



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Médecin Inspecteur de Santé Publique

Promotion 2005

**ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS
AUTOUR DU VOLONTARIAT
ET DE LA RÉGULATION EN VENDÉE**

Sylvie CAULIER

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

- A mon mari,
 mes enfants,
 pour leur patience et leur soutien
- A Monsieur André BOUVET, directeur départemental des affaires sanitaires et
 sociales sans qui la réalisation de ce travail n'aurait pu se faire
- A Docteur J. RAYMONDEAU et à l'équipe mémoire de l'ENSP, pour leur
 enseignement et leurs conseils
- A toutes les personnes qui m'ont consacré du temps et ont contribué à la réalisation
 de ce mémoire.

S o m m a i r e

INTRODUCTION.....	1
1 CONTEXTE.....	5
1.1 Définitions.....	5
1.1.1 La permanence des soins.....	5
1.1.2 La régulation médicale.	6
1.1.3 La permanence des soins est articulée avec l'Aide Médicale Urgente (AMU).	6
1.2 Evolution du cadre juridique de la permanence de soins.....	7
1.2.1 La permanence des soins est définie comme une obligation déontologique.	7
1.2.2 La circulaire du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins de ville.	8
1.2.3 La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 définit la permanence des soins comme une « mission d'intérêt général »	8
1.2.4 L'organisation de la permanence des soins et les modalités de participation des médecins sont fixées par le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 (6) complété par une circulaire (17) et un arrêté (12) en date du 12 décembre 2003.....	8
A) Un découpage du département en secteurs.....	9
B) Une participation des médecins sur la base du volontariat.	9
C) Une régulation centralisée des appels de permanence des soins, organisée par le SAMU, ou interconnectée avec ce service	9
D) Une organisation dans le cadre départemental basée sur :.....	9
1.2.5 Les modalités d'organisation et les conditions de participation des médecins sont modifiées par le décret du 7 avril 2005 (8).	11
1.2.6 Les modalités de rémunération de la permanence des soins sont inscrites dans les dispositions conventionnelles.....	11
1.3 État des lieux national (fin 2003-2005).	12
1.3.1 Une mise en œuvre progressive de la nouvelle organisation de la permanence des soins sur l'ensemble du territoire.	13
1.3.2 Une multiplication des expérimentations à l'échelon régional.....	14
1.3.3 Des tensions persistantes.....	16
1.4 État des lieux départemental	17
1.4.1 La Vendée, un département aux caractéristiques démographiques particulières.....	17

A) Un département caractérisé par de fortes variations de l'activité saisonnières et par un taux de vieillissement élevé de la population.	17
B) Une évolution de la démographie médicale préoccupante.	17
1.4.2 Une sectorisation effective depuis 1995.	18
1.4.3 Une régulation de médecine générale assurée depuis septembre 2002.	18
1.4.4 Une organisation redéfinie à partir de décembre 2003.	19
1.4.5 Un dispositif évolutif (2004-mai 2005).	20
A) La sectorisation évolue.	20
B) La régulation doit être renforcée.	20
C) L'ouverture de maisons médicales de garde se poursuit.	20
D) Les médecins participent à la permanence sur le mode du volontariat.	21
E) Le conseil de l'Ordre et la DDASS sont fortement sollicités.	22
1.4.6 Un dispositif articulé avec l'Aide Médicale Urgente et la permanence des soins des autres professionnels de santé.	23
2 PROBLÉMATIQUE ET MÉTHODOLOGIE.	23
2.1 Problématique.	24
2.2 Méthodologie.	25
2.2.1 Recherche documentaire.	25
2.2.2 Recueil de données quantitatives.	26
2.2.3 Recueil de données qualitatives.	26
3 RESULTATS.	27
3.1 Données quantitatives.	27
3.1.1 Les données de l'Assurance maladie.	27
3.1.2 Données relatives aux exemptions.	30
3.1.3 Données relatives à la régulation médicale.	31
3.2 Données qualitatives.	32
3.2.1 Réunion d'un groupe de travail sur la permanence des soins de 0 à 8 heures. ..	32
3.2.2 Les entretiens.	33
A) La permanence des soins en Vendée jusqu'en septembre 2003.	33
B) La sectorisation.	35
a) La sectorisation en cours.	35
b) Les orientations souhaitables.	35
C) Le volontariat.	36
D) La régulation.	39
E) L'organisation départementale.	42
F) Discours relatif à la médecine générale.	44

G) Le rôle des instances ou partenaires institutionnels dans l'organisation de la permanence.....	46
4 ANALYSE ET PROPOSITIONS.....	47
4.1 Analyse des résultats.....	47
4.1.1 Discussion de la méthode.....	47
A) Concernant le recueil des données quantitatives.....	47
B) Concernant le recueil des données qualitatives.....	47
4.1.2 Analyse des données quantitatives.....	48
A) Analyse des données de l'Assurance maladie.....	48
a) Les données comparatives 2003 – 2004.....	48
b) Activité des secteurs de garde des médecins généralistes en 2004.....	49
B) Les exemptions de permanence des soins.....	50
C) Les données relatives à la régulation.....	50
4.1.3 Analyse du contenu des entretiens et du groupe de travail.....	51
A) La permanence des soins en Vendée jusqu'en septembre 2003.....	51
B) L'engagement des médecins.....	52
C) La régulation.....	53
D) L'organisation départementale.....	53
E) Discours relatif à la médecine générale.....	54
4.2 Propositions.....	54
CONCLUSION	57
Sources et Bibliographie	58
Liste des annexes.....	63

Liste des sigles utilisés

AMRV	Association des Médecins Régulateurs de Vendée
AMU	Aide Médicale Urgente
ARH	Agence Régionale d'Hospitalisation
CAPS	Centre d'Accueil et de Permanence des Soins
CDOM	Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMU	Comité Départementale de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires
CODAMUPS	Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des Transports Sanitaires et de la Permanence des Soins
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRRA	Centre de Réception et de Régulation des Appels
CSP	Code de la Santé Publique
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
MISP	Médecin Inspecteur de Santé Publique
MSA	Mutualité Sociale Agricole
PARM	Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SDIS	Service Départemental d'Incendie et de Secours
SMUR	Services Mobiles d'Urgence et de Réanimation
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UDASU	Union Départementale des Ambulanciers des Services d'Urgence
URCAM	Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
URML	Union Régionale des Médecins Libéraux

INTRODUCTION

L'organisation de la permanence des soins en médecine libérale a été fortement perturbée sur l'ensemble du territoire national, de novembre 2001 à juin 2002, par la grève des gardes initiée par les médecins généralistes libéraux en vue d'obtenir une revalorisation de leurs honoraires (48).

Les négociations entamées au cours du mouvement, entre les médecins et leurs partenaires institutionnels, se poursuivront au - delà, sur les fondements mêmes de la permanence des soins, tandis que Monsieur Jean - François MATTEI, ministre de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, confie dès le 12 juillet 2002 à Monsieur Charles DESCOURS, sénateur, la responsabilité d'un groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins chargé de « définir la nature de la mission de permanence des soins...d'analyser les obligations déontologiques qui lui sont associées, et de définir des solutions susceptibles d'être mises en œuvre pour garantir un égal accès aux soins. » (37). Les conclusions de ce rapport, rendu le 22 juillet 2003, iront dans le sens d'une réorganisation de la permanence des soins.

L'organisation des gardes et astreintes des médecins généralistes sera de fait profondément modifiée par deux décrets, parus le 15 septembre 2003 (6, 7). Le nouveau dispositif repose notamment sur une régulation centralisée des appels de permanence des soins, et la participation des médecins généralistes, qui s'inscrivait jusque là dans le code de déontologie comme une obligation « pour tout médecin » (4), y reste inscrite comme « du devoir du médecin » (7) mais se fait désormais sur le mode du volontariat.

Affectée à la Direction départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de Vendée le 1^{er} mars 2003, en tant que Médecin Inspecteur de Santé Publique (MISP) dans le cadre d'un détachement, je vais être chargée du dossier de la permanence des soins et des relations avec les professionnels de santé. Je serai donc amenée à mettre en œuvre le nouveau dispositif, en concertation avec nos partenaires départementaux et en lien étroit avec le dossier des urgences hospitalières et pré - hospitalières, confié à mon confrère.

Les décrets sont adressés, à l'initiative conjointe du conseil départemental de l'Ordre des médecins et de la DDASS de la Vendée, à l'ensemble des médecins généralistes.

Le conseil départemental procède par ailleurs au recensement des médecins volontaires dans le nouveau dispositif, recensement dont les résultats laissent présager d'un désengagement conséquent des médecins.

Le conseil de l'Ordre et la DDASS, également préoccupés par l'évolution de la démographie médicale, sont de ce fait amenés à reconsidérer le découpage géographique sur la base duquel s'effectuaient jusqu'alors les gardes, et proposent aux médecins, fin novembre 2003, pour réflexion, une révision de la sectorisation tenant compte d'une diminution prévisible de l'activité liée à la régulation des appels.

Les courriers adressés par les médecins, à la DDASS de Vendée témoignent de leur opposition unanime à une révision à court et moyen terme de la sectorisation, et la perspective d'une nouvelle organisation soulève même des réticences plus marquées chez certains médecins :

« Les (onze) médecins du secteur (X) ont décidé à l'unanimité de poursuivre les gardes de nuit et de week-end selon le système existant depuis de nombreuses années...qui a su faire la preuve de son efficacité et a démontré une osmose entre les différents médecins du secteur pour assurer une permanence des soins et des urgences 365 jours par an (jours et nuits sans discontinuité). Nous avons examiné les propositions de nouvelle sectorisation, installation de maison de garde, régulation centralisée, et devons annoncer que nous ne comprenons pas l'intérêt, la pertinence des modifications proposées... Nous refusons de façon catégorique les nouvelles propositions...Si l'on devait nous obliger à changer, nous vous avertissons qu'aucun des médecins du secteur ne serait volontaire pour participer aux gardes. »

La préparation de la nouvelle organisation donne lieu à plusieurs réunions de concertation, au cours desquelles les médecins se déclarent, pour la plupart, non volontaires, mais « responsables », et acceptent donc de continuer à assurer leurs gardes. L'élaboration du cahier des charges définissant les conditions d'organisation de la permanence est à la fois redoutée, et exigée dans les meilleurs délais.

Le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, des Transports Sanitaires et de la Permanence des Soins (CODAMUPS), réuni le 18 décembre 2003, émet un avis favorable sur le projet de sectorisation, présenté par le conseil de l'Ordre et sur celui de cahier des charges, élaboré en concertation avec ce même conseil, que je présente. Le cahier des charges est arrêté le 22 décembre 2003 par le Préfet.

Le dispositif restera toutefois instable tout au long de l'année 2004, soumis à des menaces de désengagement liées à des exigences particulières, ou à des désengagements de médecins, et le MISP est destinataire des doléances de la population, parfois relayées par les élus, tel ce maire qui nous transmet fin 2004 un courrier d'un des habitants de sa commune, qui déplore qu'une ambulance lui ait été envoyée par la régulation, sans qu'un médecin se soit au préalable déplacé à son domicile :

..

« Monsieur le Maire,vous ne pouvez tolérer que nous soyons sans médecin le soir. Je vous le demande instamment, au nom de tous vos concitoyens, créez un : SOS Campagne ».

J'ai souhaité poursuivre et approfondir, au travers de ce mémoire, ma réflexion sur ce thème, restant très préoccupée par la question de l'égalité d'accès aux soins, et donc par la nécessité de construire et de pérenniser une organisation permettant de répondre aux besoins de soins urgents, ou ressentis comme tels, de la population.

Le département de la Vendée, où la permanence des soins était à nouveau assurée, sans carences, depuis la fin du mouvement de grève des médecins généralistes, connaît depuis septembre 2003, un bouleversement important des institutions et de l'engagement des acteurs. Cette étude tentera donc d'en cerner les raisons, afin de contribuer à la construction d'un dispositif stabilisé.

Ce travail s'inscrit pleinement à mon sens dans le champ professionnel du MISP, garant, dans le cadre de ses compétences, de « l'application des lois et règlements relatifs aux droits des personnes malades et des usagers des systèmes de santé, ...à la santé de la famille, de la mère et de l'enfant, aux professions de santé...ainsi qu'aux établissements de santé... » selon l'article L. 1421 - 1 du Code de la Santé Publique (CSP).

Le MISP, qui contribue à l'organisation du système sanitaire, est membre de droit du CODAMUPS, et préside le Sous Comité Médical qu'il réunit et auquel il soumet ,pour avis, les questions relatives à la permanence des soins qui devront être examinées par le CODAMUPS. La place du médecin inspecteur, à l'interface entre les médecins et l'administration, lui permet d'avoir un rôle clé dans la déclinaison sur le département de l'organisation de la permanence des soins, dans la concertation et avec le souci de l'articulation de l'offre de soins libérale et hospitalière. Ce bien que de nombreux déterminants, notamment financiers, lui échappent.

Les définitions retenues et le contexte, national, régional et départemental, dans lequel ce travail s'est déroulé, seront exposés dans la première partie.

La seconde partie de l'étude sera consacrée à la délimitation de notre thème de travail, à l'énoncé de nos hypothèses, et à la présentation de la méthodologie retenue.

Les résultats seront restitués dans la troisième partie.

Ces résultats seront analysés, au regard de nos hypothèses initiales, dans la dernière partie de ce travail, ce qui nous permettra de formuler des préconisations.

1 CONTEXTE

1.1 Définitions

1.1.1 La permanence des soins.

Nous en retiendrons la définition proposée par le groupe de travail réuni par M. Charles DESCOURS : « la permanence des soins peut se définir comme une organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. » (37). Nous nous intéresserons ici à la permanence des soins assurée par les médecins généralistes, qui s'articule avec la permanence organisée par d'autres professionnels de santé dont certains médecins spécialistes libéraux et les pharmaciens.

Cette définition sera notamment reprise dans la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences qui précise en outre que relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux, le « besoin de consultations exprimé en urgence », appelant « dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin ». Le texte distingue ces demandes de soins de celles relevant de la médecine d'urgence :

- les « besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital ou fonctionnel, qui exigent quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences »
- les « besoins de soins urgents qui appellent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir ». (15)

Cette organisation couvre les plages horaires situées « en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux et des centres de santé, de 20h à 8H les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés » (6).

Le groupe de travail piloté par M. C. DESCOURS distingue par ailleurs la permanence des soins de la continuité des soins obligation du praticien envers sa clientèle résultant de l'article 47 du code de déontologie (4), selon laquelle tout praticien doit s'assurer de l'existence d'un relais médical pour son patient, lorsqu'il s'absente ou se désiste.

L'organisation définie par le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 comporte deux innovations fondamentales :

« les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat »,

« l'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable qui est organisée par le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) » (6)

1.1.2 La régulation médicale.

Elle est liée à la création, par la loi du 6 janvier 1986 (1) des SAMU, dont le décret du 16 septembre 1987 définit les missions et l'organisation. (3)

Elle peut être définie comme « la réception et la gestion de tout appel à caractère médical urgent ou vécu comme tel par une structure d'écoute médicale spécialisée et permanente. Elle intègre immédiatement l'écoute et l'analyse du besoin exprimé, la détermination et le déclenchement rapide de la réponse la mieux adaptée, le suivi de la mise en œuvre de cette réponse. » La régulation débute donc dès la réception de l'appel pour ne s'achever qu'avec la « fin validée de la mission de l'intervenant. » (27)

La mission du médecin régulateur sera dans un premier temps, d'évaluer précisément le degré d'urgence de la demande, en menant l'interrogatoire de l'appelant (patient ou tiers) au téléphone, l'absence de réalisation de l'examen physique ne permettant pas toujours de parvenir à un « télédiagnostic clair » mais plutôt à un « diagnostic supposé ». (23) La régulation médicale est donc un véritable acte médical, engageant la responsabilité du médecin.

