005. 54p.

SAUTEGEAU A. *Permanence des soins en Essonne. Comment mieux répondre aux besoins de la population*. Mémoire professionnel de Médecin Inspecteur de Santé Publique : ENSP Rennes, 2005.

Documents locaux :

ARH de Lorraine. *Schéma régional d'organisation sanitaire 2005-2010. Document préparatoire à l'élaboration du SROS 3*. Rapport d'étape. République française. Juin 2004. 57p.

ARH de Lorraine SROS 2 volet urgences.

DDASS DE MEURTHE-ET-MOSELLE. *Le département de Meurthe-et-Moselle. DDASS de Meurthe-et-Moselle*. Pôle Santé. Cellule Actions de Santé. Décembre 2004.

VALENTIN R. *Trésorerie difficile aux bains douches*. L'Est Républicain du 25 mars 2005.

Sites internet :

www.sante.gouv.fr. *Enquête sur la permanence des soins auprès des médecins généralistes du Rhône. Rapport pour l'Ordre des Médecins- Conseil Départemental du Rhône*. Octobre 2002. date de consultation : 3 août 2005.

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien des médecins responsables de secteurs

Annexe 2 : Guide d'entretien des institutionnels

Annexe 3 : Sectorisation des services de gardes en Meurthe-et-Moselle selon l'arrêté du 22 décembre 2003.

Annexe 4 : La densité médicale par secteur

Annexe 5 : Activité, implantation médicale et délai d'intervention estimés selon les regroupements des secteurs

Annexe 6 : Nouvelle sectorisation des services de gardes en Meurthe-et-Moselle proposée lors du CODAMUPS du 8 juillet 2005

Annexe 7 : Tableau comparatif des coûts de l'astreinte des différents départements en Lorraine

Annexe 1 : Guide d'entretien des médecins responsables de secteur

Présentation et objectifs de l'entretien réalisé dans le cadre d'un mémoire professionnel

Comment se passe la Permanence des soins dans votre secteur ?

Thèmes abordés :

ORGANISATION

Quel secteur, quelle organisation

Qui participe, à quel rythme

Charge de travail de la permanence des soins par rapport à la charge hebdomadaire

Quels types d'intervention

Quels usagers

Evolution dans le comportement des usagers

FREINS/ FACILITANTS

Particularités du secteur à prendre en compte : zones rurales, anciennes zones minières, précarité, taille, démographie médicale, population....

Coordination entre les acteurs :

- liens avec les urgentistes,
- les médecins régulateurs (SAMU, Médigarde) : qualité de la régulation
- place de l'ordre

Ressenti vis à vis de l'intervention des services de l'Etat

Forces et faiblesses du système actuel

Le volontariat

Existence de maison médicale de garde ? En projet ?

Le regroupement de secteurs ? Pertinence ? Avec quels secteurs ?

PROPOSITIONS /PERSPECTIVES

Améliorations du dispositif

Annexe 2 : Guide d'entretien des institutionnels

Présentation et objectifs de l'entretien réalisé dans le cadre d'un mémoire professionnel.

Comment se passe la Permanence des soins en Meurthe et Moselle ?

Thèmes abordés :

ORGANISATION

Quel est votre rôle/place dans la PDS

Situation de la PDS en Meurthe et Moselle

Evolution dans le comportement des usagers

FREINS/ FACILITANTS

Particularités des secteurs à prendre en compte : zones rurales, anciennes zones minières, précarité, taille, démographie médicale, population....

Coordination entre les acteurs :

- liens médecine hospitalière/libérale,
- les médecins régulateurs (SAMU, Médigarde) : qualité de la régulation
- votre lien avec ces acteurs

Ressenti vis à vis de l'intervention des services de l'Etat

Forces et faiblesses du système actuel

Le volontariat

Existence de maison médicale de garde ? En projet ? Pertinence de cette structure

Le regroupement de secteurs ? Pertinence ? Lesquels ?

