

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin inspecteur de santé publique

Promotion 2005

PERMANENCE DES SOINS EN ESSONNE
Comment mieux répondre aux besoins
de la population ?

Armelle SAUTEGEAU

Remerciements

A tous professionnels de santé, usagers du système de la permanence des soins et élus de l'Essonne qui ont accepté de collaborer à ce travail.

A l'équipe de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales de l'Essonne et aux Drs Catherine Goldstein et Jacqueline Lemonnier pour leur soutien.

Au Dr Ann Pariente-Khayat, pour sa disponibilité, son accompagnement constant et ses connaissances mises à ma disposition.

Sommaire

1	INTRODUCTION	1
1.1	<i>La permanence des soins : un sujet d'actualité</i>	1
1.2	<i>Les constats</i>	1
1.3	<i>Le contexte du mémoire</i>	2
1.3.1	La problématique	2
1.3.2	Le choix du thème	3
1.3.3	Le questionnement et les hypothèses.....	4
1.3.4	L'objectif du mémoire.....	4
1.3.5	La permanence des soins : un dossier relevant de la compétence du médecin inspecteur	4
1.3.6	Le plan du mémoire.....	5
2	CONTEXTE GENERAL	7
2.1	<i>Les déterminants du malaise des médecins généralistes</i>	7
2.2	<i>Les concepts</i>	8
2.2.1	La permanence des soins	8
2.2.2	Les urgences	9
2.2.3	Les visites régulées à domicile.....	9
2.3	<i>Les textes législatifs</i>	10
2.3.1	Les bases juridiques	10
2.3.2	Le bilan national au 30 avril 2004.....	12
2.3.3	Les évolutions réglementaires.....	13
2.4	<i>La permanence des soins dans les autres pays</i>	15
3	LA PERMANENCE DES SOINS DE VILLE EN ESSONNE	17
3.1	<i>Le département</i>	17
3.1.1	Les caractéristiques géographiques et démographiques	17

3.1.2	L'offre de soins	18
3.1.3	La démographie médicale.....	19
3.2	<i>Le dispositif de la permanence des soins avant le décret 2003.....</i>	19
3.3	<i>L'élaboration de la nouvelle organisation de la permanence des soins</i>	20
3.3.1	Le pilotage par la DDASS et la concertation entre les acteurs.....	20
3.3.2	Le cahier des charges.....	20
3.3.3	Le CODAMUPS.....	21
3.3.4	L'arrêté préfectoral	22
3.4	<i>Le bilan de l'organisation de la permanence des soins un an après la prise de l'arrêté préfectoral.....</i>	22
4	METHODOLOGIE	25
4.1	<i>La recherche bibliographique.....</i>	25
4.2	<i>Le recueil et l'analyse des données quantitatives</i>	25
4.3	<i>Le recueil et l'analyse des données qualitatives.....</i>	25
5	RESULTATS.....	26
5.1	<i>Les données de la bibliographie</i>	26
5.2	<i>Les données quantitatives</i>	27
5.2.1	Les données du centre de régulation des appels.....	27
5.2.2	Les données de l'Assurance Maladie	29
5.2.3	Les caractéristiques des médecins généralistes de l'Essonne.....	30
5.3	<i>Les données recueillies à partir des entretiens</i>	30
5.3.1	Les caractéristiques et le mode d'exercice des médecins interrogés.....	31
5.3.2	Des modalités de participation à la PdS différentes depuis la grève des gardes de 2001-2002.....	31
5.3.3	Les demandes des usagers en matière de visite à domicile aux horaires de la PdS : une évolution dans l'attitude des malades.....	33
5.3.4	Les motifs de déclenchement d'une visite à domicile par le centre 15 régulation : un sujet de discussion entre les médecins régulateurs/urgentistes et les médecins libéraux	35

5.3.5	Un secteur géographique à redéfinir : des avis partagés	37
5.3.6	Les obstacles à la mise en œuvre des astreintes.....	37
5.3.7	Des propositions pour reprendre les astreintes	42
5.3.8	La PdS idéale.....	44
5.4	<i>L'évolution du dossier après la parution du décret du 7 avril 2005</i>	45
5.4.1	Le CODAMUPS	45
5.4.2	Le Comité de suivi du CODAMUPS	46
5.4.3	La convention entre le Centre 15 et l'association SOS Médecins.....	47
6	DISCUSSION	47
6.1	<i>Limites méthodologiques de l'étude</i>	48
6.2	<i>Discussion des résultats</i>	50
6.3	<i>Préconisations</i>	59
6.3.1	Définir précisément les motifs de déclenchement des visites à domicile.....	59
6.3.2	Suivre au plus près l'évolution de la régulation des appels	59
6.3.3	Connaître l'engagement des médecins libéraux dans la PdS	60
6.3.4	Informers les usagers.....	60
6.3.5	Se donner les moyens de connaître la satisfaction des usagers	60
6.4	<i>Rôle du MISIP au sein des services déconcentrés de l'Etat dans le cadre de la PdS</i>	61
6.4.1	Dans la planification.....	61
6.4.2	Dans la conception, l'animation et l'évaluation des politiques de santé	61
6.4.3	Dans la coordination des acteurs.....	61
6.4.4	Dans la veille sanitaire.....	62
6.4.5	Dans la gestion des dossiers, d'une manière générale	62
7	CONCLUSION	63
	BIBLIOGRAPHIE	65
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

ADUM	Association Départementale pour les Urgences Médicales
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
Centre 15	Centre de réception et de régulation des appels
CH	Centre Hospitalier
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMU	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires
CODAMUPS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
FAME	Fédération des Associations de Médecins de l'Essonne
FAQSV	Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FASS	Fonds d'Actions Sanitaire et Social
MCO	Médecine – Chirurgie - Obstétrique
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
MMG	Maison Médicale de Garde
MRS	Mission Régionale de Santé
ORS	Observatoire Régional de Santé
PdS	Permanence des Soins
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
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
VI	Visite Incompressible
VSAB	Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés

1 INTRODUCTION

1.1 La permanence des soins : un sujet d'actualité

Mise en lumière à l'occasion de la grève des gardes des médecins généralistes pendant l'hiver 2001 - 2002, la permanence des soins (PdS) de ville reste, depuis, un sujet d'actualité.

Sur le terrain, les épidémies hivernales de bronchiolite, de gastro-entérites et de grippe dont l'arrivée fut tardive et brutale cette année, engorgent le système de la PdS de ville et les urgences hospitalières^{1,2}. Au printemps 2005, les urgentistes hospitaliers se mettent en grève pour dénoncer leurs conditions de travail et l'augmentation du désengagement des médecins libéraux envers la PdS qui entraîne le transfert de cette activité vers les établissements de soins. Ce conflit met en exergue la fragilité de l'organisation et la nécessité d'une étroite collaboration entre tous les acteurs de la filière des urgences.

Au niveau législatif, différents textes jalonnent la réorganisation de la PdS de ville depuis 2003 jusqu'à ces dernières semaines.

1.2 Les constats

La refonte des textes législatifs en 2003^{3,4} élabore un dispositif, basé sur le volontariat, concernant les médecins libéraux conventionnés ou salariés d'un centre de santé. Pour assurer la PdS de 20 H à 8 H les jours ouvrés ainsi que les dimanches et jours fériés, le dispositif comprend 4 outils : la sectorisation du département, le tableau départemental de permanence qui permet d'identifier le médecin de permanence sur chaque secteur, la régulation des appels à laquelle les médecins libéraux sont invités à participer afin de développer une coopération et une complémentarité et, enfin, les établissements de santé dont le rôle est de faciliter la mise en place d'organisations telles que les maisons médicales.

Dès sa mise en œuvre, compte tenu des enjeux parfois contradictoires, le dispositif connaît des écueils et des controverses tant sur le plan organisationnel que financier :

¹ Libération du 11 février 2005

² Le Monde du 12 et 15 février 2005

³ Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique.

⁴ Décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale

définir le nombre optimal de secteurs pour, à la fois, couvrir efficacement les besoins de la population et avoir une rémunération attractive, maintenir ou non des médecins d'astreinte au delà de minuit compte tenu de la rareté des appels, dégager des financements pour intéresser les médecins se portant volontaires pour assurer la PdS, distinguer les actes régulés et non régulés...

Une mission conduite par le Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins est chargée de revoir le dossier de la PdS. Elle élabore un nouveau décret qui, très attendu des professionnels, est publié le 7 avril 2005⁵. Ce texte confère une souplesse et des possibilités d'adaptation pour les horaires et les secteurs de PdS et rappelle la possibilité à des associations de PdS de réguler les appels si elles sont interconnectées avec le Permanence des Soins (SAMU). Enfin, la Mission Régionale de Santé (MRS)⁶ est chargée de faire des propositions au Préfet du département dans le domaine de la PdS. Un nouveau cahier des charges est à rédiger, si besoin, d'ici le 30 mai 2005⁷. L'avenant n° 4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie est ensuite signé par les différents partenaires. L'arrêté est publié au Journal Officiel le 1^{er} juin⁸.

1.3 Le contexte du mémoire

1.3.1 La problématique

Suite à la grève des gardes de médecine générale en 2001 - 2002, le département de l'Essonne lance une réflexion sur la PdS dans le département avec l'ensemble des acteurs concernés. La conduite du dossier est confiée à un médecin inspecteur de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). La très large concertation des différents acteurs permet d'avoir un projet finalisé au moment de la parution des textes réglementaires visant à réorganiser la PdS de ville.

Le cahier des charges est présenté au Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des transports sanitaires et de la Permanence des Soins (CODAMUPS) le 11 mars 2004

⁵ 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 et modifiant le code de la santé publique.

⁶ Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. *Journal Officiel de la République Française*, 17 août 2004, 43.

⁷ Circulaire du 12 avril 2005 sur la mise en œuvre du nouveau dispositif de la permanence des soins.

⁸ Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenant n°1, n°3 et n°4 à la Convention Nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

et un arrêté préfectoral fixant la sectorisation et le cahier des charges de la permanence des soins médicaux de ville pour le département de l'Essonne est signé le 21 avril 2004⁹.

Dans l'enquête réalisée en juillet 2004 par la Commission Urgences Eté 2004¹⁰, l'Essonne fait partie des 12 départements sur 100 ayant pris un arrêté préfectoral.

Un an après la publication de l'arrêté préfectoral, le bilan de l'organisation de la PdS révèle :

- un système partiellement mis en œuvre,
- une sectorisation en cours de mise en place,
- des maisons médicales de gardes (MMG) fermées pour certaines et non installées pour d'autres,
- des difficultés pour financer la régulation libérale intégrée dans le Centre de réception et de régulation des appels (Centre 15),
- l'absence d'effecteurs pour les visites à domicile régulées par Centre 15 dans le Sud du département. Lorsque le malade ne peut se déplacer dans un lieu de prise en charge des urgences, le régulateur, en fonction de l'état du malade, donne des conseils, le dirige vers un service d'urgence hospitalier par les transport sanitaires ou déclenche un Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) ;
- quelques doléances en provenance d'élus et d'usagers du sud du département.

1.3.2 Le choix du thème

Etant donné le cadre imparti pour le mémoire, il est décidé de se focaliser sur un seul aspect du dispositif de la PdS.

Le système français est fondé sur les notions universelles de solidarité, d'équité, d'accessibilité et de qualité en accord avec les objectifs définis par le Conseil Européen en 1992¹¹.

Malgré une nouvelle organisation de la PdS dans le département de l'Essonne, officialisée par l'arrêté préfectoral du 21 avril 2004, il existe une carence en visites régulées à domicile aux horaires de la PdS, dans le Sud de l'Essonne. Cet état de fait constitue un dysfonctionnement majeur dans le système de PdS : les réponses actuelles aux besoins de soins de la population sont jugées à risque par les professionnels de la régulation.

⁹ Arrêté n°04485 du 21 avril 2004 fixant la sectorisation et le cahier des charges de la permanence des soins médicaux de ville pour le département de l'Essonne.

¹⁰ Circulaire n°DHOS/O1/2004/336 du 9 juillet 2004 portant éléments d'information sur la permanence des soins en médecine ambulatoire.

¹¹ Recommandation 92/442/CEE du Conseil Européen du 27 juillet 1992 relative à la convergence des objectifs et politiques de protection sociale. Journal officiel n° L245 du 26 août 1992 p 49-52.

1.3.3 Le questionnement et les hypothèses

Comment peut-on améliorer la réponse aux besoins de la population du Sud de l'Essonne en matière de PdS ?

Hypothèse n°1

Les médecins du Sud du département ne sont pas totalement désengagés de la PdS.

Hypothèse n°2

Leurs conditions de travail et leurs retombées sur leur vie professionnelle et privée sont des facteurs essentiels de non participation aux astreintes pour les visites à domicile.

Hypothèse n°3

Les motifs de déclenchement des visites régulées par le centre de régulation sont remis en question par les médecins généralistes.

Hypothèse n°4

Les caractéristiques géographiques et la ruralité du secteur sont un élément limitant.

Hypothèse n°5

Les usagers et leurs représentants estiment leurs besoins en PdS non satisfaits dans le secteur Sud.

1.3.4 L'objectif du mémoire

L'objectif de ce mémoire est d'appréhender, auprès de professionnels de santé et d'usagers du Sud de l'Essonne, les obstacles à la reprise des visites à domicile aux horaires de la PdS, de recueillir leurs solutions et proposer des adaptations visant à optimiser l'organisation du système.

1.3.5 La permanence des soins : un dossier relevant de la compétence du médecin inspecteur

En tant que membre de droit du CODAMUPS et président de son sous-comité médical¹², la gestion du dossier de la PdS par le médecin inspecteur de santé publique (MISP) se justifie pleinement. Le MISP¹³ est l'un des garants de l'application des mesures législatives et réglementaires du domaine sanitaire. Il contribue à mieux articuler la programmation des actions de santé et la planification de l'offre de soins afin d'améliorer

¹² Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

¹³ Décret n°2000-956 du 29 septembre 2000 modifiant le décret no 91-1025 du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique.

les états de santé et participe au contrôle du bon fonctionnement du dispositif de santé garantissant des conditions optimales de sécurité pour les usagers. Enfin, en tant que médecin, les liens privilégiés qu'il peut établir avec les professionnels de santé sont une raison supplémentaire pour motiver ce choix.

1.3.6 Le plan du mémoire

Après avoir décrit le contexte général de la PdS, il sera traité de celui spécifique au département de l'Essonne. Une description de la méthodologie et des résultats sera ensuite présentée. Ceux-ci seront ensuite analysés et discutés. Enfin à partir de cette analyse, des préconisations seront proposées.

Compte tenu de l'évolution permanente du dossier de la PdS, des textes réglementaires essentiels ont été publiés sur le sujet et des réunions sur ce thème se sont tenues pendant le déroulement même du travail de mémoire. Ces événements ont impacté de façon majeure le travail réalisé. Celui-ci sera donc examiné en fonction de tous ces faits et les résultats discutés à leur lumière.

2 CONTEXTE GENERAL

2.1 Les déterminants du malaise des médecins généralistes

Débutée en novembre 2001, la grève des gardes des médecins généralistes, très largement suivie, se termine en juillet 2002. Initié pour demander une revalorisation des honoraires, le conflit est l'occasion de révéler les contraintes de la profession en particulier pour assurer la permanence des soins¹⁴.

La profondeur de la crise qui s'est manifestée à l'occasion de cette grève, est liée, pour M. Naiditch et M. Brémond¹⁵, à deux éléments étroitement corrélés que sont, d'une part, la place croissante occupée dans nos sociétés par les notions de médecine, de santé et de bien-être et, d'autre part, des modifications profondes du contrat social qui lie depuis un siècle la profession médicale à la société. De la même façon, H. Bellan et F. Catala¹⁶ soulignent que l'amélioration des conditions de vie a transformé les rapports entre le public et les médecins, les patients attendant une prise en charge toujours plus rapide et efficace. Après 8 à 9 années d'études, un revenu de 68 000 € par an (avant impôts) en 2003¹⁷ et une durée moyenne de travail de 51 heures par semaine¹⁸ pour assumer de lourdes responsabilités face au malade, à la société et à la justice, leur situation ne peut être considérée comme privilégiée. Ainsi, le renversement de la charge de la preuve pour le droit à l'information¹⁹ favorise la judiciarisation des affaires. Enfin, s'ajoutent un accroissement des charges administratives avec la télétransmission des feuilles de soins²⁰ et un exercice de plus en plus difficile dans certains quartiers²¹.

D'autres facteurs viennent également renforcer le malaise de la profession. Il s'agit de ceux liés à la démographie médicale et à l'exercice de la médecine comme l'explique le

¹⁴ KELLER B. Les leçons d'un conflit. *Décisions Santé*, 2002, n°181, 9.

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

¹⁶ BELLAN H., CATALA F. Permanence des soins : problèmes actuels et perspectives d'avenir. *La Revue des SAMU*, 2002, 219.

¹⁷ <http://lemagchallenges.nouvelobs.com/articles/p223/a252286.html>

¹⁸ NIEL X. VILAIN A. Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques. *Etudes et Résultats – DREES*, mai 2001, n°114.

¹⁹ Loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

²⁰ THIEBAUT-DERODE A. *Pour une évaluation de la permanence des soins dans le département de la Somme à un an*. Mémoire pour le diplôme de Médecin inspecteur de santé publique : Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 2004. 78p.

²¹ IPSOS et ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. *Observatoire pour la sécurité des médecins – Recensement national des incidents*. Février 2005. 21p.

rapport Berland publié en mai 2005²². Si les zones où il existe une réelle difficulté d'accès aux soins de premiers recours ne concernent que 0,6 à 4,1 % de la population selon l'étude précitée et celle de l'Assurance Maladie²³, des risques sérieux sont à prévoir pour demain. Les raisons sont multiples depuis la réduction du *numerus clausus* jusqu'au vieillissement de la population des médecins, sa féminisation en passant par un accroissement des besoins lui-même dû au vieillissement de la population, à la médicalisation de la prise en charge, aux exigences en matière de sécurité, etc.

Enfin, des raisons plus spécifiques à la PdS existent aussi telles les modalités d'organisation très disparates d'un département à l'autre comme l'a montré l'enquête auprès des DDASS en 2002²⁴ et les relations mouvementées entre les médecins urgentistes hospitaliers et les médecins généralistes libéraux ces derniers mois^{25,26}.

2.2 Les concepts

2.2.1 La permanence des soins

Dans son rapport sur la PdS, C. Descours définit cette dernière comme :

"Une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et réglés, aux demandes de soins non programmées, exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant. La permanence des soins est une mission d'intérêt général."

Il précise qu'il existe une différence entre PdS et continuité des soins qui est une obligation déontologique imposée au praticien envers sa patientèle par l'article 47 du code de déontologie médicale. Selon lui, PdS et urgences diffèrent aussi puisque les médecins hospitaliers dans le cadre de leur fonction doivent également participer à la PdS.

Cette définition et les propositions du groupe de travail servent de base à l'élaboration du décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la PdS²⁷.

²² BERLAND Y. *Rapport de la Commission Nationale sur la Démographie Médicale*. Mai 2005, 62p.

²³ CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES. Des tendances de fond aux mouvements à court terme. *Point de conjoncture*, 2005, n°35-36, 1-59.

²⁴ DESCOURS C. *Rapport du groupe de travail interministériel sur la permanence des soins*. Janvier 2003. 17p

²⁵ Ouest France du 27 mars 2005

²⁶ Le Quotidien du Médecin du 31 mars 2005

²⁷ Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat).

2.2.2 Les urgences

Pour C. Descours, la délimitation entre la PdS et les urgences est floue et leur organisation doivent être complémentaires.

Il existe plusieurs définitions des urgences selon les différents points de vue. Pour celui des pratiques professionnelles, la définition est :

"Tout ce qui est ressenti par le patient comme exigence de soins ne pouvant souffrir le retard. Cela inclut tous les phénomènes qui touchent à la santé et qui surviennent de façon brutale et inattendue et qui surprennent ou inquiètent à tort ou à raison l'intéressé ou son entourage."²⁸

Certains, en se plaçant du point de vue de l'utilisateur, parlent de rupture d'un ordre dans le cours de la vie²⁹. Sur le plan médical, 3 significations font consensus pour les professionnels : les urgences vraies ou objectives, les urgences ressenties et les urgences déguisées³⁰. Enfin, sur le plan réglementaire, un arrêt rendu par la Cour de Cassation en juin 1996 indique que la condition d'urgence "s'apprécie exclusivement au regard de l'état du malade et de la nécessité où il se trouve de voir intervenir le praticien sans délai."

2.2.3 Les visites régulées à domicile

La régulation est l'une des missions du SAMU³¹. C. Descours rappelle dans son rapport qu'afin d'organiser une PdS efficace et sûre, il est essentiel qu'une régulation des demandes soit mise en place. Il s'agit pour lui d'un élément fondamental pour le bon fonctionnement du dispositif. Il ajoute que cette régulation doit être unique, en rapport avec les réponses proposées dans les secteurs hospitaliers et libéraux et doit se faire avec la participation des médecins libéraux. Le décret du 15 septembre 2003 privilégie le SAMU comme organisateur de la régulation.

Le Livre blanc sur l'organisation de la PdS souligne que 3 conditions doivent être réunies pour avoir une régulation efficace³² : une concertation entre la médecine hospitalière et libérale, soulignée ci-dessus, une négociation au téléphone avec les patients sur une

²⁸ Séminaire interprofessionnel "La place de la médecine ambulatoire dans la filière des urgences" ENSP, 1993

²⁹ BARRIER G. Rapport rendu au Premier Ministre sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences. *La prise en charge effective des urgences médicales*. Septembre 1994.

³⁰ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Rapport de la Commission des gardes et des urgences, juin 1996.

³¹ Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif à l'organisation et aux missions des unités participant au service d'aide médicale urgente appelé SAMU.

base commune de comportement entre régulateurs et effecteurs et, enfin, la fongibilité des enveloppes budgétaires en cas de transfert de charge.