Elle est organisée par le SAMU (7) et repose sur une équipe composée de médecins régulateurs, hospitaliers et/ou généralistes ainsi que de Permanenciers Auxiliaires de Régulation Médicale (PARM) notamment chargés du décrochage des appels, de la définition du motif de ces appels, de l'ouverture du dossier informatique et de la transmission de l'appel au médecin régulateur.

La réponse aux appels relevant de la permanence des soins pourra, si l'évaluation le permet, « être différée et apportée par le médecin traitant dans le cadre d'une consultation programmée » (12).

1.1.3 La permanence des soins est articulée avec l'Aide Médicale Urgente (AMU).

Les fondements de l'AMU reposent sur la loi du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires. (1)

Instaurant le Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente et des Transports Sanitaires (CODAMU) dans chaque département, elle définit l'objet de l'AMU : « faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelques endroits qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état », en collaboration notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des secours.

..

La loi définit également les transports sanitaires comme « tout transport d'une personne malade, blessée ou parturiente, pour des raisons de soins ou de diagnostic, sur prescription médicale ou en cas d'urgence médicale, effectué à l'aide de moyens terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet. » Le dispositif de la garde départementale assurant la permanence des transports sanitaires sera réorganisé sur la base d'un décret et d'un arrêté en date du 23 juillet 2003 (5, 11).

L'articulation entre les médecins libéraux et l'AMU sera prévue dès le décret du 16 septembre 1987 et notamment confortée par les dispositions de la circulaire du 16 avril 2003.

Le décret prévoit la participation des médecins d'exercice libéral au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA) du SAMU. Cette participation est déterminée par convention, éventuellement passée, à leur demande, par les « associations de médecins ayant pour objet la réponse à l'urgence ». (3)

La circulaire propose des « recommandations opérationnelles » destinées à agir « sur l'amont et l'aval des urgences pour une meilleure réponse du système de soins aux situations non programmées », parmi lesquelles :

- la régulation centralisée des appels de permanence des soins en médecine ambulatoire, et le soutien des maisons médicales articulées avec les services des urgences hospitaliers.
- « la mise en réseau des professionnels de l'urgence », dont les SAMU, permettant notamment la mutualisation interdépartementale de la régulation médicale en cas de faible activité sur certaines plages horaires.
- le maillage du territoire par le Service Mobile d'Urgences et de réanimation (SMUR), et l'identification complémentaire de « médecins correspondants de SAMU », médecins libéraux, hospitaliers ou pompiers, relais dans la prise en charge de l'urgence vitale.
- l'organisation et la coordination de filières sécurisées en lien avec le SAMU - Centre 15, permettant l'admission directe dans des services spécialisés de patients présentant des pathologies du type accident vasculaire cérébral ou infarctus du myocarde. (15)

1.2 Evolution du cadre juridique de la permanence de soins.

1.2.1 La permanence des soins est définie comme une obligation déontologique.

Il s'agit d'une obligation, « pour tout médecin, de participer à la permanence des soins », sous le contrôle du conseil de l'Ordre, selon l'article 77 du code de déontologie. (4)

Le décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifie la rédaction de cet article, dorénavant ainsi formulé : « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et des règlements qui l'organisent ». (7)

1.2.2 La circulaire du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins de ville.

Le texte (14) a pour objectif, à l'issue du mouvement de grève des gardes des médecins généralistes, de mettre en place une organisation concertée de la permanence des soins dans les départements, alors que le groupe de travail réuni par M. DESCOURS commence ses travaux.

La démarche de concertation est confiée aux services déconcentrés. L'organisation proposée repose sur la mise en place d'une régulation centralisée des appels de médecine générale en lien avec le centre 15, la constitution d'une liste de médecins d'astreinte sur la base du volontariat, et selon une sectorisation redéfinie.

Sur cette base, l'astreinte est rémunérée à hauteur de 50 euros par période de 12h, la nuit, les dimanches et jours fériés (9,10).

Les dispositions préconisées dans la circulaire étaient annoncées dans un texte antérieur, d'ordre conventionnel, le Protocole National sur la permanence des soins entre l'État, le Conseil National de l'Ordre des médecins (CNOM) et l'Assurance Maladie du 1^{er} mars 2002 (18), dont la signature avait créé une situation de crise à l'Ordre des médecins, entraînant la démission du bureau du CNOM.

1.2.3 La loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 définit la permanence des soins comme une « mission d'intérêt général »

L'article L. 6315-1, inséré par la loi dans le code de la santé publique, précise que les médecins (généralistes et spécialistes) libéraux conventionnés participent « dans le cadre de leur activité libérale... dans un but d'intérêt général à la permanence des soins », de même que les médecins des centres de santé. (2)

1.2.4 L'organisation de la permanence des soins et les modalités de participation des médecins sont fixées par le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 (6) complété par une circulaire (17) et un arrêté (12) en date du 12 décembre 2003.

Le décret fait suite aux conclusions du rapport DESCOURS. Le dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire décrit, et précisé par la circulaire repose sur les principes suivants.

..

A) Un découpage du département en secteurs.

Ce découpage s'effectue sur la base « de données géographiques, démographiques et en tenant compte de l'offre de soins existante ». La sectorisation est réévaluée annuellement, et arrêtée par le préfet, après consultation du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), et sur avis du CODAMUPS. Des secteurs interdépartementaux peuvent être constitués (6)

A chaque secteur correspond, sauf organisation opérationnelle particulière, un médecin rémunéré pour l'astreinte. La sectorisation « doit être simple et lisible... et respecter les règles de sécurité... notamment en terme d'accès et de délai de réponse ». Pour tenir compte de situations particulières (variations d'activité, caractéristiques épidémiologiques), des secteurs peuvent être regroupés ou divisés, de façon temporaire. L'objectif poursuivi est « de garantir un plus grand confort de vie (aux médecins) tout en préservant l'accessibilité des populations aux soins les plus appropriés. » (17)

B) Une participation des médecins sur la base du volontariat.

Elle est associée à une procédure de concertation, menée par le CDOM, en vue de compléter le tableau « en cas d'absence ou d'insuffisance » de volontaires.

Si le tableau reste incomplet, le préfet procède aux réquisitions « nécessaires » (6), le recours à la réquisition devant tenir compte de la démographie médicale. La révision des secteurs doit être envisagée « lorsque le nombre de réquisitions constatées est trop important » (17).

Des exemptions de permanence peuvent être accordées par le CDOM pour des motifs liés à l'âge, à l'état de santé, et éventuellement aux conditions d'exercice.

C) Une régulation centralisée des appels de permanence des soins, organisée par le SAMU, ou interconnectée avec ce service .

« Le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou, le cas échéant par une visite à la demande du médecin chargé de la régulation médicale. » (6)

La participation des médecins libéraux à la régulation médicale est fortement encouragée dans la circulaire. Elle est ouverte aux associations de permanence des soins, sans que les appels à leur intention soient obligatoirement régulés.

Si le cadre défini par le décret est celui d'une régulation de tous les appels, la circulaire énonce qu' « un médecin peut recevoir directement des appels de ses patients aux heures de permanence des soins, et leur apporter le cas échéant les soins nécessaires ». (17)

D) Une organisation dans le cadre départemental basée sur :

- Une définition des horaires de permanence des soins : de 20 heures à 8 heures les jours ouvrés, ainsi que les dimanches et jours fériés.

- Un tableau nominatif de permanence par secteur, établi pour une durée minimale de trois mois, par les médecins exerçant en cabinet libéral ou en centres de santé, selon des modalités définies dans le cahier des charges, et auquel les associations de permanence de soins peuvent participer.

Le tableau doit être transmis au plus tard 45 jours avant sa mise en œuvre au CDOM qui, après avoir « vérifié que les médecins sont en situation régulière d'exercice », le transmet, dix jours au moins avant sa mise en œuvre, au préfet, au SAMU, aux caisses d'assurance maladie, ainsi qu'aux « organisations représentatives au niveau national des médecins libéraux représentées au niveau départemental » sur leur demande.

- L'élaboration d'un cahier des charges départemental.

Ce cahier des charges, défini par l'Arrêté du 12 décembre 2003 (12), comprend un état des lieux, participant à la détermination de la sectorisation, dont les grands principes doivent y figurer. Les modalités d'organisation et de fonctionnement de la régulation médicale y sont précisées, de même que les modalités de transmission et de modifications du tableau de permanence, d'articulation entre permanence libérale et structures hospitalières, ainsi que celles de l'évaluation du dispositif.

Le cahier des charges, préparé dans le cadre du sous-comité médical du CODAMUPS, est proposé par la DDASS, pour avis au CODAMUPS réuni en séance plénière. (17)

Il est prévu qu'il précise les modalités de participation des médecins spécialistes. (6).

- La modification des missions et de la composition du CODAMU.

La composition du CODAMU, chargé « de veiller à la qualité de la distribution de l'AMU et à son ajustement aux besoins de la population » (1), est élargie et intègre la permanence des soins dans ses missions, devenant alors le CODAMUPS.

La représentation de la médecine libérale est assurée au CODAMUPS et au sous-comité médical par un représentant de chacune des organisations syndicales représentatives au niveau national de la médecine libérale, par un représentant de chacune des associations de permanence des soins intervenant dans le dispositif départemental, et par un médecin représentant l'Union Régionale des Médecins exerçant à titre libéral (URML).

Le directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), un représentant de l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), et un représentant des associations d'usagers entrent également au CODAMUPS. (6)

La circulaire fait également mention :

- de la nécessité d'informer les usagers du nouveau dispositif, et de le sensibiliser au bon usage du 15.

-.

- du rôle facilitateur des hôpitaux locaux dans la mise en place d'organisations de types maisons médicales, conformément à la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local qui prévoit par ailleurs une autorisation exceptionnelle d'intervenir dans l'hôpital local pour tout médecin généraliste libéral, sous réserve, pour le directeur, d'en référer dans les 24 heures au directeur de l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) et au président du CDOM. (16)

1.2.5 Les modalités d'organisation et les conditions de participation des médecins sont modifiées par le décret du 7 avril 2005 (8).

Le décret apporte les modifications suivantes

- La permanence des soins peut être assurée selon des modalités particulières entre 20 heures et 8 heures, « définies en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et des délais d'intervention dans les différents secteurs », et précisées dans le cahier des charges.
- La sectorisation peut varier selon les périodes de l'année et être adaptée aux besoins de la population sur certaines plages horaires.
- La participation des médecins des associations de permanence des soins à la permanence et des centres d'appels de ces associations à la régulation sous réserve d'interconnexion.
- La procédure de consultation confiée au conseil de l'Ordre en cas d'absence ou d'insuffisance de médecins volontaires est renforcée, et il est précisé que celui-ci doit transmettre au préfet la liste des médecins exemptés.
- Le cahier des charges détermine les « indicateurs de suivi et les modalités d'évaluation du fonctionnement de la régulation... et de l'ensemble du dispositif », ainsi que les conditions du recueil et du suivi des incidents.
- Les attributions de la Mission Régionale de Santé (MRS), constituées entre ARH et Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) sont précisées. Instance consultative à l'échelon régional, elle transmet ses propositions au préfet de département.

1.2.6 Les modalités de rémunération de la permanence des soins sont inscrites dans les dispositions conventionnelles.

Le niveau de rémunération de l'astreinte est fixé à 50 euros par tranche de 12 heures par l'avenant n° 10 à la convention médicale, tandis que le médecin régulateur libéral perçoit 3C/heure (60 €). (10)

L'avenant n°4 (13) à la convention nationale signée le 12 janvier 2005 réaffirme, dans son préambule, le caractère impératif de la permanence des soins de médecine libérale. L'objectif de réduire d'environ un secteur sur deux après minuit, en moyenne nationale, est affiché.

Au maintien de la rémunération antérieure versée jusqu'à au médecin régulateur, l'Assurance maladie prend en charge la formation, dans un cadre conventionnel, du médecin, ainsi que, « si besoin » sa Responsabilité Civile Professionnelle (RCP) dédiée à la régulation.

Des majorations spécifiques des actes régulés réalisés durant la permanence sont fixés, et la rémunération de l'astreinte est revalorisée à hauteur de 50 € de 20 heures à 0 heures, 100 € de 0 heures à 8 heures et 150 € de 8 à 20 heures les dimanches et jours fériés.

Le texte s'engage à ce que la pérennisation des structures de type maisons médicales de garde, en cours d'évaluation soit examinée avant la fin de l'année. Ces structures, financées jusqu'à dans le cadre du Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), voient leur financement gelé depuis le début de la procédure d'évaluation.

La définition, par les MRS des zones déficitaires sur le plan démographique, permettra la mise en œuvre des mesures spécifiques relatives à la permanence des soins dans ces zones.

Une évaluation du dispositif financier est prévue à 12 mois, à partir des indicateurs prévus dans les cahiers des charges.

1.3 État des lieux national (fin 2003-2005).

La permanence des soins reste assurée de manière irrégulière, avec des disparités importantes sur le territoire national, sur l'année 2003 (45).

Avec l'instauration d'une régulation centralisée des appels de permanence des soins, la France se rapproche du dispositif en œuvre dans les autres pays européens (37) pour s'en distinguer totalement quant aux modalités de participation des médecins, avec l'instauration du volontariat.

1.3.1 Une mise en œuvre progressive de la nouvelle organisation de la permanence des soins sur l'ensemble du territoire.

Différentes enquêtes, menées par le Ministère ou le CNOM permettent de suivre les avancées de cette réorganisation.

La réduction du nombre de secteurs, initiée par la circulaire de juillet 2002, se poursuit. La France passe de 3599 secteurs, à 3151, avant la réorganisation liée au décret, selon l'État des lieux dressé par le Ministère en avril 2004 (46), puis à 3077 secteurs au 1^{er} février 2005, hors secteurs saisonniers, selon les chiffres publiés par le CNOM. L'Ordre des médecins s'interroge à cette date sur la poursuite du processus de réduction du nombre de secteurs, estimant que les distances à parcourir pour les médecins de ce fait et leurs souhaits constituent des limites à prendre en compte (40).

Cette sectorisation est validée par le CODAMUPS dans 70 départements au 1^{er} avril 2004 (46), mais 15 départements seraient restés dépourvus d'arrêté de sectorisation au 1^{er} février 2005, et 48 conseils départementaux seulement auraient été en possession d'un arrêté départemental à cette date (40).

L'Ordre des médecins fait un lien entre la finalisation de l'organisation et une coopération « étroite » entre ces conseils et les services déconcentrés de l'État dans les départements concernés.

La participation des médecins peut être approchée, en avril 2004, à partir du nombre de secteurs couverts : 47 départements sont couverts par un médecin de permanence ; 12,25 % des secteurs, répartis sur 41 départements, ne le sont pas au-delà de minuit, et 6,5 % des secteurs sont non couverts (46). Les départements couverts seraient le plus souvent, selon le conseil de l'Ordre, des départements ruraux. S'il n'est pas possible d'en tirer des conclusions directes quant au taux de participation des médecins, on constate que le nombre de secteurs qui sont parvenus à assurer intégralement la permanence tend à croître au cours de cet début d'année 2004, soit du fait d'une adhésion de l'ensemble des médecins soit grâce à une répartition de l'ensemble des gardes entre les médecins volontaires.