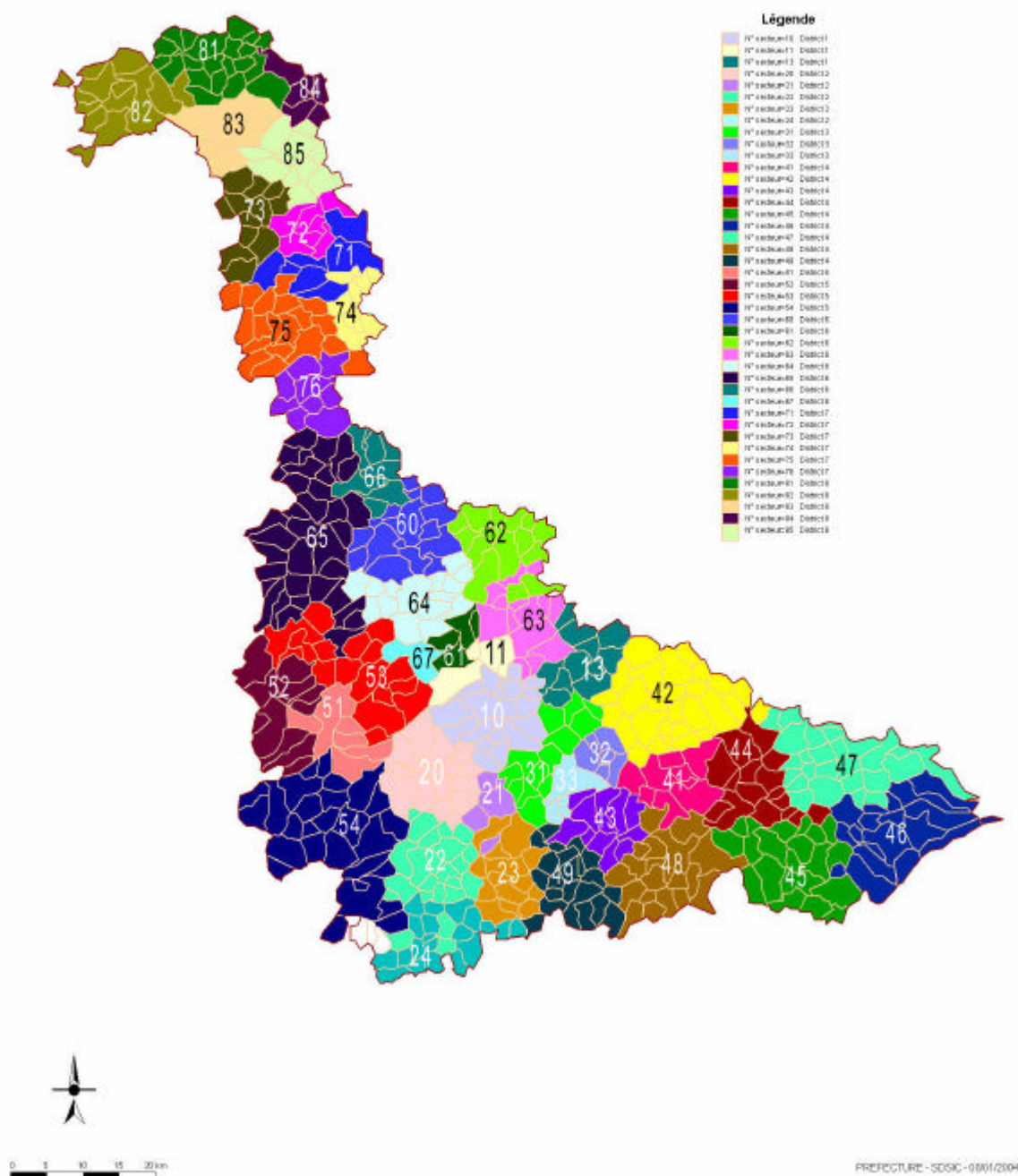
PROPOSITIONS /PERSPECTIVES

Améliorations du dispositif

Annexe 3 :