Dans le cadre de la régulation, les visites à domicile font partie des décisions à la disposition du régulateur pour assurer la prise en charge répondant aux besoins du patients. Elles sont effectuées par le médecin libéral d'astreinte sur le secteur concerné ou un membre de l'association de médecins généralistes assurant les astreintes. Ces visites régulées à domicile sont également appelées par certains visites incompressibles (VI). C'est le cas dans le cahier des charges de la PdS du département de l'Essonne. Dans ce cas, la VI correspond à une définition médicalisée et est décidée par le régulateur des appels. Trois niveaux sont distingués : intervention immédiate, visite dans les délais les plus compatibles avec la disponibilité du médecin, réorientation dans le flux des appels ne correspondant pas à la PdS.

2.3 Les textes législatifs

2.3.1 Les bases juridiques

Ne reposant auparavant sur aucun fondement juridique, la loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 sur le financement de la sécurité sociale pour 2003 donne une base juridique à la PdS en créant un chapitre spécifique sur ce thème dans le code de la santé publique (titre II du livre III de la 6^e partie). Puis, dans le rapport liminaire sur la réorganisation de la PdS et, dans le même esprit que celui de la circulaire du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins de ville, C. 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 exprimés par un patient.

Incluse dans la PdS pour certains³³ ou complémentaire de cette dernière pour d'autres³⁴, la prise en charge des urgences et la PdS doivent, quoiqu'il en soit, se coordonner et s'articuler pour aboutir à une organisation efficiente. C'est l'objectif de la circulaire n°195/DHOS/O1 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

Suite au rapport du sénateur C. Descours, la PdS est réorganisée par le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des

³² UNIONS REGIONALES DE MEDECINE EN EXERCICE LIBERAL - Conférence des Présidents. *Livre blanc : Organisation de la permanence des soins en médecine libérale*. Juillet 2001. 77p.

³³ UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE D'ILE-DE-FRANCE. *Permanence des soins en Ile-de-France*. Juin 2004. 97p.

soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique. La PdS est à assurer de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, les dimanches et les jours fériés. Pour appuyer cette nouvelle organisation, le même jour est publié le décret n°2003-881 modifiant l'article 77 du décret n°95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. Il évoque le devoir de participation à une PdS qui repose sur le volontariat des médecins tout en laissant la possibilité au Préfet de département de procéder aux réquisitions de médecins si le dispositif est incomplet.

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des transports sanitaires (CODAMU) devient le CODAMUPS par l'ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création des établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation. Il voit ses compétences élargies à l'élaboration du cahier des charges et l'évaluation des besoins. De plus, afin d'optimiser la représentation de l'ensemble des instances impliquées dans la prise en charge des urgences, en amont et en aval de l'hôpital, compte tenu de l'évolution de l'organisation des soins ces dernières années, le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003, élargit la composition de ce comité, antérieurement fixée par le décret du 30 novembre 1987³⁵.

Le 12 décembre 2003, un arrêté relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la PdS en médecine ambulatoire complété par la circulaire DHOS/O1/2003/587 relative aux modalités d'organisation de la PdS en médecine ambulatoire lance la mise en œuvre du dispositif de PdS.

Ce dispositif concerne les médecins libéraux conventionnés ou salariés d'un centre de santé. Il comprend 4 outils :

- la sectorisation du département : elle doit faire l'objet d'un arrêté préfectoral après avis du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) et du CODAMUPS. Elle a pour objectif de permettre l'accès à un médecin de permanence pour chaque secteur et de ce fait tient compte du nombre de médecins en situation d'assurer des permanences ;
- le tableau départemental de permanence : il permet d'identifier le médecin de permanence sur chaque secteur et est composé de l'ensemble des tableaux de secteurs. Le dispositif de la PdS autorise la participation d'associations de

³⁴ DESCOURS C. *Rapport du groupe de travail interministériel sur la permanence des soins*. Janvier 2003. 17p.

permanence de soins. Dans ce cas, l'association peut être inscrite sur le tableau sans avoir à préciser le nom du médecin responsable de la permanence. En revanche, l'association garantit qu'un médecin répond aux demandes de soins non programmées transmises par la régulation médicale.

- la régulation médicale des appels téléphoniques dans le cadre de la PdS en médecine ambulatoire : le décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 prévoit que l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le SAMU. Les médecins libéraux sont invités à y participer afin de développer une coopération et une complémentarité visant à optimiser les réponses aux besoins des patients ;
- les hôpitaux locaux dont le rôle prévu par la circulaire du 28 mai 2003³⁶ est de faciliter la mise en place d'organisations telles que les MMG.

Afin que les personnes fassent le meilleur usage possible du dispositif de la PdS, une information est prévue à leur intention sous quelque forme que ce soit. Les usagers doivent être particulièrement sensibilisés sur l'absence d'accès direct au médecin de permanence.

La mise en place du dispositif nécessite au préalable un état des lieux au niveau départemental réalisé par les différents acteurs de la PdS avec l'aide de la DDASS qui est chargée de centraliser les données et préparer la réunion du CODAMUPS. A partir de cet état des lieux, un cahier des charges présentant la sectorisation, les moyens nécessaires pour organiser la permanence ainsi que l'évaluation annuelle du dispositif est à élaborer avant le 31 janvier 2004.

2.3.2 Le bilan national au 30 avril 2004

En février 2004, la revue *Impact Médecine* fait état du travail considérable réalisé par les médecins pour organiser la PdS sur le territoire³⁷. Cependant, l'article évoque des écueils dont l'un, déjà cité par C. Descours, est l'absence de modèle de PdS. La problématique n'est effectivement pas la même si les médecins sont installés en ville, à la campagne, à la montagne et s'ils sont nombreux ou isolés. Deux autres écueils sont également cités : l'engagement des médecins dans le volontariat avec une diminution importante des volontaires dans certains secteurs et l'absence de financement national en dehors des

³⁵ Décret n° 87-964 du 30 novembre 1987 relatif au comité départemental de l'aide médicale urgente et des transports sanitaires.

³⁶ Circulaire n° DHOS/O3/DGAS/AVIE/2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

³⁷ GAUDIN F. Le tour de France des gardes. *Impact médecine*, février 2004, n°67, 37-41.

50 € pour l'astreinte de 12 H prévus dans l'avenant n°8 à la convention nationale des médecins généralistes de janvier 2002³⁸.

Les résultats de l'enquête réalisée sur la PdS par la Commission Urgences Eté 2004³⁹ révèle une participation de 58 % des 61 504 médecins généralistes non exemptés de participation à la PdS (100 sur 107 départements ont répondu à l'enquête) et 3 % des médecins non exemptés participent à la régulation. Cette régulation libérale existe dans les 2/3 des départements. Concernant la sectorisation, 47 départements ont une couverture en PdS avant et après minuit mais 41 n'en n'ont pas après minuit. Fin avril, il s'est tenu 75 réunions du CODAMUPS et 30 sont attendues d'ici fin octobre 2004. Le projet de cahier des charges a été présenté à cette instance dans 34 départements et 12 arrêtés préfectoraux ont été signés.

2.3.3 Les évolutions réglementaires

A) L'avenant à la Convention des médecins généralistes réformant la PdS ajourné

Une fois le décret sur la PdS publié, l'étape suivante a consisté à élaborer un protocole d'accord sur la PdS entre les caisses nationales d'assurance maladie et les syndicats de médecins généralistes visant à organiser cette permanence de soins ambulatoires sur l'ensemble du territoire, mission reconnue d'intérêt général. Ce projet d'avenant à la Convention des médecins généralistes réformant la PdS n'est finalement pas agréé par décision ministérielle. En effet, l'avenant s'inscrit dans la logique de la réforme de l'Assurance Maladie alors que celle-ci n'est pas encore opérationnelle. Cette anticipation constitue un obstacle juridique à l'agrément. Il est toutefois possible de faire des expérimentations régionales pour lesquelles les modalités de rémunération sont à définir entre les partenaires conventionnels.

B) Le nouveau dispositif de PdS de ville : les écueils

Outre les écueils évoqués ci-dessus comme le désengagement de certains médecins dû au volontariat pour assurer la PdS et l'absence d'accord national pour le financement de la PdS, d'autres difficultés surgissent. L'enquête réalisée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins⁴⁰ (CNOM) révèle qu'en février 2005, la moitié des départements n'a

³⁸ Arrêté du 31 janvier 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes.

³⁹ Circulaire n°DHOS/O1/2004/336 du 9 juillet 2004 portant éléments d'information sur la permanence des soins en médecine ambulatoire.

⁴⁰ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. *Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en février 2005*. Mars 2005. 20p.

pas encore d'arrêté préfectoral fixant la sectorisation alors que la date limite était fixée au 31 janvier 2004. Bien qu'une partie du retard puisse être expliquée par la lourdeur du processus décisionnel, l'enquête montre qu'il y a encore 13 départements pour lesquels aucune réunion du CODAMUPS ne s'est tenue et 32 où cette instance ne s'est réunie qu'une seule fois alors que son avis est obligatoire aussi bien pour la sectorisation que pour le cahier des charges. Malgré une participation notable des médecins à la PdS selon le CNOM (taux de participation supérieur à 60 % dans les 4/5 des départements), 37 départements n'ont pas tous les secteurs couverts même après l'action de cette instance et 44 Préfets ont procédé à des réquisitions. Le CNOM insiste sur le fait que l'organisation de la PdS n'est pas unique mais adaptée aux conditions locales, sous réserve que des complémentarités existent sur le terrain. Il souligne également le rôle essentiel de la régulation médicale dans le bon fonctionnement du système et, enfin, rappelle que les enjeux de la PdS nécessitent des engagements pérennes afin de mettre en œuvre une organisation de qualité répondant aux besoins de la population.

Reprises dans leur majorité par les acteurs de terrain et leurs représentants, en particulier pour les aspects financiers pour ces derniers, ces réflexions conduisent à la mise en place d'une nouvelle mission dirigée par le Directeur de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS).

C) Le décret du 7 avril 2005

Le décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la PdS et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique est l'aboutissement très attendu par les professionnels de la mission mentionnée ci-dessus.

Le nouveau texte confère une souplesse d'organisation puisque, dans la tranche horaire de 20 H – 8 H qui n'est pas modifiée, des modalités distinctes de celles prévues dans le 1^{er} alinéa de l'article 1 peuvent être envisagées en fonction des besoins de la population. Pour mieux répondre à celle-ci, une flexibilité est introduite au niveau des secteurs tant au niveau du nombre que des limites et cela en fonction des périodes de l'année

L'accès au médecin de permanence peut être assuré par des centres d'appel des associations de PdS si ceux-ci sont interconnectés avec le SAMU qui organise la régulation des appels. Cette modalité, déjà existante dans le décret n°87-1005⁴¹, fait l'objet d'une convention qui, dorénavant, comporte les modalités d'évaluation de la

⁴¹ Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif à l'organisation et aux missions des unités participant au service d'aide médicale urgente appelé SAMU.

collaboration. De plus, cette convention doit être soumise à l'approbation du Préfet après avis du CODAMUPS qui se voit confier une nouvelle mission.

Le rôle du CDOM est précisé. Ainsi, en plus de l'obtention des tableaux de permanence, il doit, au cas où ceux-ci sont incomplets, non seulement entreprendre les démarches nécessaires (avis, entretiens) pour les compléter mais aussi en faire état, dans un rapport, au Préfet qui procède alors aux réquisitions nécessaires..

Le cahier des charges doit prévoir les conditions de recueil et de suivi des incidents relatifs à l'organisation et au fonctionnement de la PdS ainsi que les modalités d'information du CODAMUPS.

Enfin, la MRS se voit confier un nouveau rôle, celui de faire des propositions au Préfet de département sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de PdS.

Suite à la parution de ce décret, la circulaire du 12 avril 2005⁴² demande au Préfet de réunir d'ici fin avril les CODAMUPS afin d'évaluer l'ensemble du dispositif de la PdS départemental et, dans le cadre d'une concertation avec les représentants libéraux, d'adapter ce dispositif en fonction des besoins de soins et de la démographie médicale.

D) L'avenant n°4 à la Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie

Publié le 1^{er} juin dernier⁴³, il fixe les nouvelles conditions de rémunération de la PdS : régulation, majorations spécifiques pour les consultations et les visites et astreintes.

2.4 La permanence des soins dans les autres pays.

En 2002, une thèse commune⁴⁴ a étudié l'organisation des systèmes d'urgence dans 10 pays d'Europe dont la France. Le rapport Descours⁴⁵ inclut dans son annexe 7 un tableau comparatif des systèmes de PdS dans les pays de l'Union Européenne. Ces différents travaux révèlent, quel que soit le pays, une difficulté pour prendre en charge les urgences liée à une augmentation de l'activité hospitalière et extra-hospitalière. Le nombre de

⁴² Circulaire du 12 avril 2005 sur la mise en œuvre du nouveau dispositif de la permanence des soins.

⁴³ Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenant n°1, n°3 et n°4 à la Convention Nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

⁴⁴ CHODOSAS M. ET REIX A. *Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans 10 pays européens : la France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, le Portugal, le Royaume-Uni, la Belgique, la Suède, la Finlande, la Norvège Thèses pour le Doctorat d'Etat en Médecine?* Facultés de médecine Lariboisière-Saint-Louis, Université Paris VII et Cochin-Port-Royal, Université Paris V, 2002.

⁴⁵ DESCOURS C. *Rapport du groupe de travail interministériel sur la permanences des soins.* Janvier 2003. 17p.

numéros d'appels des urgences varie de 1 (Portugal, Suède et Finlande) à 5 (Espagne). Cependant, tous les pays ont le 112 comme numéro d'urgence. Depuis la décision du Conseil de l'Europe en 1991 réaffirmée par une directive du Parlement Européen et le Conseil européen en 1998⁴⁶, le 112 est commun à tous les pays européens. L'objectif n'est pas qu'il se substitue aux autres numéros mais de faciliter l'accès aux urgences pour les touristes européens qui n'ont qu'un seul numéro à retenir. La PdS constitue une obligation déontologique en Belgique, Portugal, Italie, Espagne et Allemagne. Dans le domaine de la PdS, l'organisation du maillage du territoire varie d'un pays à l'autre de même que les conditions d'accès aux urgences hospitalières. Dans les pays nordiques, la permanence d'un accueil dans des centres de santé où se trouvent des médecins généralistes, diminue la fréquentation des services d'urgence hospitaliers. Il reste que dans 8 des 10 pays étudiés, il y a une augmentation du nombre des urgences d'année en année. Une régulation médicale des appels existe en Italie, Portugal et Norvège. En Allemagne, celle-ci n'est pas médicalisée. Une PdS est effectuée par des médecins généralistes en Espagne, Italie, Royaume-Uni et Belgique alors qu'au Portugal, Suède, Finlande et Norvège, la prise en charge se fait dans des centres de santé. Le Royaume-Uni possède quant à lui les 2 possibilités. Le développement des "walk-in-centers" ou centres de santé dans ce pays, ne semble avoir qu'un effet transitoire sur la diminution des urgences hospitalières : plus l'offre augmente, plus la demande augmente. Ceci se vérifie également au Portugal et en Italie où les délais d'attente et le plateau technique inadéquats incitent les malades à s'adresser directement à l'hôpital. En Norvège et en Allemagne, existe une non-obligation de soins pour les patients dont l'état ne nécessite pas une prise en charge immédiate.

En décembre 2003, la Commission Européenne annonce qu'elle va soutenir un projet visant à coordonner la recherche dans le domaine des urgences médicales relatives à la prévention et à la gestion des situations de crise. C'est le programme HESCUAEP⁴⁷ (Health emergency national regional programmes for an improved coordination in pre-hospital setting) qui ne concerne pas seulement la coordination des urgences en cas d'attaque terroriste ou de nouvelles maladies telles le syndrome respiratoire aigu sévère mais aussi des catastrophes comme des inondations, des accidents de la circulation par exemple.

⁴⁶ http://europa.eu.int/comm/environment/civil/prote/112/112_en.htm (visite du site juin 2005)

⁴⁷ <http://www.eena.org/Common/Hesculaep> (consultation avril 2005)

Aux Etats-Unis⁴⁸, de nombreuses mesures ont été essayées pour réduire le coût des urgences dans les hôpitaux où un grand nombre de malades ne sont pas assurés. Un grand nombre parmi ces derniers mais également parmi ceux ayant l'assurance de base, Medicaid, utilisent les urgences comme une source régulière de soins. Aucune des mesures n'a abouti à des résultats vraiment concluants : les problèmes éthiques, la difficulté à responsabiliser les malades et à impliquer les médecins généralistes sont des freins à ces tentatives.

Le Canada⁴⁹, avec la surcharge des services d'urgence, notamment dans les zones rurales, à laquelle s'ajoute le vieillissement des médecins, la fatigue et le stress, s'attend à un abandon des urgences de la part des médecins généralistes.

3 LA PERMANENCE DES SOINS DE VILLE EN ESSONNE

3.1 Le département

3.1.1 Les caractéristiques géographiques et démographiques

Créé en 1964⁵⁰, l'Essonne résulte du découpage du département de la Seine-et-Oise en Essonne, Val d'Oise et Yvelines. La création de ces départements répond à la forte croissance démographique de l'après-guerre et à la volonté d'un aménagement coordonné de l'Ile-de-France. L'année suivante verra la décision de créer 5 "villes nouvelles" en Ile-de-France dont Evry.

L'Essonne est située dans le sud de la région Ile-de-France (Evry, la préfecture, est à 32 kilomètres de Paris) à cheval sur quatre régions historiques : au nord, l'Hurepoix et la Brie, et, au sud, le Gâtinais et la Beauce. Couvrant 1 820 km², le département présente une grande variété de cours d'eau et de fleuves d'où l'Essonne tire son nom (Exona, déesse gauloise des rivières) ainsi que des marais, des forêts, des vallées et des plateaux.

Au sud, poumon vert du département, les petites villes historiques et préservées (Méréville, Milly-la-Forêt...) côtoient les exploitations agricoles (50 % de la superficie du département), au premier rang desquelles les cressonnières et les espaces naturels. Au

⁴⁸ SIMONET D. Les stratégies de réduction des coûts des services d'urgence aux USA ou comment éviter le recours excessif aux urgences aux USA ? *J. Economie Médicale*, 2001, 19, 541-551.

⁴⁹ DUCHARME J. Preparing emergency physicians for the future. *CMAJ*, 2003, 168, 1548-1549.

⁵⁰ Loi n°64-707 portant réorganisation de la région parisienne

nord, la concentration de centres urbains (Évry, Corbeil-Essonnes, Massy, Palaiseau...) en fait un lieu de prédilection pour l'implantation des entreprises, des sites de formation et des laboratoires (Scientipôle, Génopôle...) lui permettant de s'ouvrir aux défis industriels et technologiques de ces quarante dernières années dans les domaines innovants de la haute technologie, des télécommunications ou des sciences de la vie (annexe 1).

Le développement d'un réseau autoroutier, routier, ferroviaire et aéroportuaire permettant des liaisons inter et intra-départementales rapides, atténue le contraste entre le nord et le sud de l'Essonne.

Avec 1 134 238 habitants dont les 2/3 sont actifs (recensement général de la population en 1999), l'Essonne affiche la plus forte croissance démographique de Ile-de-France, représentant 10,4 % de la population régionale en 1999. Inégalement répartis sur le territoire, les Essonniens se concentrent dans le nord du département où la densité est supérieure à 3 000 habitants au km² (95% des Essonniens vivent en zone urbaine) contre 113 pour le Sud du département. Cent soixante sept communes sur les 196 dont la population est comprise entre 57 et 49 371 habitants, comptent moins de 10 000 habitants (cf annexe 2)

Avec 27% de jeunes de moins de 20 ans, plus de 50% de moins de 40 ans et 4,8 % de plus de 75 ans, l'Essonne se distingue par la jeunesse de sa population.

3.1.2 L'offre de soins

Concernant l'offre de soins⁵¹ MCO (Médecine - Chirurgie – Obstétrique) de l'Essonne, les établissements sont inégalement répartis sur le département avec la quasi totalité des structures localisées dans le nord. Pour le sud et le sud-est du département, la ville d'Etampes, située en plein cœur de celui-ci (cf annexe 1), a une situation privilégiée pour répondre aux besoins en MCO de la population relevant d'un établissement de santé.

Les vingt-cinq établissements de court séjour du département ont une capacité totale de 3 416 lits et places autorisés. Vingt-sept établissements disposent de 2 236 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) et huit répondent aux besoins en psychiatrie avec 1 544 lits et places. La part de l'offre publique est de 50 %, 42 % et 72 % pour, respectivement, les activités MCO, SSR et psychiatrie.

Pour assurer la prise en charge des urgences, le département dispose de 2 Services d'Accueil des Urgences (SAU) répartis sur 4 sites (Centre Hospitalier (CH) Sud-Francilien site d'Evry et site de Corbeil, CH Longjumeau et CH Orsay), 8 Unités de Proximité, d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences (UPATOU) (CH Arpajon, CH

Etampes, CH Dourdan, Centre médico-chirurgical et obstétrical d'Evry, Hôpital privé du Val d'Yerres, CH privé Claude Galien, Syndicat inter-hospitalier de Juvisy et Institut hospitalier Jacques Cartier) et 6 SMUR (CH Sud-Francilien site de Corbeil, CH Arpajon, CH Etampes, CH Longjumeau, CH Orsay et CH Juvisy). Le Centre de réception et de régulation des appels est situé au sein du CH Sud-Francilien sur le site de Corbeil. Le nombre de passages aux urgences est de 267 579 soit 9% des passages de l'Ile de France avec un taux d'hospitalisation de 16 % contre 13 % sur la région.