Le nombre de préfets ayant procédé à des réquisitions dans ce contexte passe de 31 sur les deux derniers mois de l'année 2003 à 44, pour l'année 2004. Le nombre de réquisitions effectuées dans ces 44 départements aurait été en général assez faible, et leur but aurait été, selon le CNOM, « de remédier à une carence ponctuelle du tableau qui menaçait l'équilibre de l'organisation du secteur ». Le CNOM souligne un paradoxe : l'absence ou le faible nombre de réquisitions des préfets dans les départements où le

désengagement des médecins était maximal, et déplore l'absence de lisibilité et de cohérence de l'action de l'État, formulant l'exigence d'une action homogène de l'action des préfets et des DDASS sur l'ensemble du territoire (40).

Si le volontariat est considéré comme le problème essentiel de la nouvelle organisation par les conseils départementaux en 2004 (39), le CNOM assure qu'un plus grand nombre de tableaux de gardes parviennent complets dans les conseils départementaux au 1^{er} février 2005 et estime «le pourcentage de volontaires est supérieur à 60 % dans 79 départements..., seuls 12 départements déclarant moins de 40 % de volontaires.» Des « systèmes alternatifs d'urgentistes libéraux ou de sites dédiés (de type maisons de garde) » seraient fréquemment retrouvés sur ces sites (40).

C'est la régulation médicale qui semble l'élément suscitant le plus l'adhésion des médecins. 93 départements en seraient pourvus, dont 86 couvrant l'ensemble du département (40).

Toutefois les statuts des médecins et l'organisation de cette régulation, tant dans sa localisation que dans ses liens avec le SAMU, varient. Lorsque les médecins libéraux y participent, c'est le plus souvent jusqu'à minuit ou 1 heure du matin. Le Ministère dénombre 8 départements où la régulation libérale fonctionne 24 h sur 24, donc bien au-delà des horaires de permanence des soins.

La dimension territoriale de cette permanence, son articulation avec le secteur hospitalier prennent tout leur sens dans les groupes de travail réunis lors de la phase de concertation lancée en vue de l'élaboration du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de IIIème génération (SROS III).

1.3.2 Une multiplication des expérimentations à l'échelon régional.

L'agrandissement des secteurs de garde couplé à des inquiétudes relatives à la démographie médicale et à la volonté des médecins de proposer des conditions de gardes attractives pour les jeunes médecins les amène élaborer des projets de type maison de garde. Ces structures, sécurisée et équipées, au sein desquelles les médecins de préférence nombreux, prennent la garde, sont ouvertes sur les horaires de permanence des soins.

70 départements auraient un ou plusieurs sites dédiés à la pds de ce type, le plus souvent localisés au sein d'établissements de santé (40).

Géré par des associations de médecins, leur fonctionnement repose sur la présence, dans des locaux hospitaliers le plus souvent, d'un médecin, parfois assisté d'une

-.

secrétaire, accueillant les patients en consultation à la demande du médecin régulateur, se déplaçant le cas échéant, ce sur les plages de permanence de soins. Le secteur couvert par une maison médicale de garde (ou Centre d'Accueil et de Permanence des Soins, CAPS) est un secteur centré sur la structure, avec un rayon approximatif de 20 kilomètres autour. Leur financement est généralement assuré en grande partie par le FAQSV.

Mais ces organisations, nées dans des contextes et avec des objectifs différents peuvent varier, notamment dans la réponse qu'elles proposent après minuit.

Certaines prévoient un médecin d'astreinte joignable, éventuellement en seconde ligne lorsqu' existe un accord avec l'hôpital où les patients en mesure de se déplacer sont examinés. D'autres associations de médecins annoncent arrêter la permanence à 0h, arguant du faible nombre d'appels sur cette période, sans qu'un projet permettant de répondre aux demandes de soins ait été élaboré avec les médecins régulateurs, qui, de facto, se trouvent contraints de gérer la situation.

Si l'absence de couverture par les médecins généralistes de la seconde partie de nuit apparaît sans grande incidence dans des villes pourvues d'associations de type SOS Médecins, et en dernier recours de services d'urgences, il n'en n'est pas de même des zones rurales ou semi - rurales où la permanence des soins repose sur le médecin généraliste. Les maisons de garde y seraient plus fréquemment ouvertes sur toute la nuit (30).

L'URCAM des Pays de la Loire s'impliquera fortement dès 2003 dans l'accompagnement et le soutien de projets de maisons médicales, tout particulièrement en zones rurales, où leur implantation centrale sur des secteurs agrandis, permet de faire reposer la charge de travail sur un nombre de médecins plus important, rendant de ce fait les conditions de travail plus attractives pour les remplaçants et les jeunes médecins. Le CAPS de Clisson ouvrit dans ce contexte le 1^{er} octobre 2003, sur un secteur où « les gardes n'étaient plus toujours assurées », il permettra de remobiliser les médecins autour des gardes (35). Une dizaine de CAPS ruraux ou semi - ruraux de ce type ouvriront au cours de l'année 2004 et début 2005.

D'autres types de CAPS verront le jour, en zone côtière, tel celui de Noirmoutier, ou en secteur urbain où ils peuvent contribuer à diminuer le nombre de visites des médecins, améliorer leur sécurité et désengorger les urgences.

La presse médicale se fait l'écho des diverses expérimentations qui naissent par ailleurs sur le territoire français, comme au Havre l'accompagnement du médecin d'astreinte par un chauffeur médiateur (28).

1.3.3 Des tensions persistantes.

Le mécontentement et le malaise des médecins restent perceptibles, aussi bien dans la presse que sur leurs forums internet. Le groupe présidé par M. C. DESCOURS est réactivé. Alors qu'à priori les dispositifs organisationnels proposés vont dans le sens d'une amélioration du confort de vie des médecins, via la diminution du nombre de leurs gardes, et de leur pénibilité grâce à la régulation, les tensions restent majeures. S'exprimant notamment dans des revendications financières diverses, exacerbées par les disparités de financement liées aux expérimentations régionales, ces tensions apparaissent en partie liées aux préoccupations profondes des professionnels vis-à-vis de l'évolution de la démographie médicale. Dans un article annonçant la parution du décret du 7 avril 2005, P. BENKIMOUN cite M. DOUSTE-BLAZY, ministre de la santé, qui, reconnaissant l'existence d'«un véritable problème de démographie en médecine ambulatoire», en fait l'une des causes du «ras-le-bol des libéraux». (21)

Les modalités de financement de l'astreinte sont considérées comme insuffisantes vis-à-vis de la tâche assumée. La signature d'un accord, par les syndicats de médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie, en juillet 2004 est mal accueillie par la profession. Certains voient dans cette rémunération dégressive du forfait d'astreinte une confirmation de la dévalorisation de la profession de médecin généraliste, alors qu'en parallèle sont parfois revendiqués des minima de garantie dans des maisons de garde. L'annulation de l'accord par M. DOUSTE-BLAZY relance le processus de discussion. Le ministre confie à M. COUTY, directeur de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), la mission «d'aménager les dispositions réglementaires sur la garde» en vue d'une réécriture du décret du 15 septembre 2003.

La possibilité que la prise en charge de l'ensemble des demandes de soins (relevant de l'urgence ou de la permanence des soins) soit assurée par un seul intervenant, sur les plages horaires où les demandes sont moins nombreuses aurait fait partie des préconisations de ce rapport qui aurait par ailleurs rappelé le caractère nécessairement exceptionnel du recours à la réquisition (25)

Le malaise à l'origine de la grande mobilisation des médecins généralistes à l'automne 2001 semble persister en arrière-fond. S'il s'était initialement exprimé sous forme d'une revendication financière, la revalorisation des honoraires, son ancrage dans «une insuffisance de reconnaissance du travail accompli par ces médecins de première ligne» semble être assez largement admis. Certains auteurs soulignent combien le positionnement des médecins généralistes est difficile. Dans une société portant un idéal d'équilibre de vie entre le travail, les loisirs et la famille, ils voient leur charge de travail s'accroître, compte-tenu de l'évolution de la démographie médicale (33). Dans ce

..

contexte la charge de travail liée aux gardes cristallise tous les mécontentements et antagonismes. Le ressentiment s'exprime tout d'abord vis-à-vis de l'État, censé se défausser d'une mission dite de service public, et désigné comme responsable de l'évolution de la démographie. C. LEHMAN fait part de son mécontentement devant la disparité de traitement qu'il perçoit entre médecins généralistes et spécialistes, « bénéficiaires d'une tarification valorisant la technicité des actes », et considérés comme « exclus » de l'obligation de participer à la permanence des soins (19).

Les urgentistes hospitaliers débutent de leur côté en avril 2005 une grève pour dénoncer « l'engorgement de leurs services. » Le ministre de la santé lance à cette occasion un appel au renforcement de la coordination entre secteur hospitalier et libéral (22).

L'objectif reste dans ce contexte, de parvenir à « organiser la filière de soins pour répondre au mieux aux attentes de la population » (39) et lui garantir une équité d'accès aux soins.

1.4 État des lieux départemental

1.4.1 La Vendée, un département aux caractéristiques démographiques particulières.

- A) Un département caractérisé par de fortes variations de l'activité saisonnière et par un taux de vieillissement élevé de la population.

La population vendéenne s'élève à 565 230 habitants au 1^{er} janvier 2003.

Avec un indice de vieillissement (nombre de personnes de 65 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans) à 81,4 au 1^{er} janvier 2003, la Vendée se situe au premier rang des Pays de la Loire où l'indice est à 65,3 (44).

La population se répartit de façon inégale sur le territoire, la population âgée ayant tendance à se concentrer sur le littoral.

Le littoral, la présence de deux îles, et un fort taux d'ensoleillement font de la Vendée le deuxième département touristique de France.

- B) Une évolution de la démographie médicale préoccupante.

Nous nous intéresserons, dans le cadre de cette étude, strictement aux médecins généralistes installés.

La densité des médecins généralistes était de 105 médecins / 100 000 habitants en Vendée de 104 dans les Pays de la Loire, et de 115 en France au 1/1/2003 (44).

Le nombre de médecins généralistes inscrits au conseil départemental de la Vendée est de 534 au 1^{er} janvier 2005, très inégalement répartis sur le territoire départemental.

Une première détermination en région de zones déficitaires a permis d'identifier trois zones en Vendée.

Le vice président du conseil de l'Ordre a réalisé une étude sur l'évolution de la démographie médicale entre 1995 et 2002. Plus de 60 % des médecins généralistes auraient plus de 55 ans en 2008 (41). Le nombre de médecins exerçant à temps partiel en secteur libéral augmente, et cette progression n'est pas seulement liée à la féminisation de la profession mais concerne également les hommes, soit avec la volonté de disposer de plus de temps libre, soit afin d'avoir un exercice salarié à temps partiel. Par ailleurs, le conseil de l'Ordre enregistre depuis 2 ou 3 ans des départs de médecins imprévisibles, bien avant la retraite.

1.4.2 Une sectorisation effective depuis 1995.

L'organisation de la permanence des soins qui prévalait en Vendée depuis 1995 était basée sur une sectorisation, réalisée par le conseil de l'Ordre, avec un médecin dit coordinateur par secteur, chargé d'élaborer les tableaux de garde et de les transmettre au conseil départemental.

La sectorisation évoluera avec une réduction du nombre de secteurs, de 51 à 49 puis à 39 secteurs en mars 2003.

1.4.3 Une régulation de médecine générale assurée depuis septembre 2002.

Quelques médecins généralistes vont, à la demande du SAMU, renforcer la régulation hospitalière, confrontée à une explosion du nombre d'appels durant la grève des gardes des médecins généralistes.

De ce partenariat naîtra, en septembre 2002, l'Association des Médecins Régulateurs de Vendée (AMRV), financée dans le cadre des expérimentations innovantes par le FAQSV. L'association assure dès lors, dans les locaux du SAMU, la régulation des appels de médecine générale sur les horaires de fermeture des cabinets médicaux, à l'exception de la seconde partie de nuit, avec le concours de 70 médecins (42). Pour bénéficier de la régulation, les médecins doivent en faire la demande auprès de l'association. Un secteur ne peut être intégralement régulé que si l'ensemble des médecins du secteur en fait la demande écrite.

Trois secteurs bénéficient, en septembre 2003 de la régulation dans ce cadre.

1.4.4 Une organisation redéfinie à partir de décembre 2003.

Au cours de l'été 2002, à l'issue du mouvement de grève des gardes des médecins, la permanence est à nouveau assurée, sans carences.

De nombreuses réunions, à l'initiative conjointe du CDOM et de la DDASS, vont avoir lieu en Vendée d'octobre à décembre 2003 avec les 39 médecins coordinateurs de secteurs, en vue de les informer des nouvelles dispositions réglementant la permanence des soins, et d'engager une concertation quant aux évolutions souhaitables du dispositif. L'AMRV, le SAMU, les syndicats, les caisses d'assurance maladie et des représentants des collectivités territoriales sont associés aux groupes de travail qui se constituent.

Certains médecins conditionnent leur participation à des exigences de trois ordres : l'arrêt de toute permanence des soins libérale entre minuit et 8 h, donnant lieu à des débats contradictoires, l'absence de toute visite à domicile et des exigences financières.

Le CODAMUPS se réunit pour la première fois le 18 décembre 2003 dans sa nouvelle composition. L'AMRV et quatre associations de médecins y participent et sont donc étroitement associées à l'élaboration du dispositif.

Le cahier des charges, élaboré en concertation avec le conseil de l'Ordre, recueille l'avis favorable du CODAMUPS, et est arrêté par le préfet.

Les horaires de la permanence nocturne (20 h – 8 h) sont confirmés, tout en prévoyant, dans le cadre d'accords locaux, la possibilité de modalités particulières d'organisation sous forme d'articulation avec le secteur hospitalier.

Le cahier des charges prend acte de l'organisation des « médecins vendéens, le samedi après-midi, sous forme d'astreinte ».

La sectorisation en cours est arrêtée mais le texte prévoit que des aménagements de la sectorisation ou de l'organisation puissent être réalisés, à la demande des médecins, avec l'accord du conseil de l'Ordre, du SAMU et du préfet, à titre expérimental, sous réserve de leur examen ultérieur au CODAMUPS.

La bascule de l'ensemble des secteurs sur la régulation médicale est différée au 1^{er} février 2004, afin de permettre l'adaptation des moyens matériels et humains affectés à la régulation.

1.4.5 Un dispositif évolutif (2004-mai 2005).

A) La sectorisation évolue.

Des rapprochements de secteurs, parfois exclusivement les week-end, se feront progressivement.

Le secteur de Fontenay fusionne ainsi en octobre 2004 avec deux secteurs en grande difficulté démographique, autour d'un projet de maison médicale de garde articulé avec le centre hospitalier, et deux secteurs du Nord Vendée se rapprochent ultérieurement d'un secteur de Loire-Atlantique.

B) La régulation doit être renforcée.

Un renforcement de l'équipe des PARM et de l'équipe médicale est opérationnel pour l'été 2004 et permet de faire face à l'accroissement du nombre d'appels.

La montée en charge du nombre d'appels parvenant au SAMU se poursuit après l'été 2004. Le retour, après l'été 2004, à des conditions de fonctionnement « normal », occasionnant des conditions de travail difficiles à la régulation et des difficultés d'accès pour les usagers, alors même que 20 à 25 % de médecins sont joignables à leur numéro de cabinet, permettant ainsi à leurs patients de les appeler directement.

Le nombre d'appels reçus en février 2005 dépasse le nombre d'appels d'août 2004, du fait de l'épidémie de pathologies respiratoires.