SECTORISATION DES SERVICES DE GARDE EN MEURTHE-ET-MOSELLE

Arrêté du 22 décembre 2003



Annexe 4 : La densité médicale par secteur

Secteurs	Population	Médecins	Densité médicale	Médecins non exemptés
10	265 061	310	1.17	292
11	15 025	18	1.198	16
13	4 543	5	1.1	5
20	22 221	19	0.855	19
21	6 348	9	1.418	9
22	5 209	4	0.768	4
23	3 811	4	1.05	4
24	2 437	2	0.821	2
31	15 541	14	0.9	14
32	11 939	14	1.173	12
33	3 202	6	1.874	6
41	26 699	30	1.124	29
42	5 089	3	0.59	3
43	9 449	6	0.635	6
44	4 666	4	0.857	4
45	11 294	8	0.708	7
46	4 903	3	0.612	3
47	6 267	7	1.117	7
48	4 091	6	1.467	6
49	5 736	6	1.046	6
51	25 543	22	0.861	21
52	8 400	6	0.714	5
53	8 814	7	0.794	6
54	9 472	8	0.845	6
60	27 017	25	0.925	21
61	16 233	17	1.047	17
62	4 861	4	0.822	4
63	6 313	6	0.951	6
64	11 152	12	1.076	12
65	6 044	6	0.993	6
66	7 369	6	0.814	6
67	6 428	7	1.089	7
71	9 627	7	0.727	7
72	7 626	7	0.918	6
73	7 057	4	0.567	4
74	21 867	18	0.823	12
75	17 788	12	0.675	11
76	2 643	2	0.757	2
81	54 480	50	0.918	40
82	9 627	8	0.831	8
83	5 991	4	0.668	3
84	16 924	14	0.827	11
85	5 209	3	0.576	3

Annexe 5: Activité, implantation médicale et délai d'intervention estimés selon les regroupements des secteurs

Secteur (31), Secteur (32) et Secteur (33)

- Activité : 153 envois de médecins généralistes : 45 en semaine et 108 le week-end
Soit une moyenne de : 0.86 envois de médecins en semaine et 2.08 le week-end
- Délai maximum d'intervention : 19 minutes (20.8km)
- Implantation médicale : 32 médecins
- Fréquence des gardes : en semaine 0.6875 garde par mois (1 garde en semaine toutes les 6 semaines) et de 0.125 week-end par mois (1 garde tous les 8 mois)

Secteur (41) et Secteur (44)

- Activité : faible en semaine (sauf secteur 41), et plus forte le week-end
615 envois de médecins généralistes : 207 en semaine et 408 le week-end
Soit une moyenne de : 3.98 envois de médecins en semaine et 7.85 le week-end
- Délai maximum d'intervention : 23 minutes (30.1km)
- Implantation médicale : 33 médecins dont sur 4 sur le secteur 44
- Fréquence des gardes : en semaine 0.67 gardes par mois (environ 1 garde en semaine toutes les 6 semaines) et de week-end 0.121 garde par mois (1 garde tous les 8.25 mois).

Secteur (47) et Secteur (46)

- Activité : 405 envois de médecins généralistes : 108 en semaine et 297 le week-end
Soit une moyenne de : 2.08 envois de médecins en semaine et 5.71 le week-end
- Délai maximum d'intervention : 48 minutes (47.9km)
- Implantation médicale : 10 médecins.
- Fréquence des gardes : en semaine 2.2 gardes par mois et de week-end 0.4 garde par mois (environ 2 gardes tous les 2.5 mois).

Secteur (51), Secteur (52), Secteur (53), et Secteur (54)

- Activité : 483 envois de médecins généralistes : 211 en semaine et 272 le week-end
Soit une moyenne de : 4.1 envois de médecins en semaine et 5.23 le week-end
- Délai maximum d'intervention : 48 minutes (55.8km)
- Implantation médicale : 38 médecins
- Fréquence des gardes avec un médecin de garde et un médecin de second recours : en semaine 1.16 gardes par mois (environ 1 garde par mois) et de week-end 0.211 gardes par mois (environ 1 garde tous les 5 mois).