3.1.3 La démographie médicale

Selon les données du Conseil National de l'Ordre des Médecins⁵², l'Essonne dispose de 1 585 médecins généralistes en activité régulière. Statiss 2004 indique une densité des généralistes libéraux de 98 médecins pour 100 000 habitants (contre 113 en Ile de France et 114 en France). Parmi ces professionnels, 46 % ont plus de 50 ans contre 43 % en France et 35 % sont des femmes contre 37 % en France.

3.2 Le dispositif de la permanence des soins avant le décret 2003

Le département de l'Essonne est subdivisé en 43 secteurs de garde (dont 6 sur le secteur Sud Etampes et Dourdan) jusqu'au 31 décembre 2001. Entre 800 et 1000 médecins généralistes sont susceptibles d'assurer les gardes. De fait, celles-ci sont réalisées pour une faible partie par les praticiens en place (moins de 20 % pour le CDOM), le reste étant partagé entre les remplaçants des praticiens et une sous-traitance à des organismes spécialisés comme SOS médecins de façon plus ou moins formalisée. Dans ces conditions, les tableaux de garde ne sont pas toujours communiqués et les remplaçants pas toujours connus des autorités.

Débutée en décembre 2001 dans le département, la grève des gardes est très suivie nécessitant à plusieurs reprises des réquisitions par le Préfet. Cependant, dans la majorité des secteurs, les médecins s'organisent eux-mêmes pour proposer une réponse médicale aux besoins de la population. Il faut souligner que durant cette période, l'augmentation des passages aux urgences n'a pas été conséquente et qu'aucun accident notable n'est rapporté.

Cette grève a entraîné, comme ailleurs en France, une profonde modification de la conception du devoir des médecins généralistes en matière de PdS avec parfois des

⁵¹ Statiss 2004 – Ile-de-France

⁵² <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/mg.pdf> (consultation juin 2005)

expressions radicales. A l'inverse, d'autres praticiens ont souhaité très tôt participer à une réorganisation.

3.3 L'élaboration de la nouvelle organisation de la permanence des soins

3.3.1 Le pilotage par la DDASS et la concertation entre les acteurs

Au sein de la DDASS, le dossier est confié à un médecin inspecteur de santé publique. La phase de concertation dure 2 années au cours desquelles tous les acteurs concernés sont consultés : médecins libéraux et hospitaliers, Centre 15, SAMU, régulation libérale, structures spécialisées dans les urgences, CDOM, syndicats, assurance maladie, pouvoirs publics... Si certaines réticences existent au début, petit à petit, le groupe de travail s'élargit. Compte tenu de ce "succès", il se scinde en deux pour aborder l'un, les besoins en terme de PdS et, l'autre, les moyens nécessaires à la mise en place de cette dernière. L'objectif général de ce travail est de recréer un dispositif stable, permanent, fiable dans le temps, identifié et connu. La phase la plus difficile est la mobilisation des médecins généralistes. Cependant, une enquête auprès des généralistes du département lancée par l'Association Départementale pour les Urgences Médicales de l'Essonne (ADUM), à la demande du Préfet en 2002⁵³, connaît un franc succès avec un taux de réponse de 41 %. Quatre-vingts pour cent d'entre eux ne se disent pas prêts à reprendre les gardes comme par le passé. La quasi totalité voit dans la PdS une mission de service public nécessitant un cadre juridique et financier garanti par l'Etat et les collectivités territoriales. Enfin, à l'unanimité, ils considèrent que les urgences vraies sont avant tout du ressort du SMUR et de SOS Médecins.

3.3.2 Le cahier des charges

Ce travail de concertation et de négociation aboutit à la rédaction d'un cahier des charges en réponse à la circulaire DHOS/O1/2003/587 de décembre 2003. Comme le prévoit l'arrêté du 12 décembre 2003 portant cahier des charges type, il contient un état des lieux du département de l'Essonne avec les données quantitatives sur la PdS et les urgences sur le plan des besoins et de l'offre de soins. Puis, il détaille l'organisation de la PdS avec ses 3 volets : sectorisation, régulation médicale, tableaux de permanence. Enfin, le suivi et l'évaluation sont définis.

⁵³ Quotidien du Médecin 31 octobre 2002

La nouvelle sectorisation est élaborée en la centrant majoritairement sur les bassins hospitaliers soit 9 secteurs (cf annexe 3). Cependant, une adaptation est faite selon l'activité et selon les horaires :

- pour l'activité de consultations, le nombre de secteurs est égale à 9.
- pour les VI, le nombre de secteurs est réduit à 4 pour la 1^{re} partie de nuit (20H – 1H) et à 2 pour la 2^e partie (1H – 8H) .

Il est prévu de créer une MMG pour chacun des 9 secteurs.

La régulation médicale organisée au sein du SAMU – Centre 15 associe étroitement la médecine libérale à son fonctionnement depuis 1980. Cette régulation libérale est assurée par une trentaine de médecins généralistes regroupés au sein de IADUM 91 dans le cadre d'une convention passée avec le CH.

Pour évaluer l'activité annuelle de chaque secteur, divers indicateurs caractérisant les malades et leurs appels ainsi que les décisions des régulateurs et actes pratiqués seront collectés. Il est également prévu d'évaluer la satisfaction des malades et les difficultés rencontrées.

Au final, le cahier des charges essonnien présente certaines particularités par rapport au cahier des charges type :

- l'adaptation de la sectorisation se fait non seulement en fonction des plages horaires mais aussi en fonction de l'activité et sur toute l'année contrairement à la circulaire qui ne prévoit des aménagements que sur certaines périodes ou sur certaines plages horaires ;
- les horaires de la PdS incluent le samedi après midi ;
- les MMG terminent leur activité de consultations à 0H.

3.3.3 Le CODAMUPS

Le 11 mars 2004, le projet de PdS est présenté au CODAMUPS. Si les représentants des médecins libéraux sont, d'une manière générale, favorables à ce projet, leurs commentaires convergent pour faire état de certaines difficultés : un découpage des secteurs parfois inadéquat, une démographie plus faible qu'annoncée (850 vs 950), des plages horaires de gardes trop contraignantes pour les médecins déjà très sollicités, certains refusant d'assurer la PdS les soirs de semaine et, enfin, la question du financement occultée.

Ayant élaboré de façon consensuelle un budget pour les différents aspects de la PdS (honoraires de la régulation libérale et fonctionnement de l'ADUM, astreintes et honoraires pour les MMG et astreintes et majoration d'actes pour les VI assurées par l'association SOS Médecins), les médecins libéraux exposent qu'ils attendent une rémunération

attractive sans laquelle le projet n'est pas viable et ne peut être mis en œuvre dès à présent bien qu'il bénéficie de leur accord.

Pour le Préfet, le dispositif présenté est à mettre en œuvre sans délais : compte tenu de l'existence d'une précédente organisation, il ne s'agit pas d'une création de toute pièce. A propos du financement, il souligne que la PdS en bénéficie déjà par l'Assurance maladie pour les gardes et ajoute que, compte tenu des enjeux, il espère la participation des différents acteurs concernés : collectivités territoriales, Assurance maladie, communautés hospitalières.

3.3.4 L'arrêté préfectoral

L'arrêté préfectoral n°04485 fixant la sectorisation et le cahier des charges de la permanence des soins médicaux de ville pour le département de l'Essonne est signé le 21 avril 2004.

3.4 Le bilan de l'organisation de la permanence des soins un an après la prise de l'arrêté préfectoral

Au terme d'une année de fonctionnement du nouveau dispositif, le bilan révèle que le système est partiellement mis en œuvre.

A) La sectorisation

Sur les 43 secteurs existant initialement, il en persiste une vingtaine et non les 9 secteurs définis par l'arrêté préfectoral du 21 avril 2004.

B) La régulation libérale

Alors que les professionnels réclament la pérennisation des financements, aucune subvention n'est prévue pour la régulation libérale intégrée dans le Centre 15 au delà de la réunion du Bureau régional du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), le 13 mai 2005. L'obtention d'une subvention de ce fonds est peu probable puisque d'une part, le plafond de financement est atteint et d'autre part, l'Assurance Maladie participe au financement de la régulation dans le cadre de l'avenant n°4.

C) L'activité consultation dans les MMG

Concernant les MMG, 4 sont créées avant l'officialisation du dispositif et une 5^e après. En avril 2005, sur les 9 initialement prévues, seules 2 sont encore en fonctionnement. La raison des fermetures est le non renouvellement des financements FAQSV ou FASS (Fonds d'Actions Sanitaire et Social) pour celles qui ne répondaient pas aux critères de financement du FAQSV (c'est à dire ouverture de 20 H à 0H). Trois projets n'ont pas

abouti. En revanche, grâce à des négociations au niveau national, les médecins assurant des astreintes dans les MMG non financées par le FAQSV peuvent désormais bénéficier des 50 € versés aux médecins pour leur activité de PdS hors MMG.

D) L'activité visite à domicile

L'activité VI ou visites régulées à domicile n'est assurée que sur la partie nord du département par l'association SOS Médecins, effecteur principal des VI. Dans le nord, SOS Médecins remplaçait les médecins libéraux qui s'inscrivaient sur les listes de garde, à raison d'un par secteur (ancienne sectorisation). Les médecins remplacés reversaient alors, avec l'accord de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM), leur astreinte à SOS Médecins. Depuis la nouvelle sectorisation, même si elle n'est pas totalement appliquée, l'association SOS Médecins est moins sollicitée pour remplacer les médecins.

Par ailleurs, selon l'arrêté préfectoral du 21 avril 2004, le sud du département est, désormais, considéré comme 1 seul secteur. Le montant de l'astreinte, versée au médecin pour couvrir une telle superficie, s'élève par conséquent à 50 €. De plus, l'activité visite est peu importante. Il résulte que ni l'association SOS Médecins, ni les médecins libéraux n'assurent cette modalité de la PdS dans ce secteur (cf annexe 4).

L'absence d'effecteurs sur cette partie du département implique la mise en place d'une procédure spécifique par le Centre 15 lorsque la décision du régulateur est une visite qui ne peut être effectuée : conseil ou envoi d'un transport sanitaire. Cette procédure ne supprime pas la question de l'inégalité en termes d'accès aux soins pour les patients du sud du département mais, en plus, comporte des limites. Pour le directeur du Centre 15, du fait de l'augmentation de la décision « conseils » à l'appelant, la prise de risque est parfois démesurée dans le cadre d'une activité de régulation⁵⁴.

Pour évaluer les besoins en visites régulées dans le secteur Sud du département, le directeur du Centre 15 a travaillé sur les données statistiques collectées pendant le 1^{er} semestre 2004. Les appels aux horaires de PdS provenant de domiciles ou structures d'hébergement ont été triés ainsi :

- appels de 8H à 20H pour dimanche, jours fériés et samedi après-midi,
- appels de 20 à 0H, quel que soit le jour,
- appels de 0H à 8H, quel que soit le jour.

Aux jours et horaires de la PdS, les appels sont au nombre de 30 910. Les décisions prises pour ces appels sont réparties en 9 thèmes dont 3 ont été retenues par le directeur

⁵⁴ Réunion du CODAMUPS du 10 mai 2005.

du Centre 15 pour évaluer les besoins en visites régulées : "conseils", "envoi médecin", "donné n° médecin".

Le tableau ci-dessous présente les données pour les 3 types de décisions en fonction de la couverture ou non par SOS Médecins. Elles sont exprimées en % de l'ensemble des 9 décisions.

	PdS <u>avec</u> SOS (Nord) n = 24 904	PdS <u>sans</u> SOS (Sud) n = 6 006
Conseils (%)	28,8	38,8
Envoi médecin (%)	1,3	0,4
Donné n° de médecin (%)	20,2	3,7

Pour évaluer les besoins en visites régulées pour le secteur Sud, le directeur du Centre 15 a fait les constats suivants :

- le % de déclenchement direct de visites par le Centre 15 est égal à 1,3 dans le secteur couvert par SOS Médecins (secteur Nord) et de 0,4 pour le secteur non couvert (secteur Sud) ;
- le % de déclenchement indirect de visites par le Centre 15 est de 20,2 dans le secteur couvert par SOS et 3,7 pour le secteur non couvert.

Compte tenu que la sollicitation de SOS Médecins pour le secteur Sud se fera uniquement par la régulation, les hypothèses suivantes ont été posées :

- une partie des visites actuellement déclenchées sur un mode indirect en zone Sud sera confiée à SOS Médecins ;
- le recours au conseil médical baissera légèrement du fait des risques pris actuellement et de la possibilité nouvelle de visites.

Pour le directeur du Centre 15, ces constats et hypothèses conduisent à envisager, pour le secteur Sud et aux heures de PdS, un taux de visites allant de 1,3 à 5 % des décisions appliquées par le Centre 15. Rapporté à une activité de 12 000 dossiers traités sur l'année en zone Sud aux heures de PdS, on obtient une fourchette de 150 à 600 visites, soit en moyenne de **3 à 12 visites par semaine**.

4 METHODOLOGIE

4.1 La recherche bibliographique

La Banque de Données de Santé Publique avec son thésaurus constitue la base de la recherche. Les mots clés suivants sont utilisés : urgences et ses déclinaisons (organisation des urgences, service d'appels, service d'accueil des urgences, soins urgents, urgences hospitalières) ainsi que visite, garde, astreinte... mais aussi système de soins, continuité des soins, volontariat, bénévolat et enfin, charge de travail, stress, épuisement professionnel, activité professionnelle.

Le moteur de recherche Google a également facilité la recherche de documents. La base bibliographique CISMef est utilisée ainsi que PubMed pour la recherche sur les systèmes étrangers de PdS.

Pour suivre l'évolution du dossier, les sites de l'Agence de Presse Médicale et du Quotidien du Médecin sont consultés quotidiennement. L'Intranet du Ministère et les sites liés (Légifrance, Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), Observatoire Régional de Santé (ORS)...) sont visités très régulièrement. Les sites du Conseil de l'Ordre et des syndicats de médecins font également l'objet de fréquentes visites.

Enfin, de nombreuses informations sont obtenues grâce aux documents constituant le dossier PdS de la DDASS de l'Essonne : comptes rendus de réunions du CODAMUPS et du Comité de suivi, de groupes de travail et notes.

4.2 Le recueil et l'analyse des données quantitatives

Les données recueillies auprès du Centre 15 concernent les 4 premiers mois de l'année 2005. Il s'agit des 9 types de décisions prises par la régulation médicale suite aux appels du Centre 15. Le fichier est traité de manière identique à celle exposée au § 3.4 D.

Les données comparatives secteur Nord/ secteur Sud pour les consultations et visites de nuit, dimanches et jours fériés réalisées en soins de ville pour l'année 2003 et le 1^{er} semestre 2004 sont fournies par la CPAM de l'Essonne.

4.3 Le recueil et l'analyse des données qualitatives

Les médecins généralistes sont choisis selon leur lieu d'installation répertorié dans les "Pages Jaunes". L'objectif est de privilégier les zones rurales du secteur. Le mode d'exercice (individuel ou en association) est également pris en compte. Le dernier médecin est choisi en fonction de son âge de façon à avoir une représentation la plus large possible.

Les usagers et les élus interrogés sont les personnes ayant adressé des doléances.

Les autres entretiens concernent des professionnels impliqués dans la PdS : directeur du Centre 15, directeur de la Prévention et des Relations Conventionnelles de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Essonne, chef de service de l'UPATOU du centre hospitalier d'Etampes, vice-président du CDOM et président de l'association SOS Médecins Essonne.

Les personnes sont contactées par téléphone pour leur exposer l'objectif de l'entretien et son déroulement. Le rendez-vous est confirmé par mail lorsqu'ils dispose de ce moyen de communication. Un guide d'entretien est élaboré pour chaque catégorie de personnes. Celui destiné aux médecins généralistes libéraux figure en annexe 5.

Les entretiens sont enregistrés uniquement lorsque les interviewés donnent leur accord.

Une analyse thématique verticale et horizontale des entretiens est réalisée à l'aide du logiciel Word. La grille d'analyse est en annexe 6.

5 RESULTATS

5.1 Les données de la bibliographie

La recherche de documents sur la PdS s'est montrée très prolifique. De nombreux rapports et études que l'on peut regrouper en 3 périodes ont été réalisés sur le sujet : avant la grève 2001 – 2002, après la grève jusqu'à fin 2003 (publication du cahier des charges du dispositif de PdS) et 2004 - 2005.

Parallèlement à ces rapports et études, un nombre très important d'articles non scientifiques étaient publiés sur différents supports permettant de faire le point très régulièrement sur le dossier de la PdS à partir de différents point de vue.

Il convient de noter que la remarque de B. Morel⁵⁵ à propos de l'absence du mot-clé "PdS" dans le thésaurus de la BDSP est toujours d'actualité.

⁵⁵ MOREL B. *La permanence des soins de ville dans le département de l'Ain. Le volontariat des médecins généralistes : un pari risqué ?* Mémoire pour le diplôme de Médecin inspecteur de santé publique : Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 2003. 76p.

5.2 Les données quantitatives

5.2.1 Les données du centre de régulation des appels

Le nombre de dossiers, provenant d'appels d'un domicile ou d'un hébergement traités par le Samu, est égal à 44 949 pour le 1^{er} semestre 2004 soit 71,3 % de l'activité totale de ce semestre. Le pourcentage de conseils pour ces appels est égal à 27,8 % des décisions. Pour les 4 premiers mois de 2005, le nombre de dossiers égal à 36 645 soit une augmentation de 22 %, en extrapolant l'activité sur 6 mois, que ne peut pas expliquer à lui le seul phénomène saisonnier.

Pour le secteur Sud, le nombre de visites incompressibles évaluées (3 à 12 visites / semaine ou 150 à 600 visites / an) rapporté à 1000 habitants varie de 0,8 à 3,2 visites régulières / 1000 habitants / an. Si l'on calcule le nombre de visites pour le secteur Nord à partir des décisions du Centre 15 déclenchant ou pouvant déclencher une visite c'est à dire "envoi médecin" et "donné n° médecin" rapporté à 1000 habitants, on obtient le nombre 11,1 visites régulières / 1000 habitants / an soit 3,5 à 13,8 fois plus que pour le secteur Sud.

Les tableaux ci-dessous présentent les pourcentages des 5 décisions "conseils", "envoi médecin", "donné n° médecin", "MMG" et "envoi véhicule" (SMUR ou Véhicule de Secours aux Asphyxiés et aux Blessés (VSAB)) pour les 2 semestres et les secteurs couverts par l'association SOS médecins (SOS OUI) et le secteur non couvert (SOS NON) en fonction des 3 périodes de PdS : 8 H – 20 H, 20 H – 0 H et 0 H – 8 H. Les pourcentages sont exprimés par rapport au nombre total des 9 décisions.

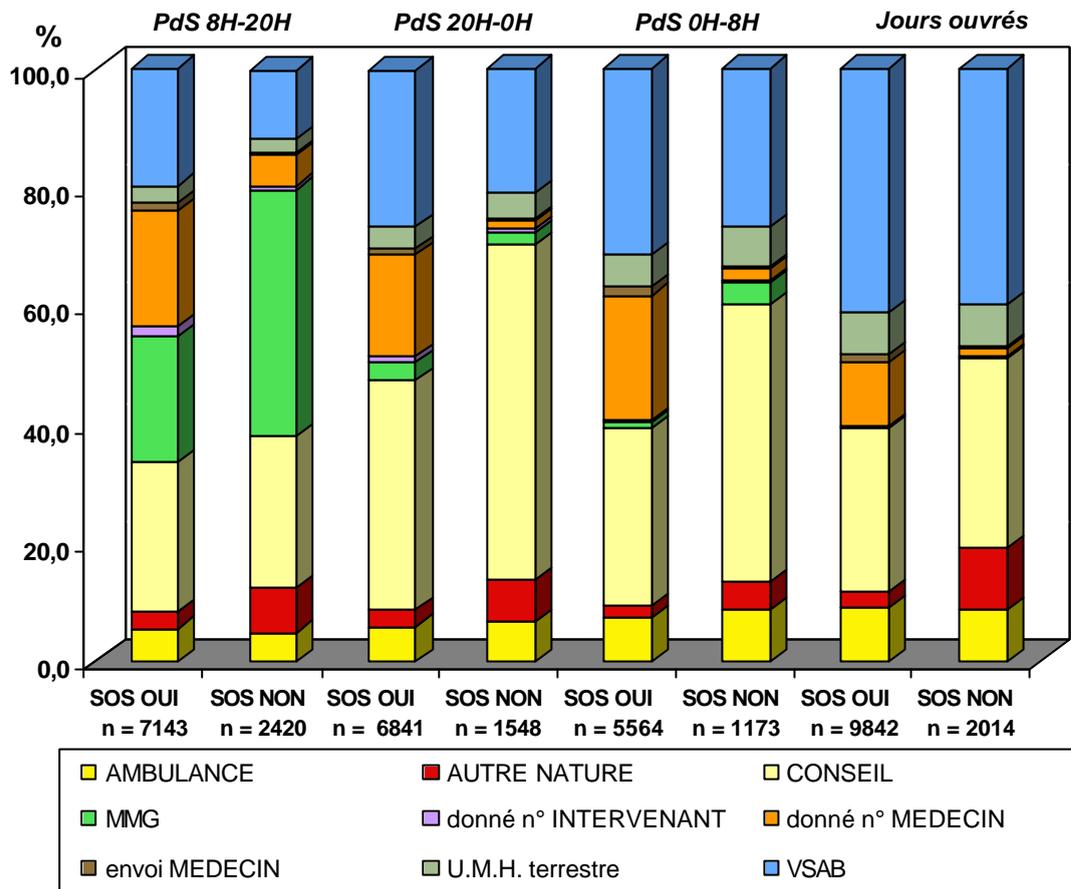
SOS OUI	PdS 8 H – 20 H		PdS 20 H – 0 H		PdS 0 H – 8 H	
	en % du nombre total des 9 décisions		en % du nombre total des 9 décisions		en % du nombre total des 9 décisions	
Type de décisions	1^{er} semestre 2004	Janvier – Avril 2005	1^{er} semestre 2004	Janvier – Avril 2005	1^{er} semestre 2004	Janvier – Avril 2005
Conseils	25,1	25,6	34,6	38,9	25,6	30,4
Envoi médecin	1,5	1,4	1,3	1,2	1,1	1,4
Donné n° méd.	23,5	19,7	17,7	17,2	19,7	21,1
MMG	11,8	21,1	1,3	3,2	0,5	0,8
Envoi véhicule	28,8	22,6	36,3	30,4	43,9	36,9

Dans le secteur couvert par SOS Médecins (Nord) aux horaires de PDS, entre 2004 et 2005, on note que, de 8 H à 20 H, la diminution de l'envoi de véhicules se fait au profit des MMG. Dans la 1^{re} partie de nuit, la diminution de l'envoi de véhicules est compensée par l'augmentation du taux de conseils et de MMG alors que, dans la 2^e partie de nuit, seuls les conseils sont augmentés puisque les MMG ne sont pas ouvertes en 2^e partie de nuit.