Les médecins généralistes régulateurs font face, non sans traverser une période de crise début 2005, notamment liée au rejet par le FAQSV de leur demande de financement de la seconde partie de nuit, alors que la régulation continue à être financée 24 h / 24 sur Nantes. L'association perd entre 10 et 15 % de médecins régulateurs, et la régulation de nuit continue à reposer sur le médecin hospitalier, lorsqu'il est disponible. Dans le cas contraire, l'appel est directement transféré sur le médecin de secteur.

L'URCAM, sollicitée par l'AMRV et la DDASS, en mars 2005 redresse le budget alloué permettant le déploiement sur toute l'année du renfort humain initialement dédié à l'été.

De leur côté, les urgentistes se mettent en grève.

C) L'ouverture de maisons médicales de garde se poursuit.

La maison médicale de garde saisonnière de Noirmoutier voit le jour dès 2002 avec un double objectif : faire face à l'afflux de touristes estivaux, et permettre par la venue de médecins extérieurs de soulager les médecins de l'île, contribuant ainsi à les inciter à rester.

La maison médicale des Sables d'Olonne poursuit son activité sur des plages limitées aux week-end.

D'autres projets voient le jour à Fontenay-le-Comte, Montaigu, ainsi que sur des secteurs interdépartementaux (Maison de garde de Cholet, CAPS du Sud Loire- Vendée). Le

-.

financement du projet de Luçon est différé dans le cadre de la procédure nationale d'évaluation des maisons de garde.

A La Roche-sur-Yon et à Saint Gilles Croix de Vie, les projets sont abandonnés faute de recueillir l'adhésion des médecins.

D) Les médecins participent à la permanence sur le mode du volontariat.

Le taux de participation des médecins est dans l'ensemble élevé, mais connaît des fluctuations liées à des désengagements temporaires de certains secteurs au cours de l'année 2004.

Ainsi, au début de l'année, en dépit de la concertation et du dialogue engagés, le nombre de volontaires est insuffisant sur deux secteurs, conduisant le préfet à prendre des mesures de réquisitions, notamment sur un secteur côtier, pourvu de 50 médecins. Le désengagement en bloc de tous les médecins du secteur durera deux mois.

Les médecins, hostiles à toute modification de leur secteur, maintiennent leur désengagement alors même qu'aucune modification à court terme de celle-ci n'a été présentée au CODAMUPS. Ils exigent l'arrêt de toute permanence entre 0 et 8 heures, de n'avoir plus aucun déplacement à faire, et une rémunération plus conséquente de l'astreinte. Il s'avèrera en fait que ce secteur fonctionnait depuis des années sur le mode du volontariat. Une dizaine de médecins assurait les gardes du secteur, et certains médecins n'avaient pas pris de gardes depuis vingt ans. Une maison médicale de garde avait ouvert et ce secteur avait par ailleurs demandé à bénéficier de la régulation médicale centralisée depuis l'été 2003. L'instauration du volontariat en septembre 2003 donnera, paradoxalement, l'occasion aux volontaires de se désengager, au regard probablement des répercussions, depuis l'été 2003, de la réduction drastique du nombre d'actes réalisés en garde du fait de la régulation.

Si la majorité des médecins continue, dans un esprit de responsabilité et de solidarité, à participer à la permanence des soins, la situation reste assez instable, soumise à des menaces de désengagement liées pour certains au maintien d'une permanence libérale entre 0 et 8 heures, pour d'autres à la renégociation de la sectorisation.

Les médecins qui refusent totalement de participer à la permanence des soins sont en nombre relativement faible. Il convient de les distinguer parmi de ceux qui refusent de participer à la permanence de la seconde partie de nuit.

A l'exception des deux secteurs précédemment cités, le désengagement total de la permanence est un positionnement individuel, qui concerne 8 médecins sur les 5 premiers mois 2005. Leur moyenne d'âge est de 53,75 ans. Notre évaluation du taux de

participation des médecins diffère donc sensiblement des données publiées par le CNOM à partir des données communiquées par le conseil départemental, qui situe la Vendée à un niveau de participation des médecins compris entre 60 et 79 %. Ce décalage pourrait être lié à la prise en compte par le conseil de l'Ordre de l'ensemble des médecins qui s'affichent « non-volontaires » mais « responsables », et participent à ce titre à la permanence, alors que nous comptabilisons juste les médecins qui refusent, au sein de leurs secteurs de participer, et sont ainsi à l'origine de carences qui ne peuvent en général être comblées.

Le refus d'assurer la permanence de 0 à 8 heures apparaît plus, à quelques exceptions près comme un positionnement de groupe, parfois lié à des positions syndicales. Trois secteurs interdépartementaux, sont à notre connaissance concernés, mais le risque d'un désengagement plus massif existe, ce d'autant que les autorités se positionnent différemment d'un département à l'autre.

Face aux carences des professionnels, le préfet a procédé à des réquisitions de médecins, dont le nombre tend à diminuer : de 385 en 2004, il est passé à 33 sur les 6 premiers mois 2005, en lien avec une conjoncture mais aussi un positionnement différents des autorités, la réquisition devant rester exceptionnelle et ne pouvant pas constituer une modalité d'organisation, comme l'a confirmé le ministre de la santé dans un article relatif à la valorisation du rôle et de la mission du généraliste (24). Lorsqu'une réquisition est effectuée, elle porte en priorité sur un médecin non exempté, ne figurant pas sur le tableau de garde, sous réserve que le nombre de gardes sur le secteur ait été au préalable réparti au prorata du nombre de médecins.

On peut s'alarmer de voir des médecins refuser d'y déférer et engager ainsi leur responsabilité, tant « il est, en l'état actuel du droit, dangereux de refuser une réquisition. » (42)

E) Le conseil de l'Ordre et la DDASS sont fortement sollicités.

La permanence des soins devient en effet un dossier très lourd à gérer pour le MISP, comme l'avait pressenti B. MOREL (47), comme pour le conseil de l'Ordre de Vendée.

Ordre des médecins et DDASS doivent faire face aux désengagements d'une minorité de médecins qui fragilise parfois l'engagement de l'ensemble des médecins d'un secteur. Ces désengagements concernent parfois des médecins inscrits sur une liste de garde communiquée depuis longtemps, et qui décident brutalement de ne plus être volontaires.

Le conseil de l'Ordre se trouve confronté à une augmentation des demandes d'exemption, et décide, le 24 juin 2004, de renforcer la procédure à l'issue de laquelle une exemption

-.

peut être accordée. La demande est examinée en séance plénière, où elle est présentée par deux rapporteurs extérieurs au secteur du demandeur et sans lien particulier avec lui. Le conseil prend en compte l'âge du médecin, son dossier médical, ses conditions d'exercice, et notamment l'importance de son activité quotidienne, ainsi que l'avis du médecin coordinateur de secteur. Les décisions du conseil sont suivies avec attention sur les secteurs.

1.4.6 Un dispositif articulé avec l'Aide Médicale Urgente et la permanence des soins des autres professionnels de santé.

La Vendée est dotée d'un SAMU et d'un SAU situés à La Roche-sur-Yon, ainsi que de 6 UPATOU, dont l'une, privée située également sur La Roche-sur-Yon.

Le SAMU dispose également de quelques médecins généralistes correspondants de SAMU, formés à l'urgence, mais en trop faible nombre à l'heure actuelle pour constituer un réseau susceptible d'assurer une réelle permanence.

L'AMU repose aussi sur la collaboration du SAMU avec le Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS), et avec l'Union Départementale des Ambulanciers du Service d'Urgence de la Vendée (UDASU) qui assure, conformément aux dispositions réglementaires une garde ambulancière. L'association se porte garante de l'organisation de la garde, basée sur un découpage du département en 10 secteurs de garde. Un (voire deux sur La Roche-sur-Yon) équipage, se tient, en un point central du secteur, à la disposition du SAMU, durant la garde. Un coordinateur ambulancier régule les demandes d'ambulance, au sein du SAMU, et sous la responsabilité du médecin régulateur. Le dispositif mis en place est performant mais son caractère pérenne menacé par des difficultés de financement des locaux et des coordinateurs ambulanciers.

Le dispositif de permanence des soins en médecine spécialisée devra être défini dans le cahier des charges, en fonction de l'évaluation des besoins. La réflexion en cours sur les territoires dans le cadre du SROS III devra permettre d'articuler l'ensemble de ces réponses.

2 PROBLÉMATIQUE ET MÉTHODOLOGIE.

2.1 Problématique.

L'objectif de ce travail est de contribuer à construire et à stabiliser un projet médical permettant de répondre aux besoins de soins urgents de la population sur le département, en approchant les déterminants de l'engagement des médecins et de leur adhésion au dispositif.

Les constats réalisés sur le terrain nous ont amenés à nous interroger en ces termes : Pourquoi les décrets du 15 septembre 2003 ont-ils aussi profondément bouleversé l'engagement des acteurs de la permanence des soins et les institutions sur le département de la Vendée ?

Les hypothèses que nous formulons sont les suivantes :

Hypothèse n°1 :

Le décret n° 2003 - 880 a introduit le volontariat, exacerbant la dimension individuelle de l'exercice libéral aux dépens d'une certaine solidarité entre les médecins. Il existe, de ce fait, une augmentation des demandes d'exemption de gardes auprès du conseil départemental de l'Ordre des médecins entre 2003 et 2004.

Hypothèse n°2 :

Le décret a suscité sur le département, par le biais de la généralisation de la régulation centralisée des appels de permanence de soins, de fortes réactions liées :

- Au caractère obligatoire de cette régulation, et au sentiment, de ce fait, d'une perte de maîtrise de l'exercice libéral.
- A ses répercussions dans le quotidien des médecins, avec une qualité de vie globalement améliorée, mais une chute de l'activité, et donc des revenus.

Hypothèse n° 3 :

Le décret a été le révélateur d'un malaise latent persistant de la profession notamment lié à :

- La baisse de la démographie médicale, plus grave que les prévisions initiales du fait de départs anticipés de médecins, bien avant la retraite, dans un département où l'activité est soumise à de fortes variations saisonnières et où l'indice de vieillissement de la population est élevé.
- Aux conditions de travail, avec des difficultés à trouver des remplaçants, et le sentiment d'être seul au premier plan, à supporter la pression des patients.

Hypothèse n°4 :

-.

La connaissance des disparités de financement de la permanence des soins, sur le territoire national mais aussi à l'intérieur de la région, a accentué un ressenti d'abandon ou de dévalorisation de la profession et entraîné une difficulté à mobiliser les médecins sur la construction de projets médicaux.

Notre travail portera exclusivement sur l'organisation de la permanence des soins des médecins généralistes depuis la parution des décrets de septembre 2003 la modifiant, jusqu'à mai 2005. Ce bien qu'il existe des liens étroits avec permanences assurées par les spécialistes libéraux, auxquels ces mêmes décrets donnent un cadre juridique, ainsi qu'avec les permanences effectuées par les pharmaciens et les infirmiers libéraux.

Le décret du 7 avril 2005 sera cité, mais les modifications qui s'y rapportent ne pourront être étudiées, compte - tenu des délais impartis.

2.2 Méthodologie.

2.2.1 Recherche documentaire.

Cette recherche a comporté plusieurs axes :

- Une recherche centrée sur les documents produits sur le département depuis la parution du décret :

Compte - rendus des réunions auxquelles j'ai participé, et des documents élaborés par nos partenaires.

Arrêtés de sectorisation et cahier des charge portant organisation de la garde.

- Une recherche bibliographique réalisée sur le centre de ressources et de documentation de l'E.N.S.P. et sur la Banque de Données de Santé Publique (B.D.S.P.) à partir du croisement de mots clés issus du thésaurus de la B.D.S.P.. "Médecin généraliste " a notamment été croisé avec " garde médicale, organisation urgence, visite, condition travail, charge travail, travail nocturne, mode exercice, condition vie, niveau vie, rôle professionnel, stress, représentation sociale"; "médecine libérale" a été croisé avec " service appel urgence". Des recherches ont été effectuées sur le terme "permanence des soins" sur la banque de données ENSP. Une veille documentaire a été assurée par la lecture du "Quotidien du Médecin " et d'un quotidien généraliste national.

Une consultation des sites des syndicats de médecins généralistes a été réalisée.

La recherche a été centrée sur les années 2003 à 2005, mais quelques textes parus depuis 2000 ont retenu notre attention.

2.2.2 Recueil de données quantitatives.

Une requête a été déposée auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (C.P.A.M.) et de la Mutualité Sociale Agricole (M.S.A.), portant sur :

- Le nombre d'actes de permanence des soins (donc majorés) remboursés aux assurés sociaux sur les années 2003 et 2004, en distinguant les actes de semaine des actes de week-end et de jours fériés, et en précisant dans la mesure du possible le nombre d'actes réalisés après minuit.

- Le nombre d'actes réalisés en 2003 et en 2004 les lundis et lendemain de fête.

Des précisions portant sur le nombre d'actes réalisés par secteur ont été sollicitées. Cette requête a été effectuée en vue de préparer le CODAMUPS de juin 2005, mais aussi dans la perspective de ce mémoire. CPAM et MSA ont donné leur accord pour que leurs données soient utilisées dans le cadre de cette étude.

Le conseil départemental de l'Ordre a bien voulu nous transmettre des données concernant les nombres de demandes d'exemption et d'exemptions accordées en 2003 et en 2004.

Le SAMU nous a transmis des données portant sur l'évolution sur plusieurs années du nombre d'appels régulés, et des données ponctuelles concernant le nombre d'appels relevant de la permanence des soins entre 0 et 8 heures.

L'AMRV rend compte régulièrement de l'évolution de son activité.

2.2.3 Recueil de données qualitatives.

L'analyse de la seule réunion de travail d'un groupe émanant du Sous comité médical et ayant pour objectif de parvenir à élaborer un projet médical permettant d'apporter une réponse aux besoins de soins urgents entre 0 et 8 heures, a été réalisée.

Des entretiens ont été menés avec des personnes ressources régionales, des personnes ressources départementales ou siégeant au CODAMUPS et des médecins généralistes nommés coordonnateurs de leurs secteurs.

La liste des personnes rencontrées figure en annexe 1.

La constitution de la population s'est donc faite en prenant essentiellement en compte trois critères : la fonction " ressource " sur le plan régional ou départemental, l'appartenance au CODAMUPS, qui suppose au moins une connaissance du dispositif et

..

de ses évolutions, le fait d'avoir été nommé par ses pairs coordinateur de secteur pour les deux médecins qui ne siègent pas au CODAMUPS.

Les entretiens sont de type semi - directif, explorant à partir de guides d'entretien les représentations qu'ont les personnes rencontrées de l'organisation de la permanence des soins des médecins généralistes, des différents acteurs, tout en préservant le recueil du discours spontané. Les entretiens se sont échelonnés entre le 31 mars et le 27 mai.

Ils ont duré de 1 heure à 1 heure 30.

Le guide d'entretien avec les médecins généralistes est joint en annexe 2. Quelques adaptations ont été faites à partir de ce guide, afin de prendre en compte les fonctions des différentes personnes rencontrées. Les thèmes explorés ont été les mêmes.

Les entretiens ont été enregistrés puis saisis sur ordinateur et codés selon une grille de codage, ce qui a permis d'extraire les données et de regrouper les fragments de discours de tous les intervenants par thème.

Une analyse de l'ensemble des thèmes abordés sera réalisée par la suite.

3 RESULTATS.

3.1 Données quantitatives.

3.1.1 Les données de l'Assurance maladie.

La CPAM et la MSA couvrent 93 % de la population vendéenne.

L'activité des médecins généralistes est évaluée au regard du nombre d'actes (consultations et visites) remboursés aux assurés sociaux. Les données fournies par la MSA concernent exclusivement la population vendéenne, tandis que la CPAM a accès à l'ensemble des actes réalisés en Vendée et remboursés, au titre du régime général, aux assurés de la France entière.