Secteur (62) et Secteur (63)

- Activité : 211 envois de médecins généralistes : 60 en semaine et 151 le week-end
Soit une moyenne de : 1.15 envois de médecins en semaine et 2.9 le week-end
- Délai maximum d'intervention : 27 minutes (27.7 km)
- Implantation médicale : 10 médecins
- Fréquence des gardes : en semaine 2.2 gardes par mois et de week-end 0.4 (1 garde tous les 2.5 mois)

Secteur (71) et Secteur (74)

- Activité : 447 envois de médecins : 139 en semaine et 308 le week-end
Soit une moyenne de : 2.67 envois de médecins par semaine et 5.9 le week-end
- Délai maximum d'intervention : 23 minutes (21.8km)
- Implantation médicale : 19 médecins dont 7 sur Briey et 12 sur Homécourt
- Fréquence des gardes : en semaine 1.16 garde par mois et de week-end 0.211 (1 garde tous les 5 mois)

Secteur (72) et Secteur (73)

- Activité : 395 envois de médecins généralistes : 110 en semaine et 285 le week-end
Soit une moyenne de : 2.2 envois de médecins en semaine et 5.48 le week-end
- Délai maximum d'intervention : 15 minutes (16.7km)
- Implantation médicale : 10 médecins
- Fréquence des gardes : en semaine 2.2 gardes par mois et de week-end 0.4 (1 garde tous les 2.5 mois)

Secteur (49) et Secteur (48)

- Activité : 364 envois de médecins généralistes : 93 en semaine et 271 le week-end
Soit une moyenne de : 1.79 envois de médecins en semaine et 5.21 le week-end
- Délai maximum d'intervention : 23 minutes (24 km)
- Implantation médicale : 12 médecins
- Fréquence des gardes : en 1.83 garde par mois et de week-end 0.33 (1 garde tous les 3 mois)

Secteur (75) et Secteur (76)

- Activité : 320 envois de médecins généralistes : 152 en semaine et 168 le week-end
Soit une moyenne de 2.92 envois de médecins en semaine et 3.23 le week-end
- Délai maximum d'intervention : 33 minutes (33km)
- Implantation médicale : 13 médecins
- Fréquence des gardes : en semaine 1.69 gardes par mois et de week-end 0.31 (1 garde tous les 3 mois)

Secteur (84) et Secteur (85)

- Activité : 175 envois de médecins généralistes : 64 en semaine et 111 le week-end
Soit une moyenne de 1.23 envois de médecins en semaine et 2.13 le week-end
- Délai maximum d'intervention : 21 minutes (25.8km)
- Implantation médicale : 14 médecins
- Fréquence des gardes : en semaine 1.57 gardes par mois et de week-end 0.286 (1 garde tous les 4 mois)

Secteur (81) et Secteur (83) :

- Activité : 332 envois de médecins généralistes : 139 en semaine et 193 le week-end
Soit une moyenne de 2.67 envois de médecins en semaine et 3.71 le week-end.
- Délai maximum d'intervention : 28 minutes (29 km)
- Implantation médicale : 43 médecins
- Fréquence des gardes : en semaine 0.51 gardes par mois et en week-end 0.09 gardes par mois (1 garde tous les 11 mois)

Proposition de fusion uniquement le week-end :**Secteurs (22), (23) et (24)**

- Activité : 115 envois de médecins le week-end soit une moyenne de 2.21 par week-end
- Délai maximum d'intervention : 38 minutes (37.8 km)
- Implantation médicale : 10 médecins
- Fréquence des gardes en week-end 0.4 (1 garde tous les 2.5 mois)

Sources :

Activité : nombre d'envois de médecins généralistes par la régulation en 2004.