SOS NON	PdS 8 H – 20 H		PdS 20 H – 0 H		PdS 0 H – 8 H	
	en % du nombre total des 9 décisions		en % du nombre total des 9 décisions		en % du nombre total des 9 décisions	
Type de décisions (%)	<i>1^{er} semestre 2004</i>	<i>Janvier – Avril 2005</i>	<i>1^{er} semestre 2004</i>	<i>Janvier – Avril 2005</i>	<i>1^{er} semestre 2004</i>	<i>Janvier – Avril 2005</i>
Conseils	26,9	26	52,8	56,9	42,4	47,1
Envoi médecin	0,6	0,2	0,4	0,2	0,1	0,3
Donné n°méd.	5,8	5,3	2,4	1,6	1,6	2,1
MMG	35,6	41,5	0,6	1,9	3,7	3,5
Envoi véhicule	23,1	14,2	34,7	25,3	41,6	33,5

Dans le secteur Sud non couvert par SOS Médecins, la comparaison entre 2004 et 2005 montre que, quelle que soit la période de PdS, la diminution du taux d'envoi de véhicule est compensé par la MMG aux horaires de jour et seulement par les conseils pendant les 2 périodes de nuit. Dans la 2^e partie de nuit par rapport à la 1^{re}, on remarque une élévation de l'envoi de véhicule aux dépens des conseils, quel que soit le semestre. En 2005, pour ces 2 périodes, le taux de conseil est très élevé et même supérieur à la moitié des décisions pour la 1^{re} partie de nuit.

La figure ci-dessous présente la répartition des 9 types de décisions de la régulation pour les 3 périodes de PdS et les jours ouvrés en fonction des appels pour les 4 premiers mois de 2005.



Globalement, dans la journée des jours ouvrés, le taux de conseils est d'environ 30 % quel que soit le secteur. Ce taux reste comparable dans les 2 secteurs de 8 H à 20 H les dimanches et jours fériés, puisque les MMG sont ouvertes. Il reste que la MMG du secteur sud est beaucoup plus fréquentée par les usagers que celle du secteur nord qui, lui, bénéficie, en plus, de la couverture par SOS Médecins. Dans les 2 parties de nuit, les taux de conseils sont très nettement supérieurs dans le sud par rapport au nord compte tenu de l'absence de SOS Médecins.

5.2.2 Les données de l'Assurance Maladie

Les données de la CPAM pour le département portent sur les 2 semestres de 2003 et le 1^{er} de 2004. Il s'agit de la répartition des consultations et des visites de nuit, dimanche et jours fériés pour le nord et le sud du département. Pour les 3 semestres, on trouve une répartition inverse entre consultations et visites pour les 2 secteurs :

- nord : 1/3 de consultations (C) et 2/3 de visites (V)
- sud : 2/3 de consultations et 1/3 de visites

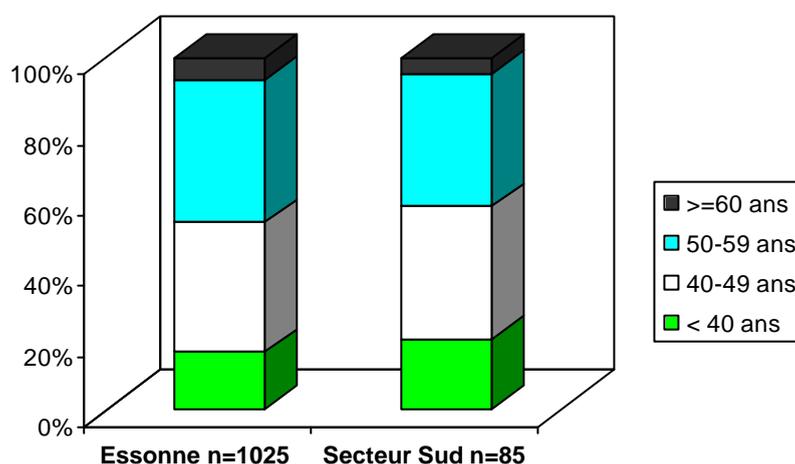
Alors que la répartition des actes (C + V) entre nuit et jour férié est identique pour le nord, elle est de 1/4 pour les actes de nuit contre 3/4 pour ceux effectués les jours fériés dans le Sud.

Globalement, le nord est plus consommateur d'actes que le sud avec 90 % des actes pour 85 % des bénéficiaires. Cette répartition reste stable pour les 3 semestres étudiés.

Pour le 1^{er} semestre 2004, le nombre de visites aux horaires de PdS est égal à 21 781 pour le secteur Nord soit 22,6 visites pour 1000 habitants. Pour le secteur Sud, pour le même semestre, le nombre de visites aux horaires de PdS est égal à 1 416 soit 7,5 visites pour 1000 habitants. Si l'on fait l'hypothèse que la consommation en visites au 2^e trimestre est identique à celle du 1^{er}, on trouve une consommation annuelle de visites égale à 45,2 visites / 1000 h / an pour le Nord et 15 visites / 1000 h / an pour le Sud soit 3 fois moins.

5.2.3 Les caractéristiques des médecins généralistes de l'Essonne

La figure ci-dessous présente la répartition des médecins sur l'ensemble du département et sur le secteur étudié par tranches d'âge.



5.3 Les données recueillies à partir des entretiens

Dix-huit entretiens sont réalisés dont un par téléphone. La majorité des entretiens a duré entre 1 H et 1H 30. Leur répartition est la suivante :

- 9 médecins généralistes dont le promoteur de la MMG du secteur Sud
- 2 maires de communes du secteur Sud
- 2 usagers du secteur Sud rencontrés en même temps
- le directeur du Centre 15
- le chef de service de l'un des 2 UPATOU du secteur Sud
- le vice- président du CDOM
- le président de l'association SOS Médecins Essonne
- le directeur de la Prévention et des Relations Conventiionnelles de la CPAM de l'Essonne

La grille d'analyse est en annexe 6.

5.3.1 Les caractéristiques et le mode d'exercice des médecins interrogés

Neuf médecins soit 2 femmes et 7 hommes ont été interrogés. Leur âge variait entre 34 et 61 ans (âge moyen = 51,6 ans). Il est à noter que cet échantillon sur-représente la tranche des 50-59 ans.

Leur lieu d'installation est indiqué sur la carte présentée en annexe 2. Deux praticiens exercent dans des communes de moins de 2 000 habitants et 2 dans des communes de plus de 5 000 habitants.

Leur durée d'installation est de 20 ans en moyenne (7 – 32 ans).

Quatre médecins sur 9 travaillent en association. Les médecins exerçant seul ont des remplaçants sauf un. La moitié travaille uniquement sur rendez-vous et l'autre avec et sans rendez-vous. Tous font des visites à domicile mais disent en faire moins qu'avant et les limiter à leurs patients les plus âgés et aux habitués.

Deux praticiens ont une activité égale ou supérieure à 40 actes / jour et 2 égale ou inférieure à 20 actes / j. La plupart travaille le samedi matin mais prend 1/2 journée ou une journée de repos dans la semaine. La plage de travail s'étend en général de 8 H 30 jusqu'à 19 H - 21 H avec pour certains une période de moindre activité dans la journée.

5.3.2 Des modalités de participation à la PdS différentes depuis la grève des gardes de 2001-2002

A) Participation à la PdS avant la grève 2001-2002

Tous les médecins interrogés participaient à la PdS. Leur contribution était variable : pour deux d'entre eux, elle était d'une nuit sur 2 en semaine et d'un week-end toutes les 5 à 6 semaines en fonction du nombre de médecins sur le canton concerné. Ce rythme a duré pendant 18 ans pour l'un et 10 ans pour le 2^e. Un 3^e a vu cette fréquence élevée s'abaisser progressivement avec l'installation progressive de nouveaux confrères sur le canton. Pour d'autres, dans des zones plus urbaines du secteur, les astreintes étaient hebdomadaires ou bimensuelles.

L'un des médecins explique, qu'avec ses associés, il a assuré les astreintes, y compris pendant la grève 2001 – 2002, jusqu'au printemps 2004. Leur charge de travail était telle qu'ils arrêtaient à 23 h 30. Cette situation a duré.

Quatre médecins sur les 9 signalent qu'ils se faisaient remplacer pour leurs astreintes.

Un élu constate :

"Il y a l'époque quand on appelait un médecin, on l'avait 24 H sur 24 et 7 j sur 7".

B) Participation actuelle à la PdS

Avec la parution du décret du 15 décembre 2003, basant la participation à la PdS sur le volontariat, l'engagement des professionnels dans la PdS se modifie. Parmi les 9 médecins, 4 assurent des astreintes à la MMG d'Etampes qui est ouverte le samedi de 14 H à 20 H et le dimanche et les jours fériés de 8 H à 20 H. L'un d'entre eux sous-traite sa participation à un remplaçant :

"Après 25 ans d'exercice, j'essaye d'en faire le moins possible."

Un autre explique :

"Ce n'est pas parce que ça m'enthousiasme, c'est pour éviter que l'on nous mette quelque chose de plus contraignant".

Un autre praticien, associé avec 2 confrères, travaille quant à lui tous les samedi après midi :

"Mes collègues travaillaient le matin et s'arrêtaient de plus en plus tard, ils n'en pouvaient plus."

Un médecin installé sur le secteur de Dourdan assure les consultations le week-end et les jours fériés de 8 H à 20 H soit environ 1 week-end tous les 2 mois. En semaine, les urgences sont prises en charge par le centre hospitalier de Dourdan.

Enfin, 3 ne participent plus à la PdS : 2 d'entre eux se trouvent trop âgés pour prendre des gardes :

"J'ai passé l'âge de faire des gardes sur le canton"

Réflexion à laquelle s'ajoute pour l'un d'entre eux :

"Je ne participe pas à la MMG d'Etampes car mes correspondants [médecins] sont sur Fontainebleau".

Au total, si 2/3 des médecins interrogés participent à la PdS par le biais de l'activité consultation dans la tranche horaire 8 H – 20 H, en revanche, aucun n'assure d'astreintes dans le cadre de visites à domicile régulières. Pour le responsable du centre de régulation, alors que la situation s'est dégradée progressivement dans le nord du département, dans le sud, l'arrêt a été assez brutal en 2002.

Seul un des médecins, bien que ne participant plus aux astreintes, est contre le volontariat :

"Je pense que tout le monde devrait participer mais à partir du moment où c'est le volontariat, s'il y en a qui veulent le faire... Moi, je connais des gens qui le font avec plaisir."

Pour ceux qui sont pour le volontariat, il convient de noter que sa remise en cause entraînerait une cessation d'activité chez 2 médecins, notamment chez le plus jeune d'entre eux.

C) Les visites aux horaires de la PdS

Lorsque certains de leurs propres malades sont en difficulté, tous sont joignables, soit directement par téléphone, soit de façon indirecte.

On se déplace parce que les gens ont nos cordonnées. Là, on fait de la PdS sans le dire, c'est pas officiel."

Le plus souvent, cela concerne des personnes en fin de vie. Pour ces patients, en cas de nécessité, les médecins acceptent de se déplacer dans la journée. Pour les déplacements nocturnes, 2 médecins ont une position très claire, l'un acceptant de se déplacer pour les visites réellement indispensables et l'autre refusant : *"de nuit, jamais"*. La position des autres médecins est moins affirmative peut-être parce qu'ils n'y ont pas été confrontés :

"Depuis la grève des gardes, je ne suis plus appelé la nuit"

"Je n'ai jamais dû faire de visites à des malades à qui j'avais laissé mon numéro de téléphone".

Les visites sont peu fréquentes : 1 à 2 fois par an pour certains, environ 1 fois par mois pour d'autres.

5.3.3 Les demandes des usagers en matière de visite à domicile aux horaires de la PdS : une évolution dans l'attitude des malades

A) Les demandes avant la grève des gardes de 2001 - 2002

"Des gardes, j'en ai pris pendant 25 ans ! On a fait tellement n'importe quoi pendant les gardes c'est à dire soigner des varicelles, le dimanche après midi."

"Des gens pratiquement mourants qui vous demandent de venir après 17 H parce qu'ils doivent aller chez le coiffeur ou après 20 H parce que le match sera fini."

"Il y a 5 ans, les gens appelaient n'importe quand, pour n'importe quoi. C'est ça aussi qui a motivé l'arrêt des gardes."

B) Les demandes actuelles

Tous les témoignages concordent pour signaler un changement dans les motifs d'appel des malades pour des visites à domicile lors des astreintes :

"Les gens ont intégré le fait que les médecins ne sont plus corvéables. Ils comprennent et voient les horaires qu'on fait".

Cette constatation se vérifie par le respect des patients pour le numéro de téléphone personnel que leur confie les médecins en cas de problème : absence d'appels inopportuns de la part des malades concernés et absence d'appels d'autres patients par transmission du numéro :

"On arrive à maintenir le secret. Il n'y a pas d'abus avec le portable".

L'un des médecins libéraux explique ce changement d'attitude par l'éducation des malades, ce que constate également le responsable d'un service des urgences :

"Les gens ont été éduqués, auto-éduqués car pas d'offre, pas de demande"

"La grève a éduqué en quelque sorte les malades car en post-grève, ils appelaient moins par une sorte d'action pédagogique des médias."

Ceci n'empêche cependant pas les reproches :

"Les gens vous comprennent, ils vous plaignent. Vous travaillez beaucoup, vous faites de longues journées mais quand ils vous appellent à 21 H et que vous dites que vous ne pouvez pas les recevoir, ils ne comprennent pas."

Les usagers interrogés font partie du 4^e âge. L'hiver dernier, l'un d'eux, un dimanche, souffrant d'une trachéite avec fièvre, a appelé le centre 15. Celui-ci a répondu de se rendre à la pharmacie de garde qui ce week-end là était distante de 60 km aller - retour. Seul chez lui, le problème a finalement été résolu par son fils venu le voir ce dimanche.

Pour les 2 élus, une situation nécessitant un médecin est le décès de l'un de leurs administrés. Tous deux ont été confrontés à diverses reprises à l'absence de médecin pour faire le constat de décès. L'un d'entre eux ayant une maison de retraite dans sa commune, rapporte que, parfois, il a fallu la présence des gendarmes et plusieurs heures avant de trouver un médecin acceptant de se déplacer pour signer le certificat de décès. Cette situation a d'ailleurs fait l'objet d'articles dans les journaux à plusieurs reprises. L'un des élus résume ainsi la situation :

"On ne peut pas être malade le week-end".

Cette constatation est relayée par certains médecins interviewés :

"Ce qui pose problème, c'est le dimanche, il y a trop de temps entre le samedi soir et le dimanche"

C) L'information donnée aux usagers sur la PdS

Le moyen le plus utilisé pour informer les malades sur les modalités de la PdS est le répondeur téléphonique renvoyant sur le 15 (7 fois) puis les affiches dans la salle d'attente (2 fois). Un médecin utilise les 2 modalités d'information.

Concernant les usagers, l'un signale :

"Le médecin ne donne pas d'indications, il ne prévient pas, il faut lui demander."

Quant aux 2 maires, ils trouvent gênant de ne pas pouvoir citer comme auparavant, dans leur journal local, le nom du médecin d'astreinte alors que celui de la pharmacie de garde y figure.

5.3.4 Les motifs de déclenchement d'une visite à domicile par le centre 15 régulation : un sujet de discussion entre les médecins régulateurs/urgentistes et les médecins libéraux

Qu'ils soient hospitaliers ou libéraux, tous s'entendent pour affirmer que les visites à domicile effectuées en dehors des heures d'ouverture des cabinets libéraux doivent être déclenchées par le centre de régulation des appels du département.

A) Les motifs de déclenchement pour le médecin responsable du centre de régulation des appels

Pour lui, ce sont :

"Des douleurs importantes avec malade difficile à déplacer comme par exemple les coliques néphrétiques, des accidents aigus sur des pathologies chroniques et des malades difficilement mobilisables comme les personnes du 4e âge, les soins palliatifs, les états psychiatriques aigus, un état de mal asthmatique, des douleurs thoraciques atypiques, des pathologies de la 1ère enfance avec impossibilité organisationnelle de se déplacer (mère seule avec autres enfants) et les constats de décès. Ce sont des exemples et c'est toujours à apprécier en fonction de l'heure d'ouverture des cabinets médicaux."

B) Les motifs de déclenchement pour les médecins libéraux

Parmi ceux-ci, 2 ont eu une expérience de la médecine d'urgence au début de leur carrière. Seul, l'un d'entre eux est globalement en accord avec les motifs du directeur du Centre 15 auxquels il ajoute les convulsions thermiques et les méningites chez l'enfant en tenant ces propos :

"Aujourd'hui, si un enfant a des convulsions à 2 H du matin, on va aller au clash. Le temps que le SAMU arrive... !"

Pour les autres médecins, les motifs cités par le responsable du centre de régulation ne correspondent pas réellement à leur pratique. Le motif le plus cité est la colique néphrétique. L'un d'entre eux hospitalise les malades car :

"Même si la 1^{ère} injection fait de l'effet, on ne sait pas si l'on ne va pas être dérangé 1 heure après".

Récemment, un patient d'un autre médecin a souffert de cette pathologie :

"Il a téléphoné au 15 qui lui a envoyé le SMUR qui l'a emmené à l'hôpital qui l'a soigné. On se serait déplacé, on aurait fait la même chose. On aurait fait hospitaliser la personne. Alors finalement, c'était une visite pour rien."

Ces médecins discutent aussi les états psychiatriques aigus :

"On va les hospitaliser, pour les hospitaliser, il va falloir déplacer un SAMU pour des raisons de sécurité en cas de choc et de toute façon, il va falloir médicaliser pour hospitaliser."

Un autre médecin a déjà rencontré des problèmes avec des malades souffrant de ce type de troubles et ne veut plus les prendre en charge :

"Les pompiers et les gendarmes sont plus costauds."

Un accompagnement par ces derniers ou par la police est demandée par une de ses consœurs pour ces situations.

Pour les personnes âgées, l'hospitalisation est le plus souvent la règle pour ces médecins en cas de problème :

"Ça justifie l'hospitalisation. On peut organiser un transport direct pour les urgences car on sait ce qui va se passer. Les rares cas où ces personnes du 4^e âge justifieraient une visite du médecin généraliste à domicile, en supposant qu'ils puissent rester chez eux, il n'y en a quasiment pas."

Le motif médico-social reçoit une écoute plus favorable de la part de ces médecins :

"Il y a la visite incompressible pour raison médico-sociale. Ça peut être le seul problème."

L'un d'eux souligne cependant son scepticisme compte tenu des expériences passées :

"Ils font déplacer le médecin parce qu'ils ne veulent pas se déplacer et font chercher les médicaments le lendemain."

Enfin, pour ces médecins, le motif de visite à domicile aux horaires de PdS le plus discuté est le certificat de décès. Pour trois d'entre eux, il s'agit incontestablement d'un motif de visite à domicile. L'un d'eux ajoute :

"Un certificat de décès, c'est gratuit. C'est un échec de notre part, même si ce n'est pas toujours vrai, donc c'est gratuit."

Dans le secteur d'un de ces praticiens, c'est un médecin des pompiers qui se charge de les rédiger. A l'inverse, pour l'un des médecins, le décès ne constitue aucunement un motif de déplacement à domicile aux horaires de PdS. Les autres estiment que cela dépend des circonstances :

"Nous avons eu des patients qui nous ont appelé à 3 H du matin pour nous demander de passer pour un certificat de décès. Quand on leur explique qu'on va passer à 6 ou 7 H, ils comprennent."

Cependant, si le décès survient le samedi soir, ce même médecin répond :

"Oui, ça pose problème. Ça revient à ce que j'ai dit, ce qui pose problème, c'est le dimanche."

Concernant les décès, lorsque aucun médecin ne se déplace à domicile, le responsable du service des urgences explique que le SMUR se rend au domicile du malade pour faire le certificat mais ajoute :

"Je ressens ces détournements comme une dépréciation du service rendu, comme un détournement de la mission alors qu'il y a beaucoup à faire."

C) Les motifs de déclenchement pour SOS Médecins

On peut les rapprocher de ceux du centre de régulation des appels : personnes âgées, accident vasculaire cérébral, douleurs thoraciques, douleurs abdominales chez les femmes et oedème aigu du poumon qui a quasiment disparu.

5.3.5 Un secteur géographique à redéfinir : des avis partagés

Trois des médecins interrogés parlent d'un secteur géographique :

"... trop grand, on passerait trop de temps pour aller d'un point à un autre par rapport au temps nécessaire auprès d'un patient."