Les majorations des actes effectués sur les horaires de permanence de soins permettent de différencier :

- les actes de nuit, source d'une majoration dite « de nuit » lorsqu'ils sont réalisés entre 20 heures et minuit et entre 6 heures et 8 heures, ou d'une majoration dite « de milieu de nuit » lorsqu'ils ont lieu entre minuit et 6 heures
- les actes tarifés avec une majoration « férié » qui correspondent aux actes réalisés le dimanche et les jours fériés (de 8 heures à 20 heures) et le samedi après midi, conformément aux dispositions conventionnelles (10). Si le samedi après-midi n'est pas

reconnu comme période de permanence des soins ouvrant à ce titre lieu au versement d'un forfait, les actes sont cependant majorés.

Seuls actes source d'une majoration «urgence» sont réalisés indifféremment sur les horaires d'ouverture des cabinets médicaux ou de permanence des soins. Ils correspondent à un acte réalisé, en urgence, par le médecin, à la demande du SAMU. Il s'agit ici, sur les périodes étudiées, exclusivement de visites.

Nous nous intéresserons dans un premier temps aux données comparatives 2003-2004 de l'activité des médecins généralistes fournies par la CPAM et la MSA de Vendée:

Nombre d'actes	Actes remboursés en 2003 (9 mois)	Actes remboursés en 2004 (9 mois)	Evolution
Consultations	1 583 229	1 537 909	-2,864% (- 45 320 actes)
Consultations majorées « nuit »	3775	2662	-29,48% (-1113 actes)
Consultations majorées « fériés »	16 396	9096	-44,52% (-7300 actes)
Visites	233 475	206 456	-11,57 % (-27 019)
Visites majorées «nuit »	7 888	4 942	-37,34 % (-2946)
Visites majorées « fériés »	8041	4374	-45,60% (-3667)
Nombre total d'actes les lundis et lendemain de fête non fériés	445 254	416 848	-6,38% (soit – 28 406actes)
Nombre d'actes majorés « urgence »	2095	1808	-13,70 % (-287)

..

A partir de ces chiffres, nous nous sommes intéressés aux données suivantes :

	Avril à décembre 2003	Avril à décembre 2004	Evolution
Nombre total d'actes réalisés	1 816 704	1 744 365	-3,98 % (soit – 72 339 actes)
Nombre d'actes réalisés pendant la permanence.	36 100	21 074	-41,62 % (soit -15 026 actes)
Part de l'activité liée à la permanence sur l'activité totale	1,99 %	1,20 %	-0,79%
Nombre d'actes hors permanence	1 780 604	1723 291	-3,21% (soit -57 313 actes)
Part de l'activité des lundis dans l'activité totale	24,50 %	23,89 %	-0,61 %
Nombre d'actes réalisés du mardi au samedi midi	1 335 350	1 306 443	- 2,16% (soit – 28 907actes)
Part de l'activité de semaine (mardi au samedi midi) dans l'activité totale	73,50 %	74,90 %	+ 1,4%

Les données correspondent aux actes réalisés entre avril et décembre 2003 et 2004.

CPAM et MSA nous ont par ailleurs transmis des données récapitulatives sur l'année 2004 de l'activité de permanence de soins de chaque secteur, en différenciant les actes de nuit, de ceux de milieu de nuit (0h-6h), et des actes de dimanches et jours fériés. Ces données ont été traitées par la cellule d'observation sociale de la DDASS, en vue de procéder à un réexamen de la sectorisation au regard des besoins de la population ici évalués à partir de l'activité médicale constatée, selon les dispositions du décret du 7 avril 2005 (8).

Un tableau synthétique (Annexe 3) et une carte reflétant le nombre moyen d'actes par secteur par nuit entre 0 et 6 heures (Annexe 4) ont été réalisés par la cellule d'observation sociale de la DDASS. Il importe de préciser que les secteurs dessinés sur la carte prennent en compte les regroupements en cours ou projetés autour de maisons de garde.

Ce afin de permettre une meilleure visualisation du cadre dans lequel s'effectueront les remaniements à venir.

3.1.2 Données relatives aux exemptions.

Le Conseil départemental de l'Ordre nous a transmis des données relatives aux demandes d'exemptions et aux exemptions accordées au cours des années 2003, 2004 et de Janvier à avril 2005.

Le nombre de médecins inscrits au Conseil de l'Ordre sur ces trois années est de : 510 en 2003, 527 en 2004 et 534 en 2005. Les inscriptions sont toutes comptabilisées au 1^{er} janvier.

Le nombre de médecins ayant déposé un dossier de demande d'exemption croît :

26 médecins (dont 10 femmes et 16 hommes) en 2003.

36 médecins (dont 8 femmes et 28 hommes) en 2004.

15 médecins (dont 8 femmes et 7 hommes) sur les 4 premiers mois 2005.

Un même dossier peut être examiné à plusieurs reprises si le dossier est incomplet ou si un réexamen est sollicité par le demandeur.

Le nombre d'exemptions accordées sur ces mêmes périodes a été de :

23 (10 femmes et 7 hommes) en 2003, soit 4,5 % de médecins exemptés par rapport au nombre de médecins généralistes inscrits.

20 (7 femmes et 13 hommes) en 2004 (3,8 % de médecins exemptés sur les médecins inscrits).

12 (7 femmes et 5 hommes) en 2005.

Le nombre d'exemptions définitives chute : 6 (1 femme et cinq hommes) ont été accordées en 2003, 1 à un homme de 60 ans en 2004. La moyenne d'âge était de 52,8 ans pour les médecins exemptés en 2003.

Le nombre des exemptions temporaires croît :

17 ont été accordées en 2003 concernant 10 femmes et 7 hommes. La moyenne d'âge de ces médecins était de 46,6 ans.

19 l'ont été en 2004 (7 femmes et 12 hommes), avec une moyenne d'âge de 48,3 mois.

12 (7 femmes et 5 hommes) en 2005, avec une moyenne d'âge de 46,23 ans.

La moyenne d'âge des femmes exemptées à titre temporaire passe de 42,4 ans en 2003, à 35,4 ans en 2004 et à 45,57 ans en 2005. Celle des hommes de 56,7 ans en 2003 à 60,9 ans en 2004 et à 56,4 ans début 2005.

Une seule des exemptions accordées sur ces deux années l'a été pour l'âge (elle est définitive), les autres l'étant pour des raisons de santé.

Le nombre effectif de médecins exemptés au 31 mai 2005 était de 19, dont 1 seul à titre définitif.

3.1.3 Données relatives à la régulation médicale.

Un médecin régulateur peut traiter jusqu'à 9, voire 10 appels / heure.

Les données transmises par l'AMRV ne nous ont pas permis de mettre en perspective l'activité de l'année 2003 et celle de 2004.

L'activité du SAMU augmente elle de 32,52 % entre juillet et août 2003 et 2004. Elle est chiffrée en nombre de dossiers ouverts (ou d'affaires), et non en nombre d'appels, un dossier ouvert pour un patient pouvant donner lieu à plusieurs appels.

Le nombre de dossiers ouverts passe sur ces deux mois de 17 272 en 2003 à 22 888 en 2004. Et le nombre de dossiers ouverts sur toute l'année passe de 70 737 en 2003 à 100 025 en 2004 (Données du SAMU 85).

Nous disposons des données d'activité des huit premiers mois de l'année 2004 de l'AMRV. Le nombre d'appels reçus à la régulation passe de 1636 en janvier 2004, alors que la régulation n'est pas encore généralisée à 3711 en août, avec des pics d'activité en mai (3385 appels), juillet (3622 appels) et août. Le nombre d'appels augmente de 53,45 % (+ 1179 appels) entre avril et mai, et de 49,18 % (+ 1194 appels) entre juin et juillet. Les appels sont plus nombreux le week-end que la semaine, en moyenne de 2,56 %.

Nous disposons également de la répartition des réponses données (en nombre de réponses) chaque mois (renseignement ou conseil, déplacement du médecin, SAMU ou hospitalisation) en semaine et le week-end.

En semaine :

La réponse consistera en un conseil ou un renseignement plus de 2 fois sur 3 de janvier à avril. Le taux de conseil chute en mai (54,97 %) et est compris entre 60,51 % et 64,52 % sur les mois de juin, juillet et août. Parallèlement l'appel sera transféré, pour avis, au médecin d'astreinte moins d'1 fois sur 3 en janvier, février, mars, avril et juin, légèrement plus en juillet et dans 41,81 % des cas en mai.

En week-end :

Le taux de réponse par un renseignement ou un conseil est compris entre 57,38 % et 61,65 % sur les quatre premiers mois de l'année, il chute à 45,04 % en mai et sera de 52,19 % en juin, 45,82 % en juillet et 49,49 % en août.

Le taux de recours au médecins, compris entre 36,20 % en février et 41,60 % en juin sera maximal en mai (52,62 %) puis de 43,61 % en juin, 49,60 % en juillet et 49,49 % en août. A deux reprises donc, en mai et en juillet, le taux de recours au médecin d'astreinte est supérieur au taux de réponses par un conseil.

Nous ne disposons à l'heure actuelle, concernant le nombre d'appels parvenant à la régulation entre minuit et 8 heures, que de chiffres totaux d'appels au SAMU, sans distinction du type d'appel (AMU ou permanence des soins).

Sur les mois de juillet et d'août 2004, le nombre moyens d'appels les nuits de samedi et dimanche est de 35,3 appels [18-63], il est de 26,02 appels [9-26].

En avril 2004, le nombre moyen d'appels par nuit est de 25,3 [11-41] sur les week-end, et de 15,9 [9-24] en semaine. Les chiffres d'avril 2005 sont de 21,3 [13-34] les week-end et de 17,7 [10-31] en semaine.

3.2 Données qualitatives.

3.2.1 Réunion d'un groupe de travail sur la permanence des soins de 0 à 8 heures.

Le groupe de travail se réunit le 4 janvier 2005, à la demande du sous- comité médical du 3 décembre 2004, réuni pour les mêmes raisons : élaborer un projet médical permettant de répondre, entre minuit et 8 heures, aux demandes de soins non programmées, en vue de le soumettre au CODAMUPS.

Le groupe est composé de médecins volontaires, issus du sous-comité médical pour la plupart, et de trois médecins coordinateurs représentants des secteurs ruraux. Les médecins généralistes y sont représentés par des médecins représentants de secteurs et de syndicats. La représentation des médecins urgentistes (SAMU et UPATOU), de l'Assurance Maladie est également assurée.

Le relevé de conclusions (43) fait apparaître les points suivants :

-Une attitude relativement consensuelle du groupe, après débat, sur la question des visites dites incontournables. Afin de préserver au mieux la faculté du médecin régulateur d'apprécier si l'avis du médecin de permanence est pertinent ou non, le groupe se prononce contre la définition de ces visites, qui semblent poser, aux uns et aux autres plus de problèmes qu'elles n'en résolvent.

..

- Le SAMU et l'AMRV, réaffirment que le médecin de permanence doit se conformer à la décision prise par le médecin régulateur, sous peine de faire courir des risques juridiques complexes aux différents acteurs en cas de problème.

- Une révision de la sectorisation sur la deuxième partie de nuit est proposée par l'un des participants, basée sur un découpage du département en 7 à 8 secteurs, centrés pour la plupart sur les centres hospitaliers.

Le groupe réaffirme le caractère indispensable d'une régulation médicale généraliste sur cette tranche horaire, souhaitant renouveler une demande en ce sens auprès du FAQSV, au moins pour une période expérimentale de trois mois, et propose que soit réalisé sur la même période une étude prospective, quantitative et qualitative de l'activité de la régulation, des médecins effecteurs et des services d'urgence. Ce avant de se déterminer pour un réaménagement de la sectorisation en deuxième partie de nuit.

3.2.2 Les entretiens.

Les médecins généralistes en activité rencontrés sont au nombre de 9, incluant le président de l'AMRV et le président de la commission permanence des soins du conseil de l'Ordre. Il y a parmi eux 7 hommes et deux femmes, 7 d'entre eux exercent en cabinet de groupe. Quatre d'entre eux exercent en milieu urbain, cinq en campagne. Un seul de ces médecins a moins de 50 ans. Six d'entre eux participent à la régulation.

L'un des élus est un médecin généraliste à la retraite.

Les entretiens ont été exploités selon les axes suivants :

A) La permanence des soins en Vendée jusqu'en septembre 2003.

Pour la majorité des personnes rencontrées (9/15), la permanence des soins était à nouveau assurée de façon normale en Vendée, à l'issue du mouvement de grève des médecins généralistes, comme l'illustrent les propos suivants :

« Tout était redevenu à la normale, tout fonctionnait très bien. » pour Dr F.

Deux médecins, Dr T. et Dr W. pondèrent toutefois cette notion en évoquant, dans l'attente des textes, de grandes tensions, et pour un de leurs confrères, Dr X., la situation « était redevenue comme avant ... apparemment car ça a modifié complètement la perception qu'ont les gens de leurs gardes et de leur place dans la permanence des soins. Avant, envisager de ne pas prendre sa garde, c'était absolument impossible dans la tête des gens, pareil pour les discussions sur les créneaux horaires. »

Pour trois personnes dont un élu, la permanence n'était pas assurée de façon satisfaisante.

Pour les personnes rencontrées en région, l'état permanence des soins en Vendée avant septembre 2003 est imprécise.

Dr U., victime d'une agression, évoque l'insécurité qui prévalait pendant les gardes dans le dispositif antérieur, tandis que leur lourdeur est évoquée par trois médecins et par un élu pour lequel la pérennité du dispositif était menacée de ce fait.

« C'était épuisant ces gardes où il fallait faire 40 interventions le dimanche. » rapporte Dr W.

Un médecin, Dr X, et un élu, M. D., font également un lien entre la lourdeur de ces gardes et le fait que les médecins avaient autrefois à gérer les urgences vitales.

Mais les Dr Y. et F. se sont aussi sentis écartés de l'urgence de façon assez brutale :

« A partir de 2002... les urgences n'étaient plus du ressort du médecins généraliste mais du SAMU...Le généraliste était éliminé. Certains confrères, médecins de pompiers, étaient là et restaient avec leurs bips, et on ne les appelait plus. » rapporte Dr F.

La création d'associations de permanence des soins a répondu à la nécessité :

-« d'organiser les gardes », et pour certaines pour faire obstacle à l'installation d'une association de type SOS Médecins (Dr U.). Un médecin, Dr Z. va plus loin : « On s'est dit qu'on allait crever avant les autres, parce que ce n'était plus tenable... et on s'est organisé de façon à avoir une permanence qui soit à peu près raisonnable. »

-« de garder une cohésion entre tous les médecins » selon Dr U. et Dr X.

Tous les médecins jugent favorablement l'impact de leur organisation associative :

« ça fonctionnait bien... on acceptait d'être de garde une nuit, d'être dérangé... on savait aussi que lorsqu'on était bloqué, on n'était pas bloqué pour rien, et financièrement on gagnait notre vie. » rapport Dr Z.

Revenant sur les déterminants de la grève des médecins généralistes, la plupart des médecins parlent de la demande de revalorisation des honoraires.

Mais la pression liée au patient (Dr U. et Dr F.) est aussi citée et illustrée en ces termes par Dr U. : « C'était ma fille a 38°5 c depuis 5mn, pouvez-vous venir ? Et on y allait. On n'imaginait même pas qu'on puisse ne pas y aller, et surtout on était protégé par rien. Si on y allait pas, qu'est ce qui allait se passer ? »

Dr U. cite par ailleurs les contraintes administratives, la lourdeur des gardes, la nature des visites, le fait d'en être arrivés à ne pas pouvoir les refuser du fait de menaces d'être traduit devant le Conseil de l'Ordre, et le sentiment, avec l'apparition des 35 heures d'avoir une qualité de vie dégradée.