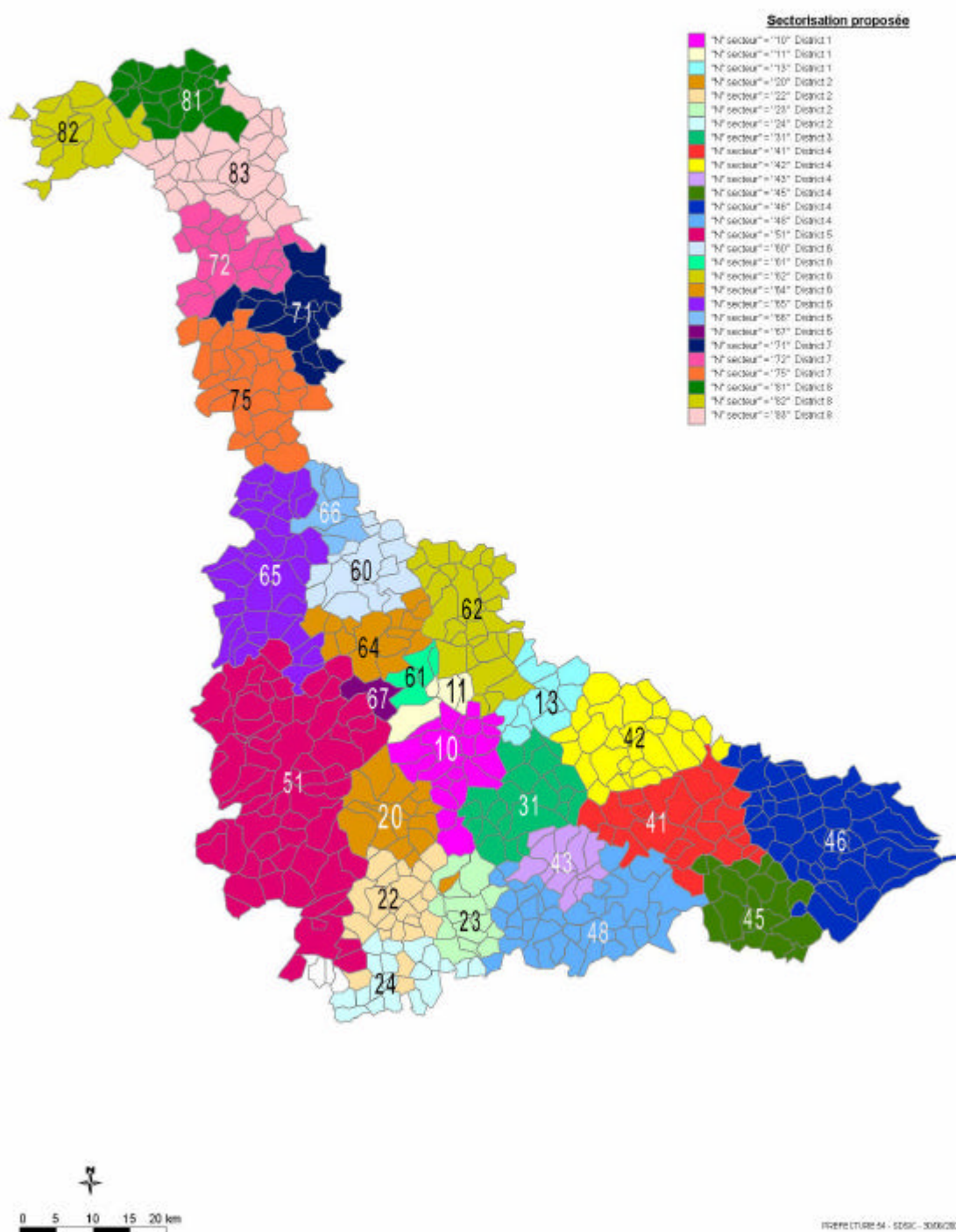
Implantation médicale : données CDOM

Délai maximum d'intervention : référence du site www.mappy.fr

Annexe 6 :

NOUVELLE SECTORISATION PROPOSEE

au 08 juillet 2005



Annexe 7 : Tableau comparatif des coûts de l'astreinte des différents départements en Lorraine

Département	Population	Date de modification de la sectorisation	Coût en 2004 avec avenant n°10	Coût en l'absence de resectorisation	Coût par habitant	Coût après resectorisation	Coût par habitant
Moselle	1 032 064	30/06/2006	935 600	3 202 500	3,1	3 138 450	3,04
Meurthe-et-Moselle	721 942	09/08/2005	918 000	2 754 150	3,81	1 793 400	2,48
Meuse	192 552	12/05/2005	469 000	1 409 100	7,32	1 216 950	6,32
Vosges	382 121	02/06/2005	620 650	2 049 600	5,36	2 259 300	5,91

Source : Données MRS du 30 septembre 2005.

Nombre de secteurs :

En 2004 :

Meurthe-et-Moselle : 43 secteurs

Moselle : 50 secteurs

Meuse : 22 secteurs

Vosges : 33 secteurs

En 2005 après la nouvelle sectorisation :

28 secteurs (26 les week-ends)

49 secteurs

19 secteurs

36 secteurs (31 les week-ends)