Compte tenu de l'étendue du secteur, les médecins de l'Est du département travaillent avec des correspondants du département voisin, la Seine-et-Marne et trouveraient utile pour les patients d'avoir une MMG à Fontainebleau pour les consultations non programmées. Le médecin dont le cabinet est localisé le plus au sud du département souligne qu'il a de nombreux patients habitant dans le Loiret et l'Eure-et-Loir car il est le médecin le plus proche. Ce problème de distance est également évoqué par les maires des 2 communes qui souhaiteraient que l'on raisonne au niveau cantonal ou intercommunal.

5.3.6 Les obstacles à la mise en œuvre des astreintes

A) L'accumulation de la fatigue et du stress tout au long des années : la sécurité des malades en jeu

C'est le principal obstacle retrouvé dans les propos des médecins interrogés.

De façon récurrente dans toutes les interviews y compris chez le médecin le plus jeune, le manque de sommeil pendant les nuits d'astreinte est exprimé très clairement :

"Quand vous vous couchez le soir et que vous avez le téléphone à côté de l'oreille, vous ne dormez pas correctement"

"Je me couchais tout habillé car je pensais que le téléphone allait sonner. Je ne pouvais plus dormir".

Pour illustrer le stress auquel sont soumis les médecins en raison des astreintes :

"La terreur du lendemain, car j'ai toujours eu besoin de dormir le lendemain des gardes"

"Quand le téléphone sonne, je fais un bon de 2 mètres dans mon lit".

Un sentiment de malaise accompagne ce ressenti :

"Au début, on ne se le disait pas, on n'osait pas se l'avouer mais en fin de compte, on pensait tous la même chose".

Un des médecins signale que lui-même et ses associés ont eu de sérieux problèmes de santé.

Le faible nombre de visites potentielles, voire l'absence même de déplacements certaines nuits, n'a pas d'influence sur leur fatigue :

"Le fait de savoir que le téléphone pouvait sonner, je ne dormais pas, je me réveillais 10 fois dans la nuit en disant, vivement 6 H du matin".

"Même lorsqu'il y a peu de risque d'être appelé, on se rend disponible, on ne dort pas, on attend le téléphone !"

Au niveau des conséquences sur leur charge de travail, tous sont unanimes :

"Aujourd'hui, je suis au bout de ce que je peux donner. Je travaille 6 jours sur 7 sauf le vendredi après midi. Ça fait des semaines de 70-80 H à peu près. Je ne prends pas beaucoup de vacances."

"Ce que ne comprennent pas bien les usagers, c'est la difficulté d'enchaîner 36 H d'affilée. On demande aujourd'hui à quelqu'un de faire 35 H dans la semaine, nous, si on fait une nuit de garde, on enchaîne 36 H du lundi matin au mardi soir."

"Nous à l'époque où on faisait des gardes, on pouvait se lever jusqu'à 3 fois la nuit et le lendemain être obligé de commencer une journée tout à fait normale."

Tous expriment les répercussions possibles sur la prise en charge de leurs patients :

"Je devenais dangereuse car je faisais tout pour ne pas sortir",

"Je crois qu'on est quand même moins vigilant pour les consultations",

"Enchaîner et faire 36 H d'affilée de consultations, c'est dangereux",

"Si on fait une nuit de garde le lundi soir, on enchaîne 36 H du lundi matin au mardi soir. Il faut qu'on soit efficace le mardi soir pour traiter une pathologie lourde"

"Avant quand je faisais 3 voire 4 nuits d'affilée, je n'écoutais plus les malades".

B) Mieux concilier travail et vie familiale : une demande constante

Ce désir découle assurément des difficultés ci-dessus et les illustrations sont nombreuses :

"Depuis qu'il n'y a plus de garde, je revis, c'est incontestable et j'ai handicapé ma vie familiale."

"Le fait de ne plus avoir de garde depuis 2002 a complètement changé ma vie."

"Je suis marié, j'ai des enfants. Ma femme, ça va, mon fils [5 ans] me réclame de plus en plus. Mon aînée comprend, elle a 12 ans mais le 2^e pleure le matin."

"Depuis qu'on ne fait plus de visite la nuit surtout, la qualité de vie est bien meilleure. On quitte le cabinet le soir en sachant qu'on va rentrer et qu'on va dormir."

C) Une rémunération des astreintes insuffisante pour se faire remplacer le lendemain

Compte tenu de la fatigue engendrée par les astreintes, des médecins souhaiteraient pouvoir ne pas travailler le lendemain :

"Il est évident que personne ne travaillera la nuit, si le lendemain, il est obligé de travailler."

"Maintenant quand on voit ne serait-ce que les urgentistes qui vont être en grève ou sont déjà en grève, quand ils font une nuit de garde, le lendemain ils récupèrent."

Cependant, leur patientèle ne doit pas en pâtir :

"Si je ferme pendant une journée, il y a plus de travail pendant 2 – 3 jours, ça devient infernal, je le paye très cher les jours suivants."

Et il leur faut trouver et rémunérer un remplaçant :

"Il faut que les astreintes soient suffisamment rémunérées"

"On veut bien faire des visites, ça dépend du prix."

D) La prise en charge des besoins de santé urgents à domicile : des compétences et une expérience émoussées, une pharmacie non adaptée

Parmi les médecins interrogés, deux, malgré une expérience aux urgences en début de carrière, soulignent :

"J'ai perdu la main pour certains gestes. Les visites régulées par le 15, il restera les cas graves."

"Les compétences diminuent, on ne pratique pas assez souvent. Aujourd'hui face à un infarctus, un œdème du poumon, on est un peu moins réactif."

Quatre signalent le manque de médicaments adaptés à la prise en charge des urgences :

"Maintenant, on n'a plus rien, on ne peut plus rien se procurer. Les labos n'ont plus le droit de nous donner des échantillons. On n'a plus de Valium^â. Il faudrait passer notre temps à la pharmacie. On n'a pas que ça à faire. On n'a plus rien comme produit d'urgence. "

"Pour les états d'agitation, les médicaments agissent au bout d'une demi-heure :le problème est de rester avec une personne agitée."

E) Il y a sécurité et sécurité

A l'évocation de la sécurité, la 1^{ère} idée est la confrontation à la violence physique ou verbale. Une telle expérience n'a été vécue par aucun des médecins interrogés. Deux ont eu leur cabinet cambriolé. Il reste que tous y pensent et citent la ville d'Etampes comme lieu potentiel de problèmes et à un moindre degré celle de Milly-la-Forêt. L'un deux évoque même la nécessité de la présence de la police ou des gendarmes dans ces cas.

L'autre facette de la sécurité dans ce secteur est les intempéries et la rencontre avec des sangliers comme le raconte l'un des médecins. Cependant, depuis les téléphones portables, cet aspect de la sécurité ne constitue pas un véritable obstacle.

F) Des remplaçants rares et chers !

Presque tous les médecins qui ont affaire avec des remplaçants évoquent la difficulté à les trouver et/ou leur cherté.

"Maintenant, beaucoup de médecins ferment leur cabinet pendant les vacances car il n'y a pas de remplaçants."

"J'ai lâché les gardes environ 2 ans avant la grève car j'avais des remplaçants que je payais pour faire les gardes car je ne voulais plus les faire et il n'y avait pas assez de malades pour intéresser les remplaçants [aux visites de nuit]."

"Je travaille en cabinet de groupe : 3 médecins. Nous avons des remplaçants pendant les vacances mais on leur offre des conditions avantageuses."

"Les rapports avec les remplaçants, ça a changé aussi. La 1^{ère} chose dont parle un remplaçant c'est l'argent."

Un seul médecin dit :

"Il y a des remplaçants que ça intéresse [de faire des astreintes à la MMG]. Moi je connais des gens qui le font avec plaisir."

G) Les problèmes spécifiques aux femmes médecins

Les 2 femmes médecins interrogées ont des enfants et soulignent les difficultés qu'elles rencontrent ou ont rencontrées lors des astreintes :

"Quand mon enfant était petit et quand mon mari travaillait de bonne heure, j'étais obligé de le faire garder si un appel survenait tôt le matin car je n'avais personne pour le garder."

"On fait des nouilles pour le dîner. Il faut faire garder son enfant."

H) Une remarque partagée par beaucoup : la dégradation des conditions de travail

Tous soulignent le changement dans l'exercice de leur profession depuis une dizaine d'années :

"Ça se dégrade, on travaille de plus en plus, on finit de plus en plus tard. On voit les journées qui se rallongent. Au début, je finissais vers 19 H. Aujourd'hui... L'hiver, ça a été au minimum 22 H."

"Actuellement, je suis un peu à cran : réforme, formation obligatoire et sanctions financières."

"On travaille plus qu'avant. On travaille différemment : la demande et l'exigence ont augmenté. Les rapports sont plus difficiles, les gens sont pressés, courent. C'est plus stressant."

Il s'ensuit une démotivation de la part de certains médecins :

"On a une profession libérale mais on n'a plus rien de libéral sauf les inconvénients. Je pensais avoir des horaires et des vacances plus souples et ce n'est pas le cas. Il n'y a même pas de compensation financière, je fais le ménage de mon cabinet moi-même car d'après mes calculs cela me revient moins cher."

"Les médecins sont très démotivés. Leur action n'est pas reconnue. Quoi qu'ils fassent, ce n'est pas bien."

Pour d'autres, cette démotivation est liée au fait que les projets qu'ils avaient avec SOS Médecins et les MMG dans le département ne sont pas encore mis en oeuvre :

"Il y a un sentiment de démotivation et une déception. S'il y avait un financement [pour SOS Médecin et un financement pérenne pour les MMG...], on aurait continué comme ça et même plus."

I) Une évolution de la société

"J'ai un remplaçant qui adore la médecine générale et qui me dit : "J'ai envie de m'occuper de mes gamins, je n'ai pas envie de m'installer. Je veux bien travailler 35 – 40 H par semaine mais pas plus."

"Ils [les jeunes médecins] ont une notion de protection de leur vie privée qui est nettement supérieure à celle que nous pouvions avoir."

Un médecin trouve que la responsabilité est de plus en plus lourde :

"On ne connaît pas les gens, il faut aller vite, la décision doit être rapide. Le patient et le médecin du patient sont moins indulgents vis à vis du médecin de garde. En plus, les visites ne sont pas toujours payées (décès, personne en difficulté...)"

J) Urgence et PdS : une mission de service public ?

C'est ce que pense certains y compris le CDOM :

"On demande à une profession d'exercer une mission de service public et on ne met pas les moyens en face."

"Je ne vois pas comment on peut sortir d'une problématique si l'Etat ne prend pas comme notion de service public, la prise en charge des urgences."

5.3.7 Des propositions pour reprendre les astreintes

A) Organiser un repos compensateur

Afin de ne pas mettre en jeu la sécurité des malades un lendemain d'astreinte, tous les médecins interrogés, excepté un praticien réfractaire à la reprise des astreintes, évoquent cette solution même si certains ne savent pas comment elle pourrait être mise en place :

"S'il [le médecin] accepte de faire ça [les astreintes] et qu'il est libéral, ça suppose qu'il puisse se reposer le lendemain..."

"... alors, demain matin, je vais au lit et je dors jusqu'à 14 H ; ça serait supportable."

"Un repos compensateur : bonne idée mais difficile à mettre en place."

B) La nécessité de travailler le lendemain

Si l'idée d'un repos compensateur est partagée par tous, il en est de même pour la nécessité de travailler le lendemain.

"Si quelqu'un voit les malades à votre place le lendemain, oui, pourquoi pas. Il faut qu'il y ait quelqu'un sinon c'est encore pire car si on fait une nuit de garde, qu'on voit 1 ou 2 patients la nuit et qu'on ferme le lendemain matin, c'est encore pire au niveau de l'organisation du système de soins : c'est rarissime que les gens appellent la nuit. Quand ils ont mal, ils viennent le matin vers 8 H – 8 H 30."

"Un repos compensateur, oui mais il faut un remplaçant qui est difficile trouver."

"En garde, on s'occupe des malades des autres et le lendemain, nos propres malades nous attendent."

C) Une compensation financière indispensable

Cette nécessité est clairement affichée par les médecins. Pour le CDOM, le repos compensateur va de pair avec une rémunération leur permettant, soit de compenser le manque à gagner, soit de financer un remplaçant.

"La récupération des astreintes juste pour permettre de fermer le cabinet le lendemain matin à condition que ce soit rémunéré."

"L'astreinte doit être attractive pour payer le repos compensateur."

"A part un arrangement financier, je ne vois rien pour arranger la situation."

D) Une formation aux urgences : oui, mais...

La reprise des astreintes signifierait pour les médecins être confrontés à de véritables urgences compte tenu de la régulation par le Centre 15. Pour améliorer la prise en charge de ces malades, un des médecins, ancien urgentiste, propose :

"L'idéal, ça serait d'avoir un pied sur l'hôpital : une journée tous les 3 mois à l'hôpital pour reprendre un peu les réflexes, faire un peu de régulation pour savoir ce qu'on vit car ce n'est pas facile. De petites formations comme ça."

Cependant, si l'ensemble des médecins est d'accord sur une formation aux urgences, la mise en œuvre paraît plus difficile :

"Une formation, ça coûte cher."

"J'ai besoin de formation mais je n'ai pas le temps et ça coûte cher."

E) La mise à disposition d'une trousse d'urgences par le service des urgences

C'est ce que propose l'un des médecins pour pallier le manque de médicaments efficaces et la péremption de ceux-ci.

F) Les gendarmes pour la sécurité

Alors que pour les médecins, les problèmes de sécurité sont accessoires, l'un des maires interrogés fait une proposition :

"Aujourd'hui, on est dans le Sud de l'Essonne, on n'a pas de gros problèmes de sécurité mais si on devait les prendre en compte, je comprends aussi. On pourrait trouver un système qui fait qu'il y a effectivement l'accompagnement de la gendarmerie."

G) Les médecins spécialistes en appui pour les décès

Deux médecins interviewés suggèrent, pour les décès, une organisation spécifique :

"Je pense qu'il faut un médecin légiste du secteur."

"Il faudrait organiser un tour de garde spécifique pour ce type d'actes [décès] de tous les médecins, 3 médecins sur l'Essonne, toute spécialité confondue."

5.3.8 La PdS idéale

Pour les médecins libéraux et le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins, la PdS idéale s'organise autour de la MMG et de SOS Médecins :

"SOS Médecins est une très bonne solution."

"Je préfère sous-traiter à SOS Médecins, sans hésitations."

"Je préfère que ce soit SOS Médecins plutôt que de reprendre les gardes."

"C'est la maison médicalisée mais plus de maisons médicalisées. Je pense qu'aujourd'hui elles sont trop éparses sur le territoire."

"Grâce à la MMG, il y a diminution du nombre d'actes. Il ne reste plus que les actes utiles."

"La prestation de SOS est meilleure que celle du médecin de base."

L'un d'entre eux, en raison de son expérience passée d'urgentiste, a un avis plus mitigé sur SOS Médecins :

"Ça pourrait être une solution. Je ne pense pas que ce sont les meilleurs. Ça dépend sur qui on tombe."

L'utilité du binôme, MMG et SOS Médecins, est partagée par les hospitaliers avec quelques réflexions complémentaires :

"Le préalable qu'il faut rappeler : le patient doit avoir un médecin traitant car c'est le seul moyen de faire de la prévention."

"Les médecins libéraux ne doivent pas abandonner la PdS. il faut garder les MMG."

Une autre solution est d'envisager la sous-traitance des visites à domicile régulières par le Centre 15 à un jeune médecin, salarié de l'hôpital, dont l'activité diurne pourrait être compatible avec des astreintes nocturnes (DU, DEA, thèse...).

"C'est une très bonne idée, je pense. Ça existe déjà un petit peu dans le 93 [Seine-Saint-Denis], je crois. C'est le SAMU qui a mis ça en place. Ça fait partie du budget des urgences. Il a une astreinte rémunérée et des actes rémunérés."

Cependant, si ce médecin a une spécialité, il préférera vraisemblablement faire des remplacements dans sa spécialité.

5.4 L'évolution du dossier après la parution du décret du 7 avril 2005

5.4.1 Le CODAMUPS

Conformément à la circulaire du 12 avril 2005, le CODAMUPS est réuni le 10 mai 2005. Le département ayant déjà assoupli le dispositif de PdS dès la parution du décret de 15 septembre 2003 (horaires de PdS, modification des secteurs en fonction de l'activité et des horaires, fermeture des MMG à 0H pour certaines d'entre elles), la nouvelle organisation prévue dans le 2^e décret ne semble pas apporter, pour l'Essonne, de nouveaux éléments susceptibles de résoudre de manière définitive les blocages rencontrés avec les représentants des médecins du département. C'est ainsi que le Président de la FAME (Fédération des Associations des Médecins de l'Essonne) indique, dans une conférence de presse⁵⁶, que les médecins libéraux de cette fédération sont prêts à abandonner les gardes à partir du 17 mai si rien n'est fait pour la PdS dans le département où plusieurs MMG sont menacées de fermeture. Pour le président de la FAME, *"le projet d'organisation de la PdS est prêt depuis 2 ans et, depuis, il est impossible de le mettre en œuvre."*

Après la présentation du bilan de la mise en œuvre du dispositif de PdS depuis l'arrêté préfectoral du 21 avril 2004, les discussions s'engagent au terme desquelles les points suivants sont retenus sur une base consensuelle :

- ***poursuivre et achever la mise en œuvre effective du dispositif tel que défini dans l'arrêté préfectoral du 21 avril 2004***
 - *activité de consultation au sein de MMG* : il s'agit d'un modèle validé qui rend un service important surtout en fin de semaine. A la lumière des données d'activité, des propositions en termes d'horaires d'ouverture seront faites.
 - *activité de régulation libérale au Centre 15* : elle n'est pas remise en question. Toutefois, le financement de cette activité n'est pas réglée.
 - *activité de visites incompressibles* : avec les nouveaux textes, notamment l'avenant n°4, une couverture du Sud du département pour l'activité de VI est envisageable en sollicitant les praticiens de l'association SOS Médecins. Les modalités seront discutées en particulier avec la CPAM. Une convention entre le SAMU et l'association est en cours de signature.

⁵⁶ APM du 13 avril 2005 - Les médecins libéraux de l'Essonne prêts à abandonner les gardes le 17 mai.

- **sur ces bases, adapter le cahier des charges en intégrant les indicateurs de suivi. Le cahier des charges décrira le dispositif en fonction des jours de la semaine.**

5.4.2 Le Comité de suivi du CODAMUPS

Celui-ci, sous la Présidence du Directeur de la DDASS de l'Essonne, s'est réuni les 18, 23 et 26 mai derniers avec pour objectif la révision du cahier des charges.

Les modifications introduites sont les suivantes :

- **pour l'activité de consultations** : 9 bassins de PdS correspondant aux anciens secteurs sont prévus pour l'activité de consultation dans le département. Afin de prendre en compte les disparités de ces différents bassins en termes de population et de superficie et les variations saisonnières d'activité, certains bassins sont découpés en 2 secteurs. Chaque secteur ouvre droit à un financement de l'astreinte par l'Assurance maladie, conformément aux modalités prévues dans l'avenant n°4. Des modalités d'activation des secteurs, entre le 1^{er} novembre et le 31 mars de chaque année, sont prévues en accord avec les différents partenaires.
- **pour l'activité de visites** : le département est organisé en 7 secteurs durant la première partie de la nuit (20 H - 0 H) et les dimanches et jours fériés et 4 secteurs durant la deuxième partie de la nuit (0 H - 8 H). Le secteur Sud est composé de 2 secteurs.

Les demandes de visites sont faites essentiellement par téléphone soit directement au Centre 15, soit par appel au niveau d'un centre d'appel de permanence de soins selon les modalités définies dans le cadre d'une convention conclue entre le SAMU et le centre d'appel. La réponse à la demande de visites incompressibles est assurée par des médecins appartenant à des associations de permanence de soins.

- **l'activité des MMG** : en fonction des besoins, de l'activité projetée ou réalisée et des caractéristiques particulières de l'activité de certains bassins et secteurs, les MMG peuvent être amenées à ne fonctionner que le week-end. Un ajustement en fonction de l'activité (épidémies, évènements inattendus, "urgences sanitaires") est possible, à la demande du Centre 15 et de l'association chargée de l'organisation des astreintes.
- **organisation de la PdS** : elle est assurée, pour chaque secteur, par une seule Amicale ou Association pour les consultations, et par une seule Amicale ou Association pour les visites. Pour chaque secteur de visite et chaque secteur de consultation, l'Amicale ou l'Association établit le tableau de la permanence des

soins sur la base du volontariat, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique (article R. 731)

- **conventions** : pour garantir la continuité de la prise en charge, des liens sont établis entre les médecins généralistes assurant la permanence des soins et les intervenants.
- **évaluation** : elle comprend une évaluation de l'activité par secteur, du dispositif de visites et de la régulation.

5.4.3 La convention entre le Centre 15 et l'association SOS Médecins

La convention a pour objet de fixer les modalités de collaboration entre le SAMU Centre 15 de l'Essonne et l'Association SOS Médecins 91, dans le cadre du futur arrêté préfectoral notamment pour la mise en œuvre de l'interconnexion entre les deux structures et l'activité de visites à domicile.

Dans ce cadre, le Centre 15 assure la réception et la régulation des appels et peut déclencher des visites à domicile en faisant appel à l'Association SOS Médecins 91.

Le centre d'appels de SOS Médecins réceptionne et traite des appels de PdS qui lui parviennent directement pour le département de l'Essonne. Il peut les transférer sur le SAMU Centre 15 pour avis médical. L'organisation des visites répond à la sectorisation et aux horaires définis dans le cahier des charges. Il est également précisé que SOS Médecins garantit qu'un médecin répond obligatoirement pour chaque bassin concerné aux demandes de soins non programmées transmises par la régulation médicale.

L'évaluation portera notamment sur les flux, les délais, l'articulation des structures, le bon usage des procédures et la satisfaction des besoins médicaux.