-.

B) La sectorisation.

a) *La sectorisation en cours.*

Elle est jugée correcte par 4 des représentants des médecins de secteurs, l'un ne s'exprimant pas et deux autres se disant favorables à son réexamen, au regard du contexte démographique de leur secteur ou des secteurs adjacents.

Elle est vue comme la résultante des décisions prises par les médecins généralistes, avalisées par le conseil de l'Ordre, par M. A.

Toutefois la restitution de sa mise en œuvre dès 1994, par Dr F. fait apparaître une démarche en plusieurs temps, motivée par l'arrivée de doléances au conseil de l'Ordre, dans un contexte fort de négociations avec les médecins, et un passage dès lors d'une « garde de clientèle » à une « garde de territoire sous la responsabilité d'un médecin coordinateur ».

Le rattachement des secteurs à faible démographie à un secteur mieux doté est vécu comme un progrès par les Dr U. , W ; et T. pour qui : « ça a quand même bien changé notre vie. »

b) *Les orientations souhaitables.*

Pour M. A, Dr E., Dr F. et Dr G., la sectorisation doit être revue, n'ayant pas été construite en tenant compte de l'impact de la régulation. M. A. préconise une réduction du nombre de secteurs par deux ou trois, tout en tenant compte de « limites au regroupements ».

Plusieurs médecins parlent, sans y être favorables, d'une sectorisation à 12 ou 15 secteurs. Dr Z. précise : « on aura pas le choix ». Dr V. exprime, au nom de ses confrères leur refus de voir leur secteur modifié.

L'évolution se fera, selon Dr. B. « de façon assez empirique » dans le sens souhaité par les médecins, « se regrouper pour faire des gardes moins souvent », ce que les textes entérinent. « Mais s'ils ne veulent pas le faire, ce ne sont pas les textes qui vont les y contraindre. » précise-t'il. Dr G. et Dr. B. s'accordent sur ce caractère empirique des regroupements de secteurs, et regrettent les déséquilibres qui en résultent parfois.

Le principe sur lequel doit se faire cette révision est différent selon les interlocuteurs :

-« L'idée de fonds... c'est que localement les médecins évaluent les problèmes, ils connaissent bien les besoins de la population. » pour Dr. B.

- La nécessité d'un arbitrage et d'une prise de décisions est toutefois reconnue dans les cas extrêmes, lorsqu'il existe une mésentente entre médecins de secteurs adjacents par Dr G. et Dr B. Il semble tout au moins important pour d'autres qu'il y ait des « incitations

externes » et que ce regroupement ne repose donc pas exclusivement sur les médecins porteurs de projets.

- L'intervention d'une instance « référente » sur le terrain, incluant des médecins intéressés par la démarche, pourrait permettre de débloquer la situation selon Dr G.

Les critères sur lesquels cette révision doit se faire sont également abordés :

- La superficie primerait sur la population pour M. A.
- Une sectorisation différente en première et en deuxième partie de nuit est souhaitée par plusieurs interlocuteurs dont M. A. Un nombre de sept secteurs la nuit serait envisageable pour Dr E., éventuellement centré sur les villes et les hôpitaux locaux. Mais pour un certain nombre de médecins dont Dr Y. se veut le porte parole : « C'est moins fatigant à l'heure actuelle d'avoir plus souvent le téléphone et de ne pas être appelé. Ou alors, il faudra penser à ne pas travailler le lendemain. »
- Un renforcement du nombre de médecins par secteurs plutôt qu'une adaptation saisonnière de la sectorisation est préconisé par 1a.

Les échéances dans lesquelles le réaménagement pourrait se faire sont diversement appréciées à une période où le nouveau décret vient de sortir. Pour M. A., il doit intervenir dans les deux mois, tandis que pour la majorité des médecins, ce pourrait être dramatique avant l'été.

Les avantages et les inconvénients des secteurs agrandis sont discutés : un secteur peut être trop petit pour que l'activité d'une maison de garde y soit suffisante, son agrandissement n'en n'est pas forcément souhaité pour autant car « sur un secteur étendu, les visites, on perd énormément de temps. » (Dr Y.)

Ce qui amène certains Dr E., à pointer l'ambivalence des médecins, pris entre le souhait de faire moins de gardes, et le refus de couvrir des distances trop grandes.

Pour les secteurs qui ont commencé à se regrouper, de façon temporaire ou autour d'une maison de garde, la satisfaction prime.

C) Le volontariat.

Sa perception.

Pour les personnes ressources régionales, le décret du 15 septembre « a régularisé... sur le plan juridique, une situation de fait », la permanence n'étant plus assurée dans certains endroits. Le volontariat est également perçu comme la résultante d'une évolution sociologique « en direction de meilleures conditions de vie et de travail ».

7.

La majorité (12/13) des personnes rencontrées sur le département expriment leur désapprobation voire leur condamnation du volontariat, en des termes plus ou moins forts :

« ca n'aurait jamais dû exister, c'est vraiment fait pour diviser les médecins... Il suffit qu'il y en ait un qui ne soit pas volontaire, et ça va mal. » pour Dr V.

« C'est une vaste hypocrisie... Il n'y en a pas un de chez nous qui est volontaire, mais tout le monde est sur la liste de garde. On est pas des gens irresponsables. » 7c

« Le volontariat complique l'organisation. Ce n'est pas du volontariat quelque part... Je trouve cela un peu démagogique. » rapporte Dr X.

« J'étais outré. Une organisation des gardes, tout le monde avait ça en tête, mais ne plus prendre de gardes, je ne le crois pas. » dit Dr Y.

« Plus la garde était répartie sur l'ensemble des médecins, moins les médecins faisaient de gardes, et mieux ça allait pour l'ensemble de la profession. » (Dr F), ce qui semble faire l'objet d'un consensus parmi les médecins rencontrés.

Deux personnes parlent du volontariat en termes de démission de la collectivité publique. Le volontariat s'inscrit dans le sens des responsabilités pour un élu, qui précise que les gardes sont liées à la nature de la profession, et que « s'il devait y avoir des horaires fixes, il y en aurait entre minuit et huit heures. »

Dr U., favorable au volontariat au départ, pense ne pas être le seul médecin à mesurer que « finalement, ça n'a pas été une bonne idée. On a pas mesuré qu'on était dans un contexte de démographie médicale en baisse, que ce n'était pas le bon moment », en évoquant les « côtés pervers d'une telle décision. »

La gestion du volontariat.

Dr V. et Dr Z. ont choisi de présenter le volontariat comme la liberté de s'organiser par rapport aux contraintes résultant de la réquisition, et donc de donner un tableau de gardes, « en précisant que nous n'étions pas volontaires ».

L'alternative peut être : « Ou tout le monde est volontaire, ou personne n'en fait » (Dr T.), amenant parfois le désengagement d'un secteur entier, dès qu'un ou deux médecins ne sont pas volontaires. Ce, en refusant l'organisation en vigueur dans d'autres secteurs, où « des trous » sont laissés sur les listes, correspondant au nombre de gardes qui incomberaient aux médecins non volontaires, après répartition des gardes au prorata du nombre de médecins.

Dr U. de son côté argumente sur la solidarité.

Dr F. formule une proposition, celle de « définir le volontariat », car « il n'est pas acceptable de ne plus être volontaire le matin quand on est de garde le soir. »

Les déterminants du désengagement.

- L'existence d'un lien entre l'âge et le désengagement de la garde est discuté :

Pour Dr W. : « Sur notre secteur, le fait d'être non volontaire n'a rien à voir avec l'âge. »

« Les non volontaires sont plutôt des gens relativement nouvellement installés. » pour Dr T pour qui les nouvelles générations « n'imaginent même pas que l'on puisse travailler autrement que ... jusqu'à 16 h, quatre ou cinq jours par semaine. ».

L'âge (le vieillissement, avec une moyenne d'âge autour de 50 ans) et les conditions de travail seraient pour Dr H. et Dr B. des facteurs déterminants.

Que le médecin, quel que soit son âge, veuille réduire son temps de travail, « comme tout le monde » est une revendication largement admise par l'ensemble des personnes rencontrées.

- La régulation, via la baisse de la rémunération des gardes, est désignée comme l'un des facteurs ayant amenés des médecins à cesser de participer aux gardes par Dr T.

- Le désengagement de médecins exerçant en zone rurale, « épuisés, inquiets de leur avenir », peut être décrit comme « une porte de sortie pour eux, pour se protéger » par Dr U. ce qui semble assez largement admis parmi les personnes rencontrées.

M. A. et ce médecin s'étonnent toutefois que « ceux qui rouspètent le plus (soient) dans les zones où il y a le moins de gardes. »

- Le contenu de la garde pose également problème à Dr F., Dr Y., Dr U. et Dr Z. :

« Si on dégage toute idée d'urgence vitale, beaucoup sont démotivés. », dit Dr F., ce d'autant que « dans la journée, on est là, et même on a le devoir de le faire » précise Dr Y. pour qui une différence entre les médecins situés en zones urbaines, et ceux qui travaillent à la campagne existe, ces derniers ayant « une notion de l'urgence développée » et réagissant mal au fait qu'on ne s'appuie pas sur eux.

« Ca ne sert à rien d'être de garde sur les secteurs car on ne gagne pas notre argent, on ne fait même plus les vraies urgences. » entend souvent Dr F. Et ces faits sont ressentis comme « une dévalorisation du travail accompli et une déresponsabilisation ».

« On a pas besoin des gardes pour (manger)... Mais quitte à être de garde, bossons, sinon on est de garde pour rien, auquel cas on a pas besoins de nous » et tout peut alors reposer sur les urgences conclut Dr Z. que Dr Y. rejoint sur ce point.

- Les gardes sont évoquées en termes de stress par Dr U., Dr V. et Dr Z. ces deux derniers s'accordant sur le fait que quand on est de garde et qu'on ne fait rien, on est pas bien.

L'évolution sur un an.

Un désengagement progressif est perçu par six médecins :

« On sent maintenant qu'il y a un certain nombre de médecins qui n'ont plus envie d'être de garde, et pourtant, ce n'est pas lourd, ... une garde tous les deux mois. » rapportent Dr U. et Dr X.

..

« Pour les 6 mois qui viennent, c'est bon, mais ça va être au coup par coup. On est sur un terrain mouvant. »

Les exemptions peuvent être « très mal vues » sur les secteurs, quel que soit leur motif précise Dr V. dans la mesure où elles sont perçues comme un désengagement protégé de la possibilité d'être réquisitionné.

La deuxième partie de nuit est abordée de manière différente. Le désengagement en serait justifié pour des raisons inhérentes à :

- « La surcharge de travail, le fait de ne pouvoir dormir à l'idée d'être de garde » (Dr T.)
- Le faible nombre d'appels pour Dr. B.
- Mais c'est l'inactivité des médecins pendant les gardes qui est le plus souvent mise en avant par les médecins selon les Dr F., Dr Z. et Dr H. pour remettre en cause le fait d'être mobilisé.

Le poids des incitations.

Certains médecins « âgés », surchargés de travail en zone rurale, pourraient rester volontaires, sous réserve d'être déchargés de la deuxième partie de nuit selon Dr U., mais le risque du désengagement de ceux qui s'épuisent, en zone rurale notamment de la garde et de la régulation, est envisagé par Dr F. et Dr H.

- L'impact des incitations financières est diversement apprécié. Il n'est pas considéré comme un facteur déterminant, à moins d'être porté, pour la seconde partie de nuit à un très fort niveau pour M. A. et Dr E. De toute façon, c'est la rémunération de la disponibilité, du forfait d'astreinte, qui jouerait plus que celle d'une revalorisation des actes selon Dr W.

« Quand on a 45 ans, une clientèle bien établie, on a pas besoins de 150 euros supplémentaires, dont le fisc va reprendre les 3 / 4. » pense M. A.

Dr E. va jusqu'à dire : « Certains préféreraient donner les 150 euros pour ne pas faire de gardes. »

- L'octroi d'un chauffeur avec GPS pour les visites de nuit pourrait par contre selon lui, être expérimenté.

D) La régulation.

Si la régulation recueille l'avis favorable de 14 des 15 personnes interrogées, un médecin en ayant une opinion très défavorable, c'est son impact qui est finalement reconnu par Dr T. comme le plus décisif dans le désengagement des médecins de la garde, via la « diminution considérable des actes ».

Mais un médecin témoigne : « Elle est devenue indispensable... on ne pourrait plus s'en passer. » et Dr W., Dr X., Dr F. confirment, ce dernier précisant : « Ca permet au médecin (et accessoirement à sa femme) de ne pas être sous pression toute la journée et toute la nuit »

L'attitude des remplaçants est évoquée en des termes contrastée : ils ne sont pas intéressés par les gardes ou, lorsqu'ils veulent en faire, ils cherchent à faire des actes.

Dr G. regrette que la mise en place de cette régulation ne se soit pas assortie d'une adaptation concomitante de la sectorisation venant atténuer la diminution de revenus.

Le fait d'être « effecteur » d'un autre et de ne plus participer à la décision pourrait être un facteur de désengagement, et serait un argument en faveur de la régulation par des médecins généralistes pour Dr. B. Pour Dr U et Dr Y., le fait d'être « effecteur » n'est pas un problème, à partir du moment où le médecin reste par la suite responsable des décisions qu'il prendra par la suite.

Le « métier » de médecin régulateur est reconnu comme difficile, associé à de lourdes responsabilités. Pour Dr T. « c'est assez prenant, et sûrement un peu angoissant », pour Dr W. « C'est plus difficile que d'être médecin effecteur ».

Les choix à faire en termes de recrutement sont discutés :

La compétence est appréciée « comme directement liée à l'expérience de la médecine générale courante » par M. A. A ce titre, le recrutement de « régulateurs professionnels » n'est pas une option souhaitable.

Dr B. pense que « l'idéal serait qu' « un maximum de médecins de terrain puisse y participer. », avec le risque sinon de retomber à moyen terme dans des clivages entre généralistes « effecteurs » et « régulateurs ».

« Un nombre assez réduit de régulateurs, bien formés » retiendrait la préférence de M. A., Dr W., Dr Z. Dr G., sous réserve qu'ils ne soient pas coupés de l'exercice de la médecine générale, le risque lié à des participations occasionnelles à la régulation semblant reconnu.

Dr Y. est le seul à penser que tous les médecins doivent participer à la régulation.

Une distinction est opérée sur le terrain entre les médecins qui régulent et « ceux qui se contentent de passer les appels. » Cette distinction donne lieu à plus ou moins d'indulgence et à des réactions différentes : Dr U. et Dr Y., régulateurs par ailleurs, vont se déplacer même s'ils jugent la demande peu justifiée, d'autres vont réaliser une « double régulation », source éventuelle de difficultés juridiques lors d'une plainte par exemple. Dr G. rapporte que ce type d'attitude génère une perte de temps au niveau de la

..

régulation, certains médecins tenant à s'assurer, sous forme d'une conversation téléphonique à trois que leur demande d'avis médical sera respectée. Les médecins qui participent à la régulation ne seraient pas enclins à ce type d'attitude.

Dr B. préconise un « retour d'information » sur le diagnostic et la prise de décision du médecin « effecteur » vers le médecin régulateur, Dr F. et Dr G. l'inscription explicite, dans le cahier des charges de cette obligation d'agir à la demande du médecin régulateur.