6 DISCUSSION

La PdS est un sujet sous les feux de l'actualité depuis plusieurs années. Il intéresse aussi bien les usagers et les professionnels de santé, directement concernés, que les services de l'Etat chargés de la mise en œuvre d'un dispositif répondant aux besoins des malades. La PdS constitue pour le MISIP un thème privilégié à explorer.

Le choix de se focaliser sur l'absence de visites à domicile aux horaires de PdS sur le secteur Sud tient aux risques encourus par les malades. Ainsi, pour le directeur du Centre

15, en raison de l'augmentation de la fonction conseil, la prise de risque est parfois démesurée dans le cadre d'une activité de régulation⁵⁷.

6.1 Limites méthodologiques de l'étude

L'objectif de ce mémoire est d'explorer la modalité de PdS "visite à domicile" dans le sud du département. Des professionnels de santé et des usagers ont été interrogés pour appréhender les obstacles à leur reprise, recueillir des solutions et proposer des adaptations visant à optimiser l'organisation du système.

Afin de mesurer le retentissement du volontariat sur l'engagement des médecins dans la PdS, il aurait été intéressant d'avoir un bilan de celui-ci avant la grève de 2001 – 2002 et à ce jour. Malheureusement, les statistiques du CDOM n'ont pu être obtenues. Une enquête réalisée par l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Ile-de-France réalisée en 2001⁵⁸ indique une participation de 31 % des médecins sans remplaçants réguliers contre 16,5 % de médecins ne participant pas au tour de garde. En Midi-Pyrénées, en mars 2002⁵⁹, l'engagement des médecins est très nettement supérieur avec 77 % d'entre eux. Il existe cependant des variations notables d'un département à l'autre (57,2 à 91,8 %) avec un pourcentage d'autant plus important que la densité de population est faible. Pour les données actuelles, l'enquête du CNOM sur l'état des lieux de la PdS en février 2005⁶⁰ indique que le pourcentage de volontaires est supérieur à 60 % dans 79 départements mais que dans 37 départements, les tableaux de garde n'ont pu être complétés par désorganisation du système, médecins en nombre insuffisant, charge de travail trop importante ou comportement imperméable à la solidarité professionnelle. En conséquence, 44 préfets ont réquisitionné. Malheureusement, dans cette étude, aucune donnée pour l'Essonne n'est indiquée.

Les données du Centre 15, pour le 1^{er} semestre 2004, fournissent les décisions prises par les régulateurs de façon très détaillée. Elles ont ainsi permis d'évaluer les besoins en visites à domicile pour la population du secteur Sud du département non couvert par SOS Médecins aux horaires de PdS. Pour affiner l'évaluation, il aurait été intéressant de comparer les données du Centre 15 à celle de la CPAM de l'Essonne. Malheureusement, leur exploitation diffère sur plusieurs points : 1 - le secteur géographique de la CPAM

⁵⁷ Réunion du CODAMUPS du 10 mai 2005.

⁵⁸ UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX D'ILE DE FRANCE. *Enquête permanence des soins*. Janvier 2002. 31p.

⁵⁹ UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIES DE MIDI-PYRENEES. *Etude sur la permanence des soins en Midi-Pyrénées*. Mai 2002. 206p.

⁶⁰ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. *Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en février 2005*. Mars 2005. 20p.

comprend les données des communes aux alentours de Ballancourt qui n'est pas dans le secteur Sud de la PdS ; 2 - les horaires de la PdS essonnoise incluent le samedi après midi qui n'est pas comptabilisé dans les données de la CPAM ; 3 – dans les données de la CPAM, les consultations qui pourraient refléter l'activité MMG, incluent celles des cliniques privées même si celles-ci sont inexistantes dans le sud du département. Par conséquent, la confrontation des données provenant de ces 2 sources ne peut donner qu'une tendance. Pour les 4 premiers mois de 2005, une actualisation des données n'a pas encore été faite par la CPAM.

Le nombre de médecins interrogés représente environ 10 % des professionnels installés dans le secteur sud du département. Cet échantillon n'est bien sûr pas représentatif des médecins du secteur. En effet, le choix des médecins interrogés a privilégié les communes d'où provenaient les quelques doléances parvenues à la DDASS et les communes à distance de la MMG du secteur, tout en essayant d'avoir des professionnels répartis sur le secteur ainsi que des représentants des deux sexes et de toutes les classes d'âge. Le médecin le plus jeune de l'échantillon est installé dans la même ville que l'un des médecins déjà interrogés. Il s'avère également qu'un président d'amicale prévenu de cette enquête a souhaité être entendu alors qu'un membre de l'amicale l'avait déjà été.

Les entretiens avec les praticiens se sont déroulés pour la plupart au cours de la journée, entre deux malades. Si la durée réelle des entretiens a toujours été plus longue que le temps initialement prévu, le temps octroyé n'a cependant pas toujours permis d'approfondir tous les thèmes abordés. Un 2^e entretien, parfois justifié par l'évolution du dossier de la PdS, n'a pas été possible. En revanche, un enrichissement des connaissances sur le thème, au fur et à mesure des entretiens et du temps passé sur le dossier, a permis d'améliorer la qualité des interviews.

Pour les usagers, des entretiens supplémentaires auraient servi à mieux cerner leurs besoins. Cependant, une personne concernée par un décès n'a pu être interrogée et aucune autre plainte n'a été portée à notre connaissance. Quant aux maires, ils n'avaient pas à proposer d'usagers confrontés au problème. Le temps limité pour réaliser ce travail n'a pas permis d'enquêter plus avant pour rechercher d'autres usagers insatisfaits du dispositif de la PdS.

Une confrontation des résultats de cette enquête avec le dispositif de visites régulées à domicile sur d'autres départements avait été initialement envisagée. En effet, que ce soit en Ile de France avec le département de la Seine et Marne ou ceux de la Somme et de

l'Ain sur lesquels 2 mémoires^{61,62} ont été réalisés sur le thème de la PdS, il y avait matière à comparaison. Cependant, pour les raisons évoquées ci-dessus (temps et dossier évolutif), les priorités ont été le suivi en temps réel du dossier et l'analyse de l'impact des textes réglementaires sur le dispositif.

6.2 Discussion des résultats

Le taux de conseils donnés par le Centre 15 de l'Essonne est globalement d'environ 30 %. Il est comparable à celui montré par l'enquête réalisée sur les appels au Centre 15 en France, en 1997⁶³. Le poids des appels en provenance du secteur Sud de l'Essonne est quasi inexistant compte tenu du faible nombre d'habitants et ne peut influencer sur le taux pour l'ensemble du département. Or, le taux de conseils du secteur Sud frôle voire dépasse la moitié des appels entre 20 H et minuit confirmant ainsi les craintes du directeur du Centre 15 sur les risques encourus par la population en l'absence de la possibilité de déclencher des visites à domicile aux horaires de la PdS.

Dans ce travail, les médecins interrogés font partie de ceux ayant très largement et longuement participé à la PdS avant la grève de 2001 – 2002. Basée dorénavant sur le volontariat⁶⁴, les médecins interviewés continuent, dans leur majorité, à participer à certaines modalités de la PdS. Il est vrai que leur motivation, comme ceci a été évoqué, peut être liée à la crainte qu'une large abstention entraîne un retour à l'obligation. Certains restent toutefois attachés à leurs missions fondamentales dont fait partie la PdS. Dans l'enquête de l'URML de janvier 2002⁶⁵, la participation pour raisons éthiques est retrouvée chez plus de la moitié des médecins (59,3 %) avec un accroissement du pourcentage avec l'âge des médecins. Dans cette même enquête, on note, sans surprise, que la raison la plus fréquemment invoquée pour expliquer la non participation à la PdS est l'âge : 77,9 %. Les problèmes de santé, mis en avant par un seul des praticiens interrogés, n'arrivent également qu'à l'avant dernier rang des raisons dans l'étude de l'URML.

⁶¹ MOREL B. *La permanence des soins de ville dans le département de l'Ain. Le volontariat des médecins généralistes : un pari risqué ?* Mémoire pour le diplôme de Médecin inspecteur de santé publique : Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 2003. 76p.

⁶² THIEBAUT-DERODE A. *Pour une évaluation de la permanence des soins dans le département de la Somme à un an.* Mémoire pour le diplôme de Médecin inspecteur de santé publique : Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 2004. 78p.

⁶³ CHANTELOUP M., GADEL G. Les appels d'urgences au centre 15 en 1997. *Etudes et Résultats – DREES*, mars 2000, n°55.

⁶⁴ Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat).

⁶⁵ UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX D'ILE DE FRANCE. *Enquête permanence des soins.* Janvier 2002. 31p.

Le retour à l'obligation de participer à la PdS serait très mal vécu allant même jusqu'à la cessation d'activité pour certains médecins dont le plus jeune chez lequel on aurait pu attendre une moindre lassitude. Une expérience d'urgentiste n'a pas d'influence positive sur la participation à la PdS car ce sont ceux là même qui quitteraient le métier. Dans l'enquête du CNOM de janvier 2004⁶⁶, le problème majeur posé par la nouvelle organisation est celui du volontariat et les conseils départementaux s'interrogent sur ses conséquences. Dans son mémoire, B. Morel, indique que le volontariat est une revendication syndicale et non une revendication de la base. Il précise que dans l'Ain, département rural, ce décalage est retrouvé en 2003. Depuis 2 ans, la situation semble avoir évolué puisque, pour tous les médecins interrogés, il est hors de question de revenir à l'obligation, un revirement étant susceptible de faire abandonner la profession pour certains.

En 2002, les médecins de l'Essonne considéraient déjà la PdS comme une mission de service public⁶⁷. On retrouve cette remarque dans les interviews. Pour C. Descours comme pour le CNOM⁶⁸, il s'agit d'une mission d'intérêt général indépendante, pour ce dernier, des enjeux financiers.

Pour les participants à la PdS, la modalité la plus prisée est, sans conteste, les gardes à la MMG du secteur Sud. Le bilan du FAQSV au niveau national témoigne du développement considérable de ce mode de permanence : 35 MMG sur 75 projets financés sur la PdS pour 2002 et 56 MMG sur 113 projets financés en 2003⁶⁹. Bien que les MMG les mobilisent le week-end ou les jours fériés, les médecins interrogés préfèrent ce type de participation aux astreintes à domicile. Ceci est valable surtout pour la nuit bien que les sorties nocturnes ne soient pas systématiques compte tenu des besoins évalués (3 à 12 par semaine). Dans l'étude de l'URCAM Midi-Pyrénées⁷⁰, la MMG arrive également au 1^{er} rang des modalités proposées pour définir la PdS idéale. Elle répond à un besoin essentiellement urbain comme le montre le pourcentage plus élevé dans ce milieu, 23,6 % vs 14,2 % en milieu rural. Cet aspect est également retrouvé dans les propos des praticiens de l'Essonne interrogés. En effet, certains ont trouvé que la MMG

⁶⁶ BOUET B. - Ordre National des Médecins. *Résultats de l'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de l'organisation de la permanence des soins en janvier 2004*. Janvier 2004. 23p.

⁶⁷ BOURGUIGNON A. Une enquête dans l'Essonne : les médecins considèrent la garde comme une mission de service public. *Le Quotidien du médecin*, 31 octobre 2002.

⁶⁸ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. *Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en février 2005*. Mars 2005. 20p.

⁶⁹ Rapports d'activité du FAQSV pour 2002 et 2003

⁷⁰ UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIES DE MIDI-PYRENEES. *Etude sur la permanence des soins en Midi-Pyrénées*. Mai 2002. 206p.

d'Etampes était trop éloigné du domicile des usagers compte tenu de la superficie du secteur.

Une participation non officielle à la PdS des médecins interrogés est retrouvée sous forme de conseils ou même de visites à domicile chez leurs patients les plus gravement atteints. Malgré leur réticence à se déplacer, ils la dépassent pour remplir leur mission. Bien que très rares, ces visites ne sont pas comptabilisées dans l'évaluation du Centre 15 qui s'avère en conséquence sous-estimée. L'enquête de l'URML de janvier 2002⁷¹, indique qu'1/4 des médecins sont joignables les jours de repos et 16 % les nuits en dehors des gardes. Toutefois, cette disponibilité s'adresse essentiellement à leur patientèle.

D'après les hypothèses du directeur du centre 15, le taux de visites à domicile aux horaires de PdS pour le secteur Sud est très nettement inférieur à celui du secteur Nord : de 3 à 15 fois. Cet écart de consommation est confirmé par les chiffres de la CPAM de l'Essonne. Ainsi, même, si ces données témoignent d'une moins grande consommation de soins dans le Sud que dans le Nord, on peut penser que les besoins en visites à domicile régulées par le Centre 15 pourraient cependant tendre vers la borne haute de la fourchette soit 600 par an ou 12 par semaine. Le rapport de l'URCAM sur la PdS en Ile-de-France de juin 2004⁷² indique, qu'en Essonne, l'activité visites de nuit et jours fériés représente 8,5 % du total des visites en 2001. Si l'on exprime les données de l'URCAM en nombre de visites annuelles pour 1000 habitants, on trouve 45,1 pour l'Essonne c'est à dire comparable aux données du 1^{er} semestre 2004 de la CPAM. Il est donc vraisemblable que, dans ses hypothèses, le directeur du Centre 15 a sous-estimé le nombre de conseils qui deviendraient des visites. C'est pourquoi, l'évolution des décisions sera à suivre tout particulièrement dans les mois à venir.

Concernant les motifs de déclenchement des visites à domicile, il y a un véritable hiatus entre les médecins urgentistes qu'ils soient régulateurs ou effecteurs et les médecins libéraux. Chez ces derniers, l'expérience d'urgentiste ne semble jouer que dans la mesure où elle est encore relativement proche pour garder des compétences dans le domaine. Cette perte d'aptitude est en effet l'un des arguments développés pour ne pas participer aux astreintes. L'enquête auprès des médecins essonniens en 2002 révélait déjà que, pour eux, les urgences vraies sont avant tout du ressort des SMUR et de SOS Médecins.

Alors que les motifs médico-sociaux sont peu discutés par les professionnels interrogés pour se déplacer, le constat de décès les partage. L'exemple de certaines communes qui

⁷¹ UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX D'ILE DE FRANCE. *Enquête permanence des soins*. Janvier 2002. 31p.

⁷² UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE D'ILE-DE-FRANCE. *Permanence des soins en Ile-de-France*. Juin 2004. 97p.

ont dédié un médecin à ces constats est peut-être à étendre pour répondre aux besoins des maires en particulier lorsqu'une maison de retraite est située sur la commune.

On ressent également un renoncement de la part des médecins libéraux qui, de façon quasi systématique, hospitalisent les malades vus lors des visites aux horaires de PdS. Ce discours est plus net pour les déplacements de nuit que pour ceux dans la journée. En fait peu d'entre eux identifient la visite à domicile comme une modalité manquante dans le dispositif de la PdS.

Pour les usagers, à l'opposé des professionnels, leurs besoins sont très vastes mélangeant les urgences vraies et les urgences ressenties. Cependant les professionnels soulignent un changement dans l'attitude de leurs malades essentiellement lié à la prise de conscience d'une évolution dans la façon de travailler de leur médecin. Une étude, réalisée par l'Observatoire Régional de Santé (ORS) de Midi-Pyrénées sur la place des médecins généralistes face aux urgences médico-chirurgicales non vitales⁷³, confirme l'impression des médecins essonniens sur le changement d'attitude des malades. Ces derniers veulent une réponse rapide, de qualité, rassurante et la moins chère possible.

Inscrite dans le cahier des charges type sur la PdS⁷⁴, l'information aux usagers ne leur semble pas suffisamment fournie comme l'attestent les entretiens auprès des usagers et des maires. C'est ainsi que l'existence de la MMG du secteur n'était pas véritablement identifiée par les 2 maires qui en avaient simplement "entendu parler". Il est vrai qu'en l'absence d'un dispositif transparent et efficace, l'information est difficile à identifier. Le manque de lisibilité du système et la méconnaissance des rôles respectifs du 15 et du 18 fait d'ailleurs partie des enseignements de l'enquête de l'URCAM Ile-de-France de juin 2004.

En 2000, le rapport de S. Gilbert⁷⁵ indique que seulement 30 à 45 % des visites sont indispensables en raison d'une perte d'autonomie provisoire ou prolongée. Ce taux justifie le refus de l'accès direct au médecin d'astreinte pour les professionnels interrogés et souligne le rôle essentiel de la régulation des appels qui seule permet d'assurer la pertinence des visites à domicile.

Les freins aux visites régulées à domicile aux horaires de PdS sont nombreux mais, parmi eux, dominant la fatigue et le stress accumulés après des années d'installation et de

⁷³ CAYLA F., BENMOUSSA-OUMANSOUR L. – Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées. *Les urgences médico-chirurgicales "non vitales" : la place des médecins généralistes*. Janvier 2004. 25p.

⁷⁴ Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

participation à la PdS, y compris pour les médecins les plus jeunes. Le temps de travail des médecins entre 1992 et 2000 est passé de 48 à 51 heures par semaine⁷⁶. Une enquête réalisée chez les femmes médecins généralistes révèle que la moitié travaille plus de 50 heures et seulement 3 % sont à temps partiel⁷⁷. Aussi faible que soit le risque d'être dérangé (3 à 12 visites hebdomadaires), les médecins ne le supportent plus. Ce n'est pas tant le retentissement sur leur qualité de vie et celle de leur famille, comme l'ont indiqué plusieurs praticiens, que le risque qu'ils font supporter à leurs malades qui les inquiètent. Tous les témoignages concordent, que ce soit au moment des astreintes lorsque certains font tout pour ne pas se déplacer ou le lendemain lorsqu'il faut enchaîner une journée de visites et consultations. En 1995, une étude portant sur des généralistes de la région parisienne a évalué les conséquences des gardes sur leur qualité d'exercice⁷⁸ : 15 % des hommes et 19 % des femmes ont dit avoir risqué ou eu un accident de voiture lié à la somnolence pendant leur garde et près de la moitié des hommes et 2/3 des femmes reconnaissent avoir des difficultés de concentration et une moindre efficacité le lendemain. L'ouvrage de A. Mauranges⁷⁹ fait un état de l'art des nombreuses études sur le stress. Dans l'une d'elles, le taux de dépression atteignait 1/3 des médecins. Une méta-analyse des études épidémiologiques concernant le taux de suicides des médecins rapporte un risque relatif plus élevé que dans la population masculine ayant une profession qualifiée. Pour les femmes médecins, ce risque était encore supérieur.

Dans l'enquête de l'URML de janvier 2002, déjà citée, le retentissement sur la sécurité des malades n'est pas évoqué directement. Dans les besoins proposés aux médecins pour revenir aux gardes, le repos compensateur n'est pas suggéré. Alors que dans les hôpitaux le repos de sécurité est désormais prévu depuis 2003⁸⁰, la mission d'intérêt général que constitue la PdS ne le prévoit pas. Certes, les médecins travaillent en exercice libéral et peuvent s'organiser comme ils le souhaitent. Cependant, ils soulignent

⁷⁵ GILBERT S. - Commission Permanente de la nomenclature des actes professionnels *Justification de la visite en médecine générale*. Février 2000.

⁷⁶ NIEL X. VILAIN A. Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques. *Etudes et Résultats – DREES*, mai 2001, n°114.

⁷⁷ Quotidien du Médecin du 8 mars 2005 L'amour du métier malgré les difficultés.

⁷⁸ DEVIENNE A. LEGER D., PAILLARD M., DOMONT A. Troubles du sommeil et de la vigilance chez des médecins généralistes de garde en région parisienne. *Arc. Mal. Prof.* 1995, 56, n°4, 407-409.

⁷⁹ MAURANGES A. *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier : manuel à l'usage des soignants*. Montargis : Mutuelle Nationale des hospitaliers et des Personnels de Santé, 2002. Chapitre 2, Stress et support social, pp29-76.

⁸⁰ Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes.

tous qu'annuler une demi-journée de consultations ou de visites désorganise non seulement leur emploi du temps mais a des retombées sur leurs malades dont il est difficile de modifier les habitudes pour une astreinte de temps en temps. Se faire remplacer une demi-journée pour récupérer est une solution envisagée par les médecins interrogés à condition de trouver un remplaçant qu'il faut rémunérer. Les 50 € versées pour l'astreinte ne suffisent pas à rétribuer le remplaçant du lendemain surtout lorsqu'il n'y a aucune visite à effectuer pendant la nuit et, par conséquent, aucun complément financier à l'astreinte. Cela est d'autant plus gênant que les remplaçants sont rares et, comme le constatent désormais les médecins, discutent âprement les conditions financières. On touche alors au vaste problème de la démographie médicale qui a fait l'objet d'un 2^e rapport⁸¹ publié récemment et aux incitations à mettre en place pour favoriser l'installation des médecins en zones déficitaires⁸². La PdS étant basée sur le volontariat, il n'est pas étonnant que les médecins interrogés choisissent d'assurer préférentiellement les gardes à la MMG plutôt que des astreintes à domicile avec fatigue, stress et 50 € au bout de la nuit.

La qualité de vie est également un frein important à la reprise des astreintes comme l'a souligné l'ensemble des médecins interrogés. Après la fatigue, c'est la raison la plus souvent invoquée (65,8 %), dans l'enquête de l'URML, pour ne pas participer aux gardes. Dans le mémoire de A. Thiébaud-Derode, les médecins de la Somme avec le nouveau dispositif de PdS disent, pour 59,5 % d'entre eux, avoir vu leur qualité de vie augmentée. La volonté de concilier leur métier avec une vie de famille de qualité est mise en avant par tous mais peut être encore plus par les femmes médecins. Elles le vivent tout particulièrement lorsque leurs enfants sont jeunes. Alors que la société française a évolué vers une réduction du temps de travail, les conditions d'exercice des médecins ne s'améliorent pas : l'augmentation du temps de travail, des charges financières et des contraintes administratives ainsi que la démographie médicale en baisse ne favorisent pas l'harmonie entre métier et vie familiale. Un rapport du CNOM en 2000 intitulé "Féminisation et exercice médical : apports et conséquences"⁸³ fait des propositions pour aménager l'exercice médical en faisant valoir qu'elles ne profitent pas qu'aux femmes.

⁸¹ BERLAND Y. *Rapport de la Commission Nationale sur la Démographie Médicale*. Mai 2005, 62p.

⁸² Circulaire DHOS/O3/DSS/UNCAM n°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.

⁸³ CARTON M., CERRUTI F.-R., LE GUERN H. et al. - Ordre National des Médecins. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 24 juin 2000. *Féminisation et exercice médical : apports et conséquences*. Juin 2000.

Certaines sont d'ailleurs reprises dans le dispositif de la PdS et d'autres pour enrayer les problèmes liés à la démographie médicale.

Deux autres freins à la participation à la PdS sont d'ordre plus technique : la diminution des compétences face aux urgences et le manque de médicaments pour y faire face. Ces facteurs sont à prendre en considération car, avec la régulation des visites, ne restent que les véritables urgences. Sans être vitales, elles requièrent la mobilisation de toutes les compétences du médecin appelé auprès d'un malade que, souvent, il ne connaît pas et pour lequel il faut prendre très rapidement la bonne décision. La préférence pour l'intervention du SMUR ou de SOS Médecins s'exprime déjà en 2002 pour les médecins de l'Essonne. La nécessité d'une formation est évoquée dans différents rapports sur la PdS^{84,85}, notamment dans les zones rurales. Cependant, elle semble peu sollicitée comme le révèle les 6 % de médecins qui ont exprimé leurs besoins pour revenir aux gardes⁸⁶. Les entretiens confirment ces données. Par ailleurs, plusieurs médecins ont souligné qu'ils n'avaient plus à leur disposition les médicaments pour prendre en charge efficacement les malades. L'état d'agitation aigu semble leur poser le plus de problèmes : le temps que les médicaments agissent, le médecin doit faire face à la situation, souvent seul. La mise à disposition de matériel et médicaments est d'ailleurs évoquée dans le rapport du CNOM de 2001 et dans celui de l'URML de 2002. La judiciarisation des affaires ne favorise probablement pas la participation à la PdS chez les médecins qui ne se sentent pas compétents pour les urgences.

A propos des caractéristiques géographiques du secteur, les avis sont partagés. Certains le trouvent trop grand mais, globalement, les distances à parcourir ne constituent pas un obstacle majeur à la reprise des astreintes. Un dédoublement du secteur nécessiterait un nombre de médecins multiplié par 2 pour assurer la PdS, formalité difficile à remplir dans les circonstances actuelles. Compte tenu de la ruralité de ce secteur, l'isolement, les conditions de sécurité et les intempéries ne semblent pas non plus des facteurs limitants d'autant que les maires interrogés sont prêts à mettre en œuvre des mesures pour assurer la sécurité des médecins. Dans le secteur Sud, la ville d'Etampes a une zone d'insécurité qui bénéficiera de la mise en œuvre de mesures spécifiques prévues dans la future convention entre le SAMU et l'association SOS Médecins. Depuis 2 ans, le CNOM a mis en place un observatoire pour la sécurité des médecins. Les résultats montrent

⁸⁴ ORDRE NATIONAL DES MEDECINS - COMMISSION NATIONALE PERMANENTE. *L'exercice médical face à la permanence des soins*. Juin 2001. 34p.

⁸⁵ UNIONS REGIONALES DE MEDECINE EN EXERCICE LIBERAL - Conférence des Présidents. *Livre blanc : Organisation de la permanence des soins en médecine libérale*. Juillet 2001.77p.

⁸⁶ UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX D'ILE DE FRANCE. *Enquête permanence des soins*. Janvier 2002. 31p.

qu'en 2004 les résultats sont proches de ceux de 2003⁸⁷ soit près de 500 agressions. Près de la moitié d'entre elles sont verbales et les 2/3 concernent les médecins généralistes. Les raisons les plus fréquemment retrouvées sont les délais d'attente qui peuvent concerner la PdS et le non renouvellement des prescriptions.

Parmi les solutions proposées par les médecins pour reprendre les astreintes de la PdS et en particulier assurer celles de nuit, le repos compensateur est demandé au même titre que les urgentistes hospitaliers. Cependant, plus que ce repos de sécurité, c'est une compensation financière leur permettant de rémunérer un remplaçant qui revient le plus fréquemment. En effet, tous sont unanimes pour considérer qu'il est nécessaire d'assurer leurs consultations et visites, le lendemain d'une astreinte. Tout en mesurant les difficultés pour la mise en oeuvre, difficultés financières et organisationnelles, ils considèrent qu'il s'agit d'une nécessité pour garantir la sécurité des malades.

Une formation aux urgences est demandée par certains qui ne semblent plus avoir confiance dans leurs capacités à prendre en charge des urgences. Une participation à la prise en charge des malades aux urgences et à la régulation, sous forme de vacations au rythme d'une journée tous les 3 mois, est proposée par l'un des praticiens interrogés. De même, la constitution, sous la responsabilité du service des urgences, d'une trousse d'urgences adaptée à celles rencontrées dans le cadre de la PdS des soins de ville serait à même de faciliter le travail des médecins libéraux en charge de la PdS. Ce besoin apparaît d'ailleurs dans 15 % des réponses aux besoins des médecins dans l'enquête de l'URML en 2002.

Malgré ces propositions, il reste qu'à l'unanimité, l'amélioration du dispositif de PdS pour les usagers du secteur Sud du département, passe par la sous-traitance de la PdS à l'association de médecins libéraux SOS Médecins. Cette association s'est fait une spécialité de ce type de prise en charge et constitue pour les médecins libéraux du Sud mais aussi pour les hospitaliers du département l'alternative. C'est d'ailleurs ce qui avait été initialement prévu mais faute de financements suffisants n'a pas été mis en oeuvre. Certains comme l'Association Hospitalière des Médecins Urgentistes de France voient dans la visite à domicile une exception française. Pour elle, le coût et la déresponsabilisation qu'elle engendre dans l'esprit collectif n'améliorent pas sensiblement la qualité de santé de la population⁸⁸. Dans ce même rapport, SOS Médecins France contre-argumente très largement sur le bien-fondé de la visite à domicile. Dans une étude

⁸⁷ IPSOS et ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. *Observatoire pour la sécurité des médecins – Recensement national des incidents*. Février 2005. 21p.

⁸⁸ UNIONS REGIONALES DE MEDECINE EN EXERCICE LIBERAL - Conférence des Présidents. *Livre blanc : Organisation de la permanence des soins en médecine libérale*. Juillet 2001.77p.

publiée en 2000, la DREES montrait que de 1993 à 1998, la proportion de visites à domicile n'avait cessé de diminuer⁸⁹, ce que confirme les propos des médecins interrogés. Cependant, si la proportion de patients "visités" a diminué, la part de visites avec majoration, c'est à dire aux horaires de PdS, s'est légèrement développée passant de 7,3 % en 1993 à 8,1 % en 1998. Bien que la grève des gardes ait eu lieu depuis, ces chiffres semblent augmenter puisque le taux de visites aux horaires de PdS en Ile-de-France est de 10,3 % de l'ensemble des visites avec toutefois des grandes variations selon les départements⁹⁰.

Etant donné la souplesse déjà introduite dans le 1^{er} dispositif de la PdS de l'Essonne (sectorisation, horaires de PdS et d'ouverture des MMG), le décret du 7 avril ne semblait pas apporter d'éléments nouveaux susceptibles de débloquent la situation dans le département. Cependant, sa parution en officialisant la prise en compte de la régulation par des centres d'appels d'associations de PdS puis celle de l'avenant n°4 en améliorant le paiement de l'astreinte sont à l'origine du changement de position de SOS Médecins. Cela devrait permettre la mise en œuvre d'une nouvelle organisation avec une couverture de l'ensemble du département par cette association.

La reconnaissance des centres d'appels d'associations de PdS comme centre de régulation signifie que tout appel passant directement par un tel centre sera considéré comme régulé avec ses conséquences financières en cas de déclenchement d'une visite à domicile. Un autre élément important est la souplesse introduite dans la sectorisation. En Essonne, cela se traduit par l'augmentation du nombre de secteurs : en 1^{re} partie de nuit, on passe de 4 à 7 secteurs et en 2^e partie de 2 à 4, ce qui n'est pas, non plus, sans conséquences financières grâce à la prise en charge des majorations tarifaires . Actuellement, l'activité de SOS aux horaires de la PdS, déclenchée par le Centre 15 est d'environ 5 %. Elle sera à suivre étroitement pendant les prochains mois attendu que, dans le futur dispositif, l'association SOS Médecins, en tant que centre de régulation des appels et effecteur de visites, est partie prenante dans le système.

Le nouveau dispositif de PdS en allégeant la charge de travail des médecins libéraux du secteur Sud est d'autant plus satisfaisant pour la profession qu'il ne constitue en aucun

⁸⁹ BAUBEAU D., DEVILLE A., JOUBERT M. et al. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. *Etudes et Résultats – DREES*, juillet 2000, n°72.

⁹⁰ UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE D'ILE-DE-FRANCE. *Permanence des soins en Ile-de-France*. Juin 2004. 97p.

cas un abandon de la PdS par la médecine libérale, comme ceci a pu être dit ces derniers mois⁹¹. En effet, les membres de SOS Médecins sont des médecins libéraux.

Avant que le nouveau dispositif proposé par le Comité de suivi du CODAMUPS à partir des conclusions de ce dernier soit mis en oeuvre, plusieurs étapes restent cependant à franchir :

- la validation par ce même comité de suivi, de la version finale du cahier des charges et une convention entre l'association SOS Médecins et le Centre 15 ;
- la consultation du CODAMUPS sur ce dispositif et sur la convention citée ci-dessus,
- les propositions de la MRS,
- enfin, l'approbation du Préfet de l'Essonne.

6.3 Préconisations

Parmi les préconisations initialement élaborées avant la publication du décret du 7 avril et de l'avenant n°4, certaines se voient confirmées et même renforcées et de nouvelles sont à présenter.

6.3.1 Définir précisément les motifs de déclenchement des visites à domicile

Les entretiens ont très clairement montré l'étendue et la disparité des motifs de déclenchement des visites. L'obtention d'un consensus sur les motifs de visites à domicile a pour objectif de définir ce qui peut être traité à domicile et ce qui relève des compétences des services d'urgences. Cela vise aussi à améliorer la coordination entre la régulation, les services d'urgences et l'effecteur de visites et à mettre en place des actions de formation spécifiques pour ces derniers si nécessaire. Par ailleurs, la régulation pouvant être faite, dorénavant, de façon non médicalisée par des associations de PdS, il existe un enjeu supplémentaire qui porte sur la régulation elle-même. Bien que ces associations doivent être interconnectées avec le Centre 15, il est essentiel que tous les régulateurs s'entendent sur les décisions à déclencher, notamment sur les visites à domicile.

6.3.2 Suivre au plus près l'évolution de la régulation des appels

Compte tenu des répercussions positives pour les associations de permanence des soins comme SOS Médecins d'être à la fois régulateur des appels et effecteur de visites à domicile, il est primordial d'avoir un suivi en continu des appels et des décisions prises par les régulateurs. Une harmonisation des conditions de recueil de l'information entre le

⁹¹ Quotidien du médecin du 15 et 24 mars 2005

Centre 15 et les associations de PdS est très souhaitable pour faire des évaluations pertinentes. De plus, une comparaison avec les données de l'Assurance Maladie, est à préconiser pour avoir tous les aspects de la PdS. Il est en effet nécessaire de vérifier qu'un élargissement de la régulation ne va pas de pair avec une augmentation de la demande.

6.3.3 Connaître l'engagement des médecins libéraux dans la PdS

Les entretiens et les résultats de l'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la PdS en février 2005 ont été l'occasion de montrer la méconnaissance de cet engagement sur le département. Même si SOS Médecins devient l'effecteur principal des visites à domicile aux horaires de la PdS, certains praticiens souhaitent poursuivre cette activité et d'autres modalités de participation à la PdS existent comme les MMG. Un suivi régulier de l'implication des médecins dans cette activité est nécessaire compte tenu du principe du volontariat et de la baisse de la démographie médicale en particulier dans les zones rurales.

6.3.4 Informer les usagers

Il s'agit d'une disposition de la circulaire du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la PdS en médecine ambulatoire. Bien que l'échantillon d'usagers et de leurs représentants soit très faible, il est intéressant de noter que les connaissances sur le dispositif dans son ensemble c'est à dire y compris le système de garde des pharmacies, leur est très imparfaitement connu, voire pas du tout. En particulier, il y a une méconnaissance quasi totale des MMG. Au delà de ces informations pratiques sur le dispositif, existe un autre enjeu : celui d'améliorer la pertinence des choix des usagers parmi les différentes modalités de la PdS et des urgences. Actuellement, la facilité d'accès, le plateau technique et l'apparente gratuité des urgences hospitalières favorisent celles-ci. Enfin, le rôle du médecin traitant dans la prévention des urgences, rappelé par le directeur du Centre 15, est également à faire connaître.

6.3.5 Se donner les moyens de connaître la satisfaction des usagers

La mesure de la satisfaction des usagers fait désormais partie de toutes les évaluations dans le domaine de la santé. De nombreuses études ont montré les difficultés et les limites de cette évaluation^{92,93}. Cependant, il est important d'en soigner tout particulièrement la méthodologie pour cerner au mieux les besoins des malades.

⁹² AGENCE NATIONALE POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'EVALUATION MEDICALE. *La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé*. 1996.45p.

6.4 Rôle du MISP au sein des services déconcentrés de l'Etat dans le cadre de la PdS

Au regard de la PdS, on peut décliner ainsi le rôle du MISP.

6.4.1 Dans la planification

Actuellement, l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) III est en cours. L'existence du volet "Urgences – Permanence des soins" dans ce schéma⁹⁴ donne au MISP, chargé du dossier de la PdS, toute sa pertinence pour animer cette thématique. Son travail se poursuivra dans ce domaine par l'élaboration des projets médicaux de territoire dans lesquels la mise en œuvre du plan Urgences et l'amélioration de la prise en charge des urgences est un élément essentiel.

6.4.2 Dans la conception, l'animation et l'évaluation des politiques de santé

Dans le cadre des préconisations, la démarche consensuelle à engager vis à vis des motifs de déclenchement des visites à domicile est un élément important pour améliorer la qualité du dispositif tant sur le plan des décisions que de la coordination des effecteurs et de leur efficacité. Par la mobilisation des professionnels de santé concernés et la recherche d'expériences comparables, le MISP peut favoriser la mise en œuvre de ce travail. Sa connaissance des différents réseaux humains et documentaires est un atout pour mener à bien ce travail. Dans le département de l'Essonne, la prise en charge des visites incompressibles à domicile par une association de PdS comme SOS Médecins renforce plus encore l'intérêt de l'évaluation. Les compétences du MISP dans ce domaine sont particulièrement indiquées pour évaluer l'efficacité du dispositif en lien avec ses différents acteurs.

6.4.3 Dans la coordination des acteurs

A la croisée des différentes instances et structures, en tant que professionnel de santé, le MISP est l'interlocuteur privilégié, non seulement, des acteurs de terrain de la PdS mais également des usagers. Il peut ainsi faciliter l'évaluation des besoins de soins pour mieux les mettre en adéquation avec l'offre.

⁹³ GASQUET I. Satisfaction des patients et performance hospitalière. *La Presse Médicale*, 1999, 28, n°29 p1610-1610.

⁹⁴ Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L.6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisations sanitaires.

6.4.4 Dans la veille sanitaire

Le dispositif de la PdS est sollicité dans différents plans gouvernementaux (variole, grippe, canicule...). L'étroite collaboration entre le MISP chargé de la veille sanitaire et celui de la PdS est tout à fait recommandée pour obtenir des dispositifs cohérents et avoir une vision d'ensemble des dispositifs.

6.4.5 Dans la gestion des dossiers, d'une manière générale

Le travail effectué dans le cadre de ce mémoire illustre très clairement la problématique de la rencontre entre une dynamique nationale et une dynamique locale. Dans le cadre de la PdS du département de l'Essonne, un problème sur l'accès aux soins d'une partie de la population a été identifié et nécessite la recherche d'une solution locale pour dépasser une difficulté manifeste et aux conséquences potentiellement dramatiques. Ce dossier aux multiples facettes et enjeux continue d'évoluer au plan national et les changements introduits viennent alors impacter l'échelon départemental. On peut citer d'autres exemples où des actions à l'échelon local ont pu être percutées par la déclinaison des plans nationaux. : Missions Interministérielles de Lutte contre les drogues et les Toxicomanies et loi de Santé Publique. L'adaptation permanente des actions locales est essentielle pour améliorer l'état de santé des populations.

Enfin la complémentarité et la cohérence des actions entre le niveau départemental et le niveau régional est également un élément essentiel dans les fonctions du MISP. Le rôle donné à la MRS, dans le cadre de la PdS, relève de cette complémentarité. L'intérêt de cette vision régionale du système de PdS trouve sa justification dans la mise en œuvre de filières spécifiques adaptées à certaines pathologies ou populations pour les urgences⁹⁵ et dans un grand nombre de plans de défense civile.

⁹⁵ Circulaire n°101/DHOS/O/2004/ du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération. *Bulletin Officiel Santé – Solidarité* n°2004-13, 22 au 28 mars 2004.

7 CONCLUSION

La grève des gardes des médecins généralistes en 2001 – 2002 a mis en lumière un malaise de ces professionnels de santé. Avec des exigences de santé et de bien-être de plus en plus prégnantes dans la société, associées à une évolution des conditions de travail (judiciarisation, baisse de la démographie médicale...), le dispositif de la PdS, basé sur une participation obligatoire, n'est plus acceptable pour les médecins. Depuis, de nouveaux textes réglementaires ont fait reposer la contribution à la PdS sur le volontariat et créé de nouvelles modalités comme les MMG.

L'Essonne fait partie des premiers départements à mettre en œuvre le nouveau dispositif de PdS en 2004. Cependant, malgré la souplesse introduite dans l'interprétation du dispositif, sa mise en œuvre se heurte à des obstacles, notamment, financiers. Ceux-ci, gênent le déploiement du système dans son intégralité et ne permettent pas d'assurer, faute d'effecteurs, les visites à domicile aux horaires de la PdS sur le sud de l'Essonne à dominance rurale et faible densité de population.

Ce travail montre, qu'actuellement, les besoins des usagers ne sont pas couverts de façon satisfaisante, la régulation médicale du Centre 15 palliant les insuffisances par une augmentation très importante des conseils aux appelants et l'envoi de transports sanitaires. Les données du Centre 15 et celles de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Essonne montrent que l'évaluation des besoins en visites régulées pour le sud du département réalisée 2004 semble sous-estimée.

Les principaux freins à la reprise des astreintes par les médecins généralistes, sur le secteur concerné, sont la fatigue et le stress accumulés tout au long de leurs années d'installation. Pour les médecins interrogés, les conséquences de cet épuisement professionnel ne permettent pas d'assurer les conditions de sécurité appropriées pour la prise en charge de leurs malades, le lendemain d'une nuit d'astreinte. Avec les conditions financières accordées pour leur participation à la PdS, ils ne peuvent s'accorder un repos compensateur en se faisant remplacer le lendemain d'une astreinte qu'ils considèrent comme une mission d'intérêt général. En revanche, les caractéristiques géographiques du secteur de grande superficie et de faible densité de population ne semblent pas un obstacle majeur.

Un assouplissement des conditions de mise en œuvre (sectorisation, horaires...) par le décret du 7 avril 2005 et une amélioration du financement des astreintes par l'avenant n°4 ont permis de débloquent la situation dans l'Essonne. L'association SOS Médecins qui ne couvrait pas le secteur sud, accepte dorénavant de mettre des médecins à disposition pour effectuer les visites à domicile.

Compte tenu du double rôle que va jouer cette association de PdS, centre de régulation des appels et effecteur des visites à domicile, la principale préconisation de ce travail est la mise en place d'une évaluation très fine de la modalité "visites à domicile régulées" aux horaires de la PdS. Outre le suivi de l'activité, l'évaluation doit comprendre un travail liminaire de définition consensuelle des motifs de visites à domicile dans le cadre de la PdS et inclure la mesure de la satisfaction des malades.

La PdS se décline dans les différentes missions des services déconcentrés de l'Etat dans lesquelles le MISP est impliqué. En conséquence, la prise en charge de ce dossier par ce dernier se justifie pleinement.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1964. - Loi n°64-707 portant réorganisation de la région parisienne, *Journal Officiel de la République Française*, 12 juillet 1964, 6204.

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 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, *Journal Officiel de la République Française*, 5 mars 2002, 4118.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. - Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003, *Journal Officiel de la République Française*, 24 décembre 2002, 21482-21500.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2004. - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. *Journal Officiel de la République Française*, 17 août 2004, 43.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. - Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, *Journal Officiel de la République Française*, 6 septembre 2003, 15391-15404.

MINISTERE DES ARMEES, 1962. - Décret n° 62-867 du 26 mars 1962 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance n° 59-63 du 6 janvier 1959 relative aux réquisitions de biens et services, *Journal Officiel de la République Française*, 4 avril 1962, 3542.

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 urgence et des transports sanitaires, *Journal Officiel de la République Française*, 1^{er} 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 appelé SAMU, *Journal Officiel de la République Française*, 17 décembre 1987, 14693.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, 2000. - Décret no 2000-956 du 29 septembre 2000 modifiant le décret n°91-1025 du 7 octobre 1991 relatif au statut particulier des médecins inspecteurs de santé publique. *Journal Officiel de la République Française*, 30 septembre 2000, 15433-15435

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 et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat), *Journal Officiel de la République Française*, 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 modifiant l'article 77 du décret n° 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale, *Journal Officiel de la République Française*, 16 septembre 2003, 15864.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET 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 et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat), *Journal Officiel de la République Française*, 8 avril 2005, 6345.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, 2002. – Arrêté du 31 janvier 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes. *Journal Officiel de la République Française*, 1^{er} février 2002, 2143.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. 2003. - Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. *Journal Officiel de la République Française*, 2 mai 2003, 7655.