L'importance de la formation est plus soulignée par les personnes ressources que par certains médecins coordinateurs rencontrés pour qui l'activité s'apparente à leur activité quotidienne au quotidien. « Tout le monde doit en être capable, on le fait tous les jours »

Dr Y.

Dr W. pense que cette formation doit être renforcée en vue de parvenir à une harmonisation des lignes de conduite.

La nécessité ou non d'une régulation médicale généraliste en deuxième partie de nuit donne lieu à des appréciations diverses, selon que l'on se fonde :

- sur des critères quantitatifs. Le faible nombre d'appels supposés peut conduire à parler de « luxe ».

- ou sur des critères qualitatifs, les compétences différentes des généralistes et des hospitaliers étant alors reconnues et les économies réalisées de ce fait également.

Pour un médecin, le caractère présumé d'urgence de l'appel sur ces créneaux pourrait conduire à ce que la régulation nocturne soit hospitalière.

Le principe d'une rémunération de la permanence des médecins généralistes 24 h / 24 en Loire-Atlantique, couplé à un refus de financement de la régulation nocturne sur la Vendée est considéré comme une injustice flagrante par tous.

La majorité des médecins rencontrés avoue n'être quasiment plus dérangé la nuit, Dr T. et Dr U. reconnaissant à ce titre l'effectivité de la régulation hospitalière, soumise pour DR X. à des fluctuations liées au manque de disponibilité des régulateurs urgentistes parfois longtemps absorbés par la gestion téléphonique de problèmes relevant de l'AMU. Lorsque c'est le cas, le médecin d'astreinte se retrouve en 1^{ère} ligne et très exposé selon Dr U.

L'engagement des régulateurs serait fragile et lié pour M. D. au maintien de médecins d'astreinte sur le terrain.

L'hypothèse de difficultés de fonctionnement par insuffisance de régulateurs est soulevée par Dr T., faisant état d'une diminution de 15 % du nombre de régulateurs depuis le début de l'année. L'accroissement du pool de régulateurs semble nécessaire de ce fait.

Dr H. se dit plus inquiet de l'absence de pérennité des financements.

Et si elle est souhaitée, la participation des médecins généralistes la nuit à la régulation devra probablement s'accompagner d'un renforcement du nombre de médecins régulateurs. Dr H. suggère de donner le choix aux médecins entre des gardes de régulation et des gardes sur le terrain.

L'hypothèse d'une régulation régionale mutualisée sur certaines plages horaires est notamment récusée par Dr G. et Dr H. et se heurterait à des écueils : la méconnaissance de la «géographie médicale » et le retour probable sur le département des patients insatisfaits pour l'un, l'absence de volontaires pour aller réguler sur Nantes pour l'autre.

Seul le médecin très hostile à la régulation fait état de l'insatisfaction de ses patients vis-à-vis des réponses qu'ils ont reçu de la régulation, et de leur consultation de ce fait aux urgences de l'hôpital. Dr W. observe de son côté des départs de ses patients vers les urgences. Les autres médecins ne rapportent que des doléances liées aux difficultés à joindre la régulation mais les difficultés d'accès avant le renforcement des effectifs réalisé début mai ont pu, selon Dr U., donner aux patients «l'impression d'être complètement abandonnée le week-end ».

Un défaut d'anticipation de l'augmentation prévisible du volume des appels est pointé par M. D. qui précise qu'« en médecine générale, on répond à des tas de trucs, des bêtises, mais on y répond et ça occupe le téléphone », ce que confirme Dr E. parlant du caractère parfois simplement réassurant de l'intervention du médecin.

Le choix d'un numéro de régulation de médecine générale distinct du 15 n'est pas remis en question, sauf par M. A. qui s'interroge sur le fait qu'on demande ainsi indirectement à l'assuré de faire la distinction entre « une urgence vitale et une urgence plus banale ».

E) L'organisation départementale.

Dr F. considère le changement d'organisation comme un véritable «changement de modèle » : on est passé d'une garde de clientèle, à laquelle les médecins tenaient malgré la lourdeur de la tâche, à une garde de territoire en 1995, finalement « ancienne et bien intégrée » à un dispositif où « le médecin n'est plus motivé par sa clientèle... » La garde devient un service rendu « à la santé publique », ce que confirme Dr Y.

Dr F. rapporte à propos des gardes de clientèle : « Chacun gardait sa clientèle comme une chasse gardée... Les patients appelaient 1, 2 ou 3 médecins, et celui qui arrivait le premier était le bon. »

-.

Seules deux personnes font une critique forte du nouveau dispositif, un médecin, opposé à la régulation, et M. D.

Dr U. insiste sur la nécessité d'éduquer les patients : « J'ai l'impression que je passe mon temps à faire de l'éducation sur la conduite à tenir devant une fièvre. », et de les informer plus précisément du dispositif en cours.

L'articulation avec l'AMU.

L'interdépendance de la permanence des soins et de l'AMU est soulignée par M. C et M. D. pour qui : « S'il n'y a plus de système de garde sur le terrain, c'est l'hôpital qui éclate. »

Quatre médecins conviennent que les services d'urgence ont une activité de médecine générale qu'ils estiment à 30 %, et doutent d'une réorientation éventuelle vers le médecin de permanence. Seul le service de l'hôpital de Challans est considéré comme effectuant cette réorientation, par le coordinateur du secteur.

Le déport des consultations de médecine générale est considéré comme inéluctable par M. D. : « L'habitude est prise... les gens vont aux urgences parce qu'ils n'ont pas à avancer les fonds. »

Dr X. apprécie que la distinction entre permanence des soins et AMU soit affinée par la régulation. Tandis que pour Dr G., le SAMU doit conserver la possibilité de solliciter en premier recours un médecin de proximité, dans l'attente de l'arrivée du SMUR. Dr Y. en est convaincu et déplore avec Dr Y. avoir longtemps eu sa boîte d'urgence à jour pour ne jamais s'en servir.

Envisager la création d'un réseau de médecins correspondants de SAMU sur la base des médecins sapeurs pompiers semble irréaliste à Dr F., Dr X et Dr Y. pour qui ces postes correspondent plus à l'heure actuelle à de la « médecine du travail » qu'à une intervention dans le domaine de l'urgence. Dans un secteur, le médecin sapeur pompier est l'allergologue.

La question des horaires de la permanence des soins, et de la nécessité ou non de maintenir un médecin généraliste d'astreinte entre 0 et 8 heures fait débat :

- Les visites dites « incontournables » rendent nécessaire ce maintien pour Dr E. Leur très faible nombre et leur nature ne justifient pas le maintien de médecins d'astreinte pour Dr T., lorsqu' existe un accord avec le centre hospitalier acceptant d'accueillir les patients relevant de la médecine générale entre 0 et 8h. Dr V. et Dr W. estiment que le maintien d'un médecin généraliste en 2^{ème} ligne est acceptable.

- Dr B et Dr T. trouvent que des transports pourraient être solution, et Dr G. affirme la plupart des patients sont maintenant prêts à se déplacer.

- L'alternative pourrait être la présence de rares médecins dits volants, entre 0 et 8 h, chargés de couvrir des territoires étendus, sous réserve d'une forte rémunération. Dr Y et Dr W y sont favorables, mais ce dernier n'y participerait pas.

Les maisons de garde.

Le positionnement des personnes ressources régionales à leur égard est très favorable. Sur le département, les avis sont beaucoup plus contrastés. 4 médecins y sont très favorables, ils y travaillent ou ont un projet de ce type.

Quatre personnes y sont opposées pour des raisons diverses : le confort lié au fait de prendre sa garde chez soi, l'absence de pérennité des financements, l'impossibilité à l'heure actuelle de faire déplacer tous les patients sur un secteur agrandi.

Quatre médecins sont assez ambivalents, craignant que ces organisations n'amènent un désengagement accentué des médecins entre 0 et 8 heures. L'un des élus ne se prononce pas.

Dr T. pense que le bilan pourrait dans un cas être amélioré quant « au désengorgement des urgences », sous réserve d'une réorientation des patients relevant de la médecine générale par les urgentistes, dont les modalités restent dans tous les cas à définir entre les protagonistes, l'accès à la maison de garde se faisant via la régulation. La mise à disposition des urgentistes du numéro du médecin de permanence est en réflexion dans un secteur.

La question de l'astreinte dite médico-administrative.

Il s'agit, sous ce terme, de regrouper la rédaction des certificats de décès, d'hospitalisation sous contrainte, d'examens de personnes en garde à vue. Cette question est régulièrement abordée en région.

M. A. suggère que la rédaction des certificats de décès, dans les cas où celui-ci est attendu reste de la responsabilité du médecin traitant.

F) Discours relatif à la médecine générale.

Les inquiétudes relatives à la démographie médicale sont au premier plan pour les personnes ressources en région et pour Dr F., Dr V, Dr W. et Dr Z. Mais ces inquiétudes ne sont pas uniquement liées au vieillissement des médecins : pour Dr F. « de nombreux médecins sont partis : en médecine du travail ou en médecine salariée. » La féminisation de la profession inquiète M. D., Dr F. et Dr Z. en lien avec un temps de travail présumé moindre, et un refus de s'installer à la campagne.

Dr H. et Dr V. évoquent les départs en cascade sur un secteur où « personne ne pouvait prévoir un problème de démographie deux ans auparavant. »

..

Le salariat, ou tout au moins la possibilité de salarier de jeunes médecins sur des contrats précis, avec des horaires, est présenté comme une mesure à prendre par M. D. et Dr F.

Dr Y imagine de nouvelles modalités d'exercice en groupe, où il pourrait être aidé par une infirmière. Et Dr F. insiste sur l'importance «de mutualiser l'ensemble des tâches des médecins. »

Les pressions subies de la part des patients sont évoquées par Dr F. et Dr U. Elles peuvent prendre différentes formes, dont une exigence d'immédiateté : « A la limite, il faudrait que le gamin soit soigné dans les deux minutes » pour ne pas manquer son emploi précise Dr U.

Mais pour ces deux médecins, la pression des usagers commence à baisser :

« Là, ils (les usagers) sont plutôt contents quand on arrive. » dit Dr U. et pour Dr F. : « Le patient était consommateur de soins... on a moins de consommation de soins, de pression pour faire des examens depuis au moins 6 mois. »

Dr Y et Dr F. évoquent le rôle de la presse traitant de santé dans la demande de consommation de soins.

Pour Dr Y. cependant : « C'est un souci, les gens n'abusent pas dans le coin... Il m'est arrivé, plutôt il y a 4 à 5 ans, de voir des gens qui n'allaient pas bien, qui avaient mal depuis la veille et qui ne voulaient pas déranger la nuit. » Dr T. et Dr Y s'estiment préservés.

La persistance d'un malaise au niveau de la médecine générale est pointée par plusieurs médecins.

Pour Dr X., « le mouvement de grève était un mouvement spontané, émanation d'un ras le bol et d'un malaise existentiel, des conditions de travail...qui persiste... et va persister encore vraisemblablement jusqu'à ce que des générations plus jeunes arrivent au travail. »

Une lourde charge de travail est mise en avant par plusieurs médecins, de même que la pénibilité de la disponibilité permanente : « Il faut aller sous la douche avec son téléphone, faire ses courses avec... Il faut voir ça à l'année. » (Dr Y.)

Trouver un remplaçant est très problématique pour deux médecins, les exigences de ceux-ci pouvant aller jusqu'à 100 % du chiffre d'affaires, tandis que trois autres médecins sont en lien avec des remplaçants réguliers, soient des femmes jeunes différant l'installation, soit des médecins plus âgés, anciennement installés. La structuration de la garde semble être un facteur attractif.

Pour Dr Z. « le mouvement de grève est prêt à repartir. »

Et le fait de reconnaître la médecine générale comme une spécialité peut être qualifié de « trop tardif, après des années de dénigrement. » par Dr E.

Plusieurs médecins consultent uniquement sur rendez-vous dans la journée et pour deux d'entre eux, la gestion des demandes de soins non programmées dans la journée va rapidement constituer un problème. L'un d'eux préconise une organisation des médecins entre eux pour y répondre et envisageant qu'une organisation de ce type puisse permettre le fonctionnement d'un réseau de médecins correspondants de SAMU.

G) Le rôle des instances ou partenaires institutionnels dans l'organisation de la permanence.

Le conseil de l'Ordre.

Les relations entre le conseil de l'Ordre et les médecins sont parlées en termes de tensions à cinq reprises.

En vue de rester un interlocuteur dans l'organisation de la permanence des soins, les conseils départementaux des Pays de la Loire ont fondé une « conférence régionale »

Le préfet et la DDASS.

Le rôle du préfet est d'abord évoqué en termes de pouvoir de réquisition.

Le rapport aux réquisitions est parfois ambigu :

« Pendant les grèves, on a eu de gros soucis sur le secteur : nous sommes restés six mois sans médecin de permanence, puisque nous n'étions pas requis, notre secteur n'étant pas très peuplé, il n'y avait personne. J'ai eu deux ou trois gags dans ma clientèle... parce que le SAMU ne pouvait pas se déplacer sur tout. » rapporte Dr Y.

Dr G. parle de la réquisition est parlée en termes «d'échec de l'État » et dit ne pas toujours comprendre les décisions prises sur ce plan.

Dr V. et M. D. soulignent la façon dont des médecins engagent leur responsabilité en refusant les réquisitions.

Le préfet, c'est aussi l' « État, avec ses carences inéluctables depuis 15 à 20 ans », face au « médecin généraliste... chef d'entreprise de son cabinet médical. ».

Le préfet est aussi «celui qui organise » et Dr F. s'interroge sur la préservation du pouvoir décisionnel des préfets vis-à-vis des orientations de la MRS, vécue comme l'instance décisionnelle sur le plan des financements.

4 ANALYSE ET PROPOSITIONS.

4.1 Analyse des résultats.

4.1.1 Discussion de la méthode.

A) Concernant le recueil des données quantitatives.

-Les données de l'Assurance Maladie.

Les données collectées constituent une approximation de l'activité des médecins généralistes, dans la mesure où CPAM et MSA couvrent 93 % de la population vendéenne, et où seule la CPAM a accès aux remboursements des patients de tout le territoire.

Elles sont étudiées conjointement, sans distinction de leur caisse de provenance (CPAM ou MSA). Une analyse différenciée de ces deux types de données pourrait permettre d'objectiver, ou non, des différences de comportement entre les assurés de ces deux régimes.

Il existe par ailleurs un biais lié aux modalités de saisie de la requête. La MSA a effectué une requête à la date de soins, tandis que la première requête de la CPAM s'est effectuée sur la base de la date de remboursements.

Les données mensuelles d'activité des médecins par secteurs sur l'année 2004 ont fait l'objet d'une seconde requête de la CPAM par date de soins. L'écart entre les deux types de données était faible (moins de 5 % du nombre d'actes). La première série de données comparatives entre 2003 et 2004 n'a pu être l'objet d'une seconde requête, les données de la CPAM sont donc issues d'une requête par date de remboursement. L'erreur, de faible volume, nous a semblé pouvoir être considérée comme répartie de la même façon entre les deux années.

-Les données de la régulation.

L'évaluation de l'activité de la régulation se fait au SAMU sur le nombre d'affaires traitées et celle de la régulation libérale sur le nombre d'appels, ne permettant pas d'approcher celle-ci à partir des données du SAMU, sur les mois où l'AMRV n'a pu nous fournir de données, même s'il semble admis que l'augmentation du volume de l'activité de SAMU est liée à la permanence des soins plus qu'à l'AMU.

B) Concernant le recueil des données qualitatives.