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*, 27 décembre 2003, 22267.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, 2004. - Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L.6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisations sanitaires. *Journal Officiel de la République Française*, 15 mai 2004, 8684.

PREFECTURE DE L'ESSONNE, 2004. – Arrêté n°04485 du 21 avril 2004 fixant la sectorisation et le cahier des charges de la permanence des soins médicaux de ville pour le département de l'Essonne.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, 2005. - Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. *Journal Officiel de la République Française*, 11 février 2005, 2275.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, 2005. - Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenant n°1, n°3 et n°4 à la Convention Nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, *Journal Officiel de la République Française*, 1^{er} juin 2005, 9765.

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

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. - Circulaire n° DHOS/O1/2003/195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences. *Bulletin Officiel Santé – Solidarité* n°2003-20, 12 au 18 mai 2003.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2003. - Circulaire n° DHOS/O3/DGAS/AVIE/2003/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local. *Bulletin Officiel Santé – Solidarité* n°2003-26, 23 au 29 mai 2003.

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

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES, 2004. - Circulaire n°101/DHOS/O/2004/ du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération. *Bulletin Officiel Santé – Solidarité* n°2004-13, 22 au 28 mars 2004.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, 2004. - Circulaire n°DHOS/O1/2004/336 du 9 juillet 2004 portant éléments d'information sur la permanence des soins en médecine ambulatoire. *Bulletin Officiel Santé – Solidarité* n°2004-30, 15 au 19 juillet 2004.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, 2005. – Circulaire DHOS/O3/DSS/UNCAM n°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 ET DE LA FAMILLE, 2005. – Circulaire du 12 avril 2005 sur la mise en œuvre du nouveau dispositif de la permanence des soins.

RAPPORTS ET ETUDES

AGENCE NATIONALE POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'EVALUATION MEDICALE. *La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé.* 1996.45p.

BARRIER G. Rapport rendu au Premier Ministre sur la prise en charge pré-hospitalière des urgences. *La prise en charge effective des urgences médicales.* Septembre 1994.

BERLAND Y. *Rapport de la Commission Nationale sur la Démographie Médicale.* Mai 2005, 62p.

BOUET B. - Ordre National des Médecins. *Résultats de l'enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de l'organisation de la permanence des soins en janvier 2004.* Janvier 2004. 23p.

CARTON M., CERRUTI F.-R., LE GUERN H. et al. - Ordre National des Médecins. Rapport de la Commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil national de l'Ordre des médecins du 24 juin 2000. *Féminisation et exercice médical : apports et conséquences.* Juin 2000.

CAYLA F., BENMOUSSA-OUMANSOUR L. – Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées. *Les urgences médico-chirurgicales "non vitales" : la place des médecins généralistes.* Janvier 2004. 25p.

DESCOURS C. *Rapport du groupe de travail interministériel sur la permanence des soins.* Janvier 2003. 17p.

DIRECTION REGIONALE DES AFFAIRES SANITAIRES ET SOCIALES ILE-DE-FRANCE. Service Etudes et Statistiques. *Statistiques et indicateurs de la santé et du social*. Juillet 2004. 30p.

GILBERT S. - Commission Permanente de la nomenclature des actes professionnels *Justification de la visite en médecine générale*. Février 2000.

IPSOS et ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. *Observatoire pour la sécurité des médecins – Recensement national des incidents*. Février 2005. 21p.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. *Rapport de la Commission des gardes et des urgences*. Juin 1996.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS - COMMISSION NATIONALE PERMANENTE. *L'exercice médical face à la permanence des soins*. Juin 2001. 34p.

ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. *Enquête du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur l'état des lieux de la permanence des soins en février 2005*. Mars 2005. 20p.

UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIES DE MIDI-PYRENEES. *Etude sur la permanence des soins en Midi-Pyrénées*. Mai 2002. 206p.

UNION REGIONALE DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE D'ILE-DE-FRANCE. *Permanence des soins en Ile-de-France*. Juin 2004. 97p.

UNIONS REGIONALES DE MEDECINE EN EXERCICE LIBERAL - Conférence des Présidents. *Livre blanc : Organisation de la permanence des soins en médecine libérale*. Juillet 2001. 77p.

UNION REGIONALE DES MEDECINS LIBERAUX D'ILE DE FRANCE. *Enquête permanence des soins*. Janvier 2002. 31p.

OUVRAGES

MAURANGES A. *Stress, souffrance et violence en milieu hospitalier : manuel à l'usage des soignants*. Montargis : Mutuelle Nationale des hospitaliers et des Personnels de Santé, 2002. Chapitre 2, Stress et support social, pp29-76.

ARTICLES

BAUBEAU D., DEVILLE A., JOUBERT M. et al. Les passages aux urgences de 1990 à 1998 : une demande croissante de soins non programmés. *Etudes et Résultats – DREES*, juillet 2000, n°72.

BELLAN H., CATALA F. Permanence des soins : problèmes actuels et perspectives d'avenir. *La Revue des SAMU*, 2002, 219.

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES. Des tendances de fond aux mouvements à court terme. *Point de conjoncture*, 2005, n°35-36, 1-59.

CHANTELOUP M., GADEL G. Les appels d'urgences au centre 15 en 1997. *Etudes et Résultats – DREES*, mars 2000, n°55.

DEVIIENNE A. LEGER D., PAILLARD M., DOMONT A. Troubles du sommeil et de la vigilance chez des médecins généralistes de garde en région parisienne. *Arc. Mal. Prof.*, 1995, 56, n°4, 407-409.

DUCHARME J. Preparing emergency physicians for the future. *CMAJ*, 2003, 168, 1548-1549.

GASQUET I. Satisfaction des patients et performance hospitalière. *La Presse Médicale*, 1999, 28, n°29, 1610-1610.

GAUDIN F. Le tour de France des gardes. *Impact médecine*, février 2004, n°67, 37-41.

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

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

NIEL X. VILAIN A. Le temps de travail des médecins : l'impact des évolutions socio-démographiques. *Etudes et Résultats – DREES*, mai 2001, n°114.

SIMONET D. Les stratégies de réduction des coûts des services d'urgence aux USA ou comment éviter le recours excessif aux urgences aux USA ? *J. Economie Médicale*, 2001, 19, 541-551.

THESES

CHODOSAS M. ET REIX A. *Etude de l'organisation des différents systèmes d'urgence dans dix pays européens : la France, l'Allemagne, l'Espagne, l'Italie, le Portugal, le*

Royaume-Uni, la Belgique, la Suède, la Finlande, la Norvège Thèses pour le Doctorat d'Etat en Médecine. Facultés de médecine Lariboisière-Saint-Louis, Université Paris VII et Cochin-Port-Royal, Université Paris V, 2002.

MEMOIRES

MOREL B. *La permanence des soins de ville dans le département de l'Ain. Le volontariat des médecins généralistes : un pari risqué ?* Mémoire pour le diplôme de Médecin inspecteur de santé publique : Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 2003. 76p.

THIEBAUT-DERODE A. *Pour une évaluation de la permanence des soins dans le département de la Somme à un an.* Mémoire pour le diplôme de Médecin inspecteur de santé publique : Ecole Nationale de Santé Publique Rennes, 2004. 78p.

Liste des annexes

Annexe 1

Le département de l'Essonne

Annexe 2

Répartition de la population dans les communes de l'Essonne et localisation des personnes interrogées

Annexe 3

Les 9 secteurs de la permanence des soins pour l'Essonne (arrêté préfectoral du 21 avril 2004)

Annexe 4

La couverture de l'Essonne par l'association SOS Médecins

Annexe 5

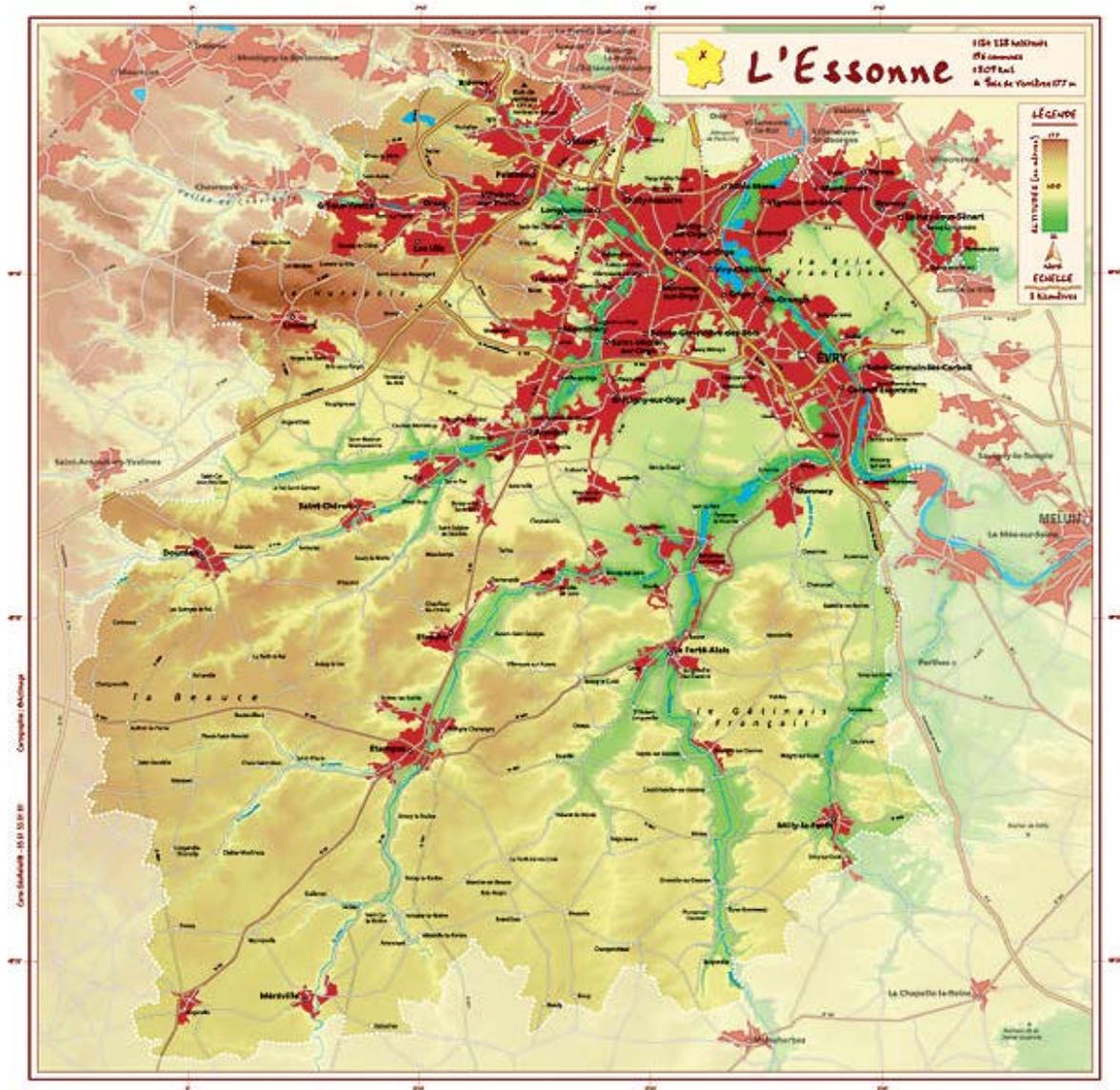
Guide d'entretien pour les médecins libéraux du secteur Sud "Etampes"

Annexe 6

Grille d'analyse des entretiens

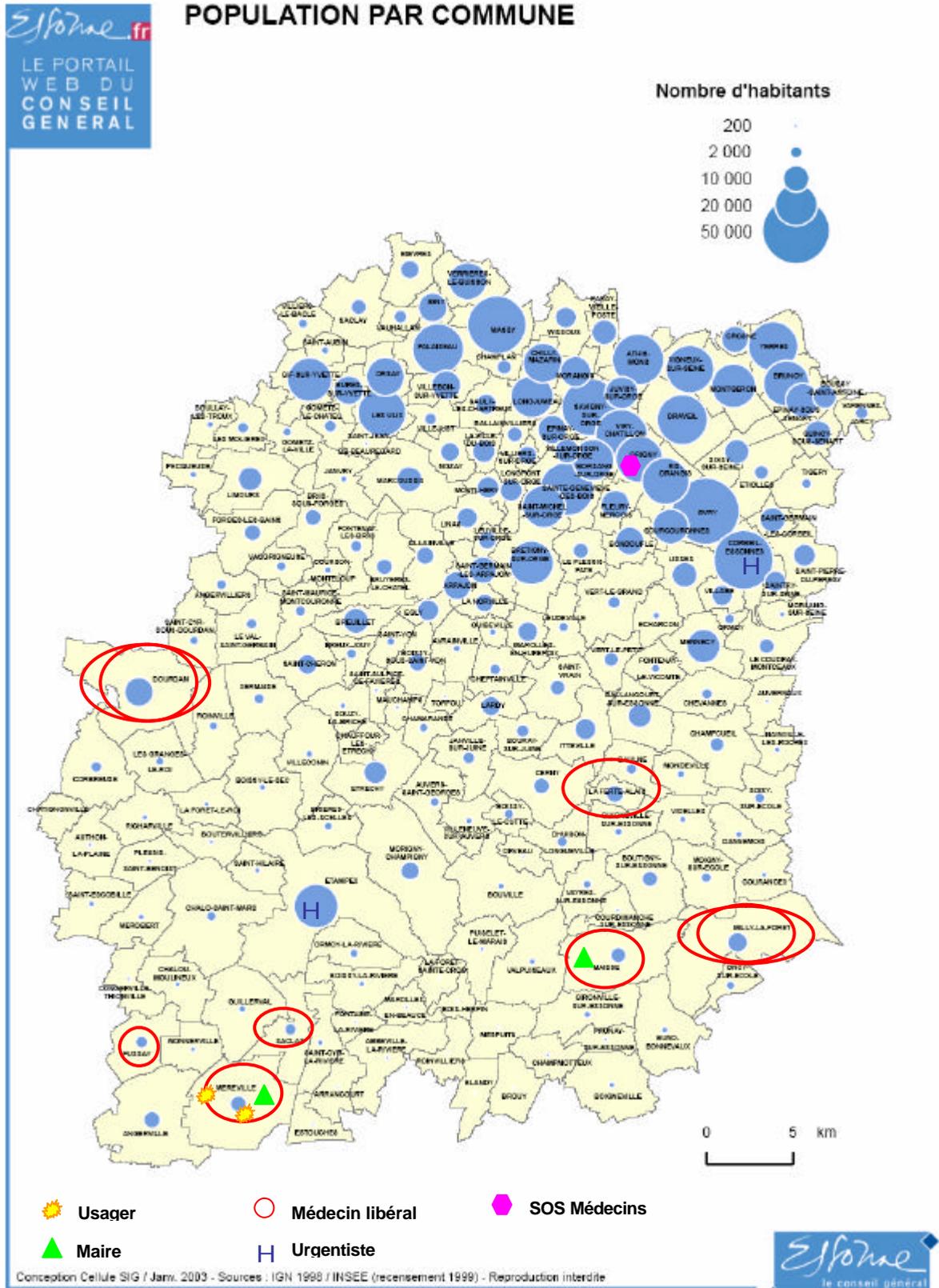
ANNEXE 1

Le département de l'Essonne



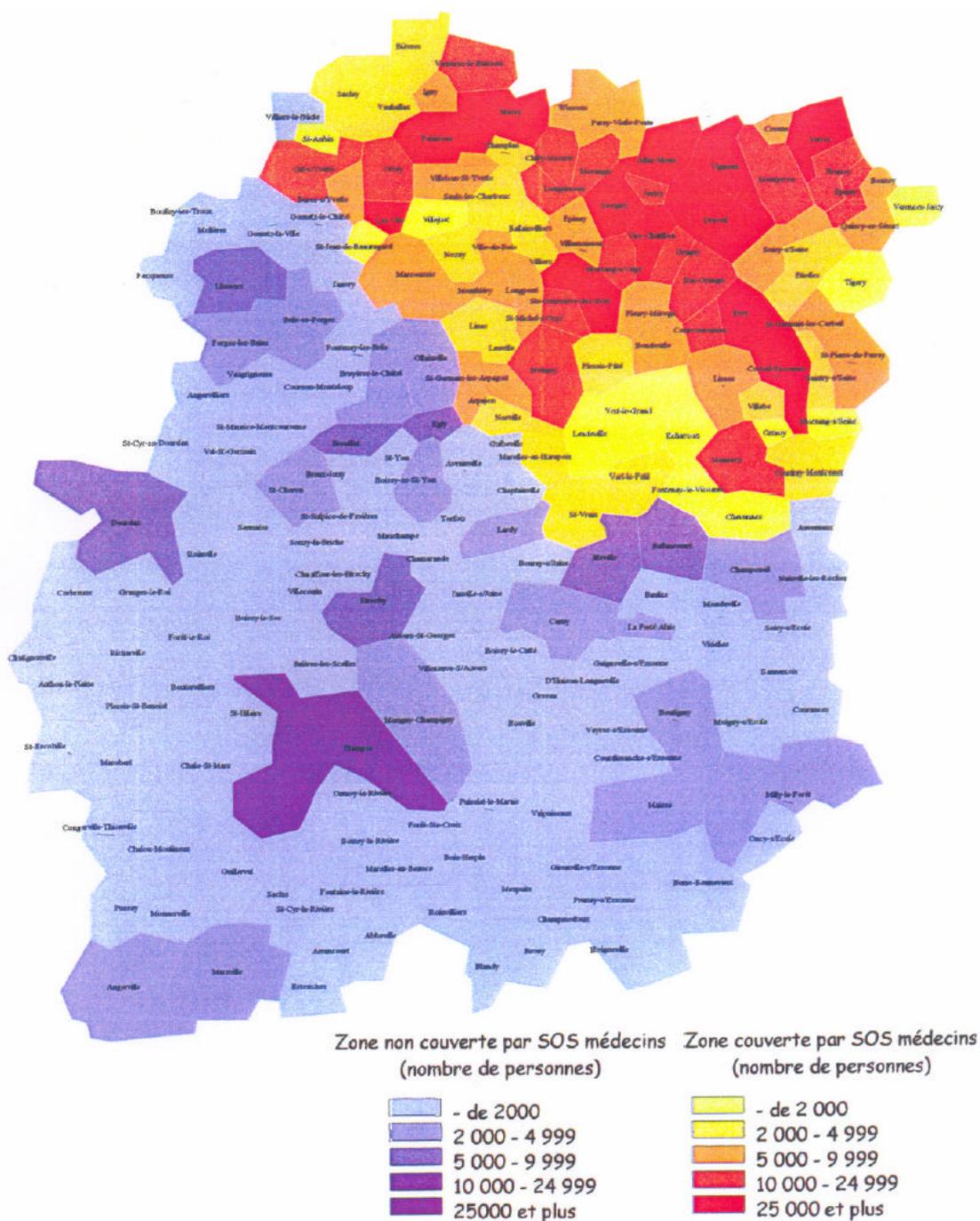
ANNEXE 2

Répartition de la population dans les communes de l'Essonne et localisation des personnes interrogées



ANNEXE 4

La couverture de l'Essonne par l'association SOS Médecins



Source : INSEE (Recensement 1999) - SOS Médecins au 30/11/04

ANNEXE 5

Guide d'entretien pour les médecins libéraux du secteur Sud "Etampes"

Généralités

- Présentation générale : cursus, ancienneté installation, expériences antérieures, famille
- Motivations pour la médecine libérale, pour l'installation dans ce secteur
- Fonctionnement du cabinet : association, horaires, jours de repos, autre activité
- Impressions sur le métier, la commune et ses environs, la population et ses activités

Besoins des patients

- Caractéristiques des malades, leurs besoins en général, pour la PdS, pour les visites incompressibles

Permanence des soins (PdS)

- Evolution de la PdS ces 20 dernières années : comment, pourquoi
- Organisation de la PdS : gestion des appels en fonction des plages horaires (20h-0h, 0h-8h, week-end et jours fériés) (vous, 15, confrère...)
- Conduite si bascule des appels : exceptions pour certains patients, pourquoi, comment
- PdS = accès indirect
- Information des patients sur la PdS (prévue dans circulaire + accès indirect) : oralement au cas par cas, salle d'attente, sur les ordonnances...
- Participation ou non à la PdS : pourquoi, quel type (régulation, astreinte avec visite incompressible, maison médicale de garde), charge de travail, vécu, contrainte...
- Conditions de participation à la PdS : organisation, financement, sécurité, distance, durée du déplacement...
- Conséquences de la nouvelle organisation de la PdS (MMG, sectorisation)
- Conséquences de l'absence d'effecteurs pour les visites incompressibles
- PdS et volontariat
- Quelle(s) solution(s) pour améliorer la réponse aux besoins des patients ?
- Plus value des médecins généralistes dans la PdS, dans les visites incompressibles
- Améliorer la connaissance des usagers sur la PdS : qui, comment

Propositions

- PdS idéale pour les patients, pour vous
- Conditions de réussite
- Ecueils

ANNEXE 6

Grille d'analyse des entretiens

- Exercice de la médecine
- Participation à la PdS avant la grève
- Participation à la PdS après la grève
- Volontariat
- Problèmes sans VI
- Motifs des VI
- Besoins des malades
- Informations des malades sur la PdS
- Attitude des malades avant la grève
- Attitude des malades après la grève
- Changement depuis 10 ans
- Freins pour reprendre les VI
- Leviers pour reprendre les VI
- PdS idéale
- Problèmes généraux