Les limites de ce travail sont essentiellement liées aux choix réalisés pour le recueil des données qualitatives, la représentativité de l'échantillon de médecins étant limitée.

Les médecins généralistes rencontrés sont toutefois des médecins reconnus par leurs pairs et ayant accepté de s'investir dans l'organisation de la permanence des soins, en réalisant les listes de gardes pour certains, en représentant leurs confrères dans les instances pour d'autres.

Les médecins siégeant au CODAMUPS à titre syndical n'ont pas été interviewés, dans la mesure où les positions de leurs syndicats sont exprimées et disponibles sur leurs sites internet ou dans la presse. L'un des médecins généralistes rencontrés a fait part son appartenance syndicale tout en se situant, dans l'entretien, comme représentant de l'association des médecins de son secteur.

Il nous fallait de toute façon, eu égard à notre charge de travail au cours de cette année à la DDASS de Vendée, en situation de pénurie médicale, procéder à des choix.

Nous n'avons pu rencontrer quatre personnes avec lesquelles nous souhaitions nous entretenir, dont les deux autres élus du CODAMUPS. Des contraintes de temps nous ont amené à y renoncer. Nous aurions fortement souhaité nous entretenir avec la représentante des usagers siégeant au CODAMUPS depuis sa recomposition. Son emploi du temps ne lui a pas permis de nous proposer de nous recevoir dans des délais compatibles avec la réalisation de ce travail et notre travail à la DDASS. Nous aurions également souhaité rencontrer, afin d'enrichir la diversité des profils des médecins rencontrés, une autre femme coordinatrice de secteur. Exerçant à mi-temps, et mère de famille, elle a regretté de ne pas avoir le temps de nous recevoir.

4.1.2 Analyse des données quantitatives.

A) Analyse des données de l'Assurance maladie.

a) Les données comparatives 2003 – 2004.

La part moyenne de l'activité de permanence des soins dans l'activité du médecin généraliste vendéen diminue, sous l'effet de la régulation, mais reste supérieure à l'activité liée à la permanence des soins des médecins de l'Ain estimée à 0,3 %, par B. MOREL à partir des seules données de la CPAM (47) .

Nous constatons une diminution de l'activité globale des médecins généralistes d'une année sur l'autre, sur la période étudiée. Cette diminution va au-delà de la chute de l'activité de permanence des soins liée à l'impact de la régulation médicale généralisée sur tout le département le 1^{er} février 2004.

La diminution concerne également les actes réalisés aux heures d'ouverture des cabinets médicaux. Cette diminution des actes de semaine porte essentiellement sur les actes effectués les lundis et lundis de fête non fériés, ce qui n'est pas sans nous étonner. Des médecins se sont en effet plaints de la surcharge de travail qu'ils avaient le lundi et

..

qu'ils attribuaient aux demandes de soins non programmées formulées le week-end et différées, sur les conseils de la régulation en raison de leur caractère peu urgent. Tous les secteurs sauf un voient leur activité décroître, à des degrés divers, sur cette période.

L'une des hypothèses à cette chute de l'activité des lundis serait le déport des demandes de consultations vers les services des urgences le week-end. Plutôt que d'attendre le début de semaine, les patients se rendraient aux urgences.

Le report de ces rendez-vous sur les autres jours de la semaine serait également envisageable, si l'activité constatée n'y diminuait pas, soulevant d'autres questions. Nous ne disposons pas de données par secteurs à ce sujet, nous permettant d'apprécier si cette évolution concerne plus particulièrement certains secteurs ou s'il s'agit d'une tendance plus générale, pouvant refléter, outre l'évolution de la démographie médicale, une diminution du temps d'exercice libéral des médecins généralistes, liée à un travail à temps partiel, à des modalités particulières d'exercice ou à un exercice salarié à temps partiel, des femmes ou des hommes dont seulement 2 % étaient concernés en 1999 (31). Ces constatations rendent nécessaires un suivi de l'évolution de ces données, afin de vérifier si les tendances observées concernant l'activité hors permanence de soins se confirment, ou si ces résultats peuvent être liés à une activité particulièrement élevée en 2003, dont nous n'avons pas eu confirmation.

Il importera par ailleurs de procéder à une analyse de l'activité des services d'urgence aux mêmes périodes, sur les horaires de permanence des soins, afin de confirmer ou non notre hypothèse sur ce point.

Nous constatons une diminution franche (-11,9 %) du nombre total des visites, plus marquée sur les visites réalisées durant la permanence des soins, le samedi, le dimanche ou les jours fériés (-45,7 %), mais portant aussi sur les visites de nuit (-36,2 %). Cette évolution confirme le changement de pratique des médecins sur ce plan, dont les variations par secteurs (Annexe 3) mériteront cependant d'être analysées avec les médecins. Les patients sont dans leur grande majorité invités à se au cabinet médical, ou à la maison de garde.

b) Activité des secteurs de garde des médecins généralistes en 2004.

Le tableau (Annexe 3) permet d'appréhender l'activité journalière moyenne par secteur sur l'année, en distinguant les périodes de nuit, de milieu de nuit, et de dimanche.

Par ailleurs, les actes codés « majoration de milieu de nuit » ne reflètent pas l'intégralité des actes réalisés en seconde partie de nuit (0h – 8h) par les médecins mais permettent pour la première fois de d'approcher cette activité sur l'ensemble du département. .

Les actes réalisés entre 0 et 6 h retiendront tout particulièrement notre attention, le dispositif de réponse aux demandes de soins entre minuit et 8 h étant au centre des discussions avec les médecins. 7,1 actes sont réalisés en moyenne toutes les nuits sur cette période en Vendée, soit 1,3 actes / 100 000 habitants / nuit. Le nombre d'actes par nuit par secteur varie de 0,1 (sans compter deux secteurs dont l'activité est au deçà) à 0,7actes. La carte présentée en annexe 4 permet de visualiser les secteurs répartis en trois grands groupes selon leur moyenne d'activité nocturne. Si cette activité paraît marginale, des modalités de réponse aux demandes de soins formulées sur cette période doivent cependant perdurer, quitte à ce qu'elles soient réorganisées en articulation avec le secteur hospitalier.

20,2 actes sont réalisés en moyenne chaque nuit (de 20 h à minuit et de 6H à 8h) sur le département.

L'activité diurne de permanence des soins est la plus forte (285,5 actes / dimanche sur la Vendée) et la variation du volume d'actes pourrait être liée à l'importance de la population du secteur.

B) Les exemptions de permanence des soins.

Il ne nous est pas possible de conclure sur les données dont nous disposons, eu égard à la faible taille de notre échantillon.

Nous ne pouvons qu'observer une augmentation, non significative sur le plan statistique, du nombre de demandes d'exemptions entre 2003 et 2004, sans qu'il nous soit possible, d'écarter l'effet du hasard.

De la même façon, cette augmentation du nombre de demandes n'est pas suivie, d'une augmentation des exemptions sur ces deux années, ce dans le contexte d'un recadrage de la procédure de traitement des demandes au conseil de l'Ordre qui veille, dans le contexte de relations tendues avec un certain nombre de médecins à maintenir la crédibilité des exemptions en refusant qu'elles soient couplées à une hyperactivité diurne.

C) Les données relatives à la régulation.

Le médecin régulateur oriente plus fréquemment le patient vers le médecin d'astreinte le week-end qu'en semaine, où l'examen médical, s'il n'est pas réalisé dans la soirée, pourra à priori l'être le lendemain.

Le taux d'appels téléphoniques résolus par un conseil ou un renseignement est le plus souvent, dans nos données, proche de 2/3. A deux reprises, le taux de recours au médecin est supérieur au taux de résolution téléphonique des appels : en mai et en juillet 2004, où il est respectivement de 52,62 % et de 49,60 %, ce même taux étant dans l'expérience du SAMU 16 de 50 % (29). Ce phénomène est observé sur deux mois où l'activité, pour des raisons saisonnières, augmente brutalement par rapport au mois précédent. Deux hypothèses au moins nous semblent pouvoir être émises. La nature des

..

appels pourrait changer, ce qui nous semble peu plausible. L'autre hypothèse serait celle d'une modification de la façon de réguler, dans un contexte de pression liée notamment à la volonté de ne pas perdre d'appels, de diminuer le temps d'attente des appelants, aboutissant à solliciter le médecin d'astreinte plus facilement. L'avis des médecins régulateurs sur ce point devra être sollicité.

Les premières données, très partielles, concernant les appels parvenant au SAMU entre minuit et 8 heures ne nous permettent d'observer, au-delà d'un nombre moyen d'appels le week-end supérieur au nombre d'appels en semaine, que des variations très importantes de ces nombres d'appels. Ces appels relèvent à la fois de l'AMU et de la permanence des soins, avec, à priori des durées d'immobilisation du médecin régulateur très variables. Aucune conclusion quant à la pertinence ou non de la mise en place d'une régulation de médecine générale ne peut à notre avis être prise sur ces quelques données quantitatives.

4.1.3 Analyse du contenu des entretiens et du groupe de travail.

Aucun groupe n'a pu être identifié comme présentant une certaine homogénéité de positionnement face aux thématiques abordées, à l'exception de celui des deux personnes ressources régionales qui répondent plus en terme de grandes orientations que de connaissance du dispositif vendéen. Par ailleurs, l'ensemble des personnes rencontrées ne s'est pas exprimée explicitement sur chaque thème, sa connaissance pouvant en être partielle. Il en résulte un patchwork d'avis et de propositions, reflétant l'hétérogénéité de pensée des médecins, et pouvant alimenter notre réflexion.

A) La permanence des soins en Vendée jusqu'en septembre 2003.

Si aucune carence n'était à priori relevée dans la permanence des soins qui avait repris à l'issue de la grève, les tensions perçues par un certain nombre de médecins, et qui persistent, semblent invalider l'idée d'un dispositif qui fonctionnait très bien et aurait pu ainsi perdurer.

La création des associations de permanence de soins, la plupart du temps dans les villes, correspond à un premier engagement dans une organisation collective, porté par des médecins ayant la volonté de maintenir une cohésion entre eux et sur lesquels repose encore souvent la dynamique du secteur.

B) L'engagement des médecins.

Les propos de Dr X. concernant l'évolution des médecins, quant à leur place dans la permanence des soins, dans les suites de la grève, corroborent les affirmations selon lesquelles les textes n'ont fait qu'entériner une situation de fait. Le désengagement, au moins d'une certaine partie des médecins, était vraisemblablement latent.

Nous ne pouvons que nous inquiéter de la perception d'un certain nombre de nos interlocuteurs, d'un mouvement de désengagement progressif des médecins, malgré l'amélioration globale de leur qualité de vie pendant les gardes.

Le véritable « changement de modèle » découlant de l'organisation basée sur des territoires agrandis, une régulation centralisée impliquant la disparition des sollicitations directes des patients, et donc une modification de la relation entre ceux-ci et les médecins, semble être l'un des facteurs déterminants dans ce désengagement des médecins.

Nous sommes toutefois plus inquiets de voir des médecins intéressés par l'urgence s'interroger maintenant sur la pertinence du maintien de la permanence des soins, eu égard à leur activité de garde. Si les médecins sont effectivement moins sollicités pour la prise en charge de l'urgence vitale, ce dont témoigne la diminution des actes « majorés urgence » entre 2003 et 2004, ils ont toute leur place dans la prise en charge d'autres urgences qui ne relèvent pas de l'hôpital, comme le rappelle J.-C. MINO (38)

Les médecins généralistes rencontrés, coordinateurs de secteurs ou engagés sur le plan associatif, affichent leur réticence au volontariat. C'est finalement à eux qu'il incombe souvent de maintenir la cohésion entre l'ensemble des médecins du secteurs, permettant seule de répartir équitablement la charge de travail liée à la permanence des soins entre tous les médecins. Ceci suppose une réelle envie de faire avancer les choses, et les engagements multiples de certains de ces médecins, nous évoquent le profil des « activistes sociaux » décrits par D. TRUCHOT (40).

La volonté de plus en plus affichée d'un certain nombre de médecins de se désengager de la seconde partie de nuit rend nécessaire l'élaboration d'un projet médical préservant un accès aux soins pour les demandes urgentes sur cette période. Difficile à construire à l'échelon départemental en l'absence de la possibilité de faire des choix financiers, ce projet résultera des orientations de la MRS, mais aussi du tissu local, de transports sanitaires notamment. Les ambulanciers vendéens se sont déjà exprimés sur ce sujet, doutant de la possibilité de faire reposer d'éventuels transports supplémentaires sur la garde ambulancière, déjà confrontée à un nombre conséquent de demandes urgentes, et se refusant à l'heure actuelle à envisager de réaliser des transports vers les cabinets médicaux, aux dépends de ceux relevant de l'AMU.

C) La régulation.

La régulation est, sauf exception, considérée comme un facteur d'amélioration de la qualité de vie des médecins. Et un travail d'évaluation des niveaux de régulation, permettant de continuer à ne pas solliciter façon excessive le médecin d'astreinte, mais également d'y recourir afin d'éviter un éventuel déport des demandes de soins vers le secteur hospitalier, pourrait être envisagé.

La régulation apparaît comme une sécurité pour les médecins de garde, ainsi moins soumis à la pression des visites, et aussi parce qu'ils y sont d'une certaine façon reliés : quelqu'un sait où ils sont partis.

Le recrutement de médecins régulateurs en nombre suffisant est une préoccupation pour l'AMRV. Ces médecins doivent conserver une pratique libérale, ce qui semble faire l'objet d'un certain consensus, tout en régulant de façon régulière, afin d'acquérir ou de conforter l'expérience nécessaire à un travail en sécurité. L'option alternative, étendre la régulation à l'ensemble des médecins généralistes ne nous paraît pas apporter les mêmes garanties.

D) L'organisation départementale.

C'est sur l'opportunité de maintenir une permanence en deuxième partie de nuit que se focalisent les discussions. La question des visites dites incontournables prend ici toute sa place, et nous percevons que le fait d'être régulateur ou non pourrait amener à avoir des réponses différentes à ce sujet, tout au moins tant qu'aucune autre modalité de réponse aux besoins de soins n'est définie sur ce créneau.

Les réticences exprimées face au développement des maisons médicales de garde nous semblent devoir être mises en perspective avec les expériences globalement positives de ce type de structure, tant en région (35) que sur le plan national, essentiellement en milieu rural où, tout en préservant les conditions de travail et de vie des médecins installés, elles semblent avoir un impact positif sur l'installation des jeunes médecins (30). Ce malgré les difficultés rencontrées, tant en Vendée qu'en Loire-Atlantique pour le maintien d'une permanence au-delà de minuit en zone rurale où le maintien de modalités de réponses repose exclusivement sur le médecin généraliste, y compris en ce qui concerne les hôpitaux locaux.

E) Discours relatif à la médecine générale.

L'évolution de la démographie médicale est la préoccupation centrale de tous, et l'installation dans des zones rurales nous semble pouvoir être remise en cause, pour échapper à des conditions de travail trop contraignantes.

Les craintes des médecins se portent vers la faible proportion d'installation de jeunes médecins en zones rurales, prévisible au regard de l'analyse de leurs choix d'installation (36). Leurs craintes quant aux conséquences de la féminisation de la profession pourraient être pondérées par des études réalisées dans le Maine et Loire, faisant état d'une augmentation conséquente de l'activité professionnelle des femmes médecins entre 1990 et 2000, 60 % d'entre-elles effectuant à cette date plus de 45 heures de travail par semaine (26).

La pénibilité du métier est souvent mise en avant, reliée au rythme de travail, à la pression des patients ainsi qu'à la dévalorisation ressentie de la profession.

Et de récentes études amènent à être particulièrement vigilant quant à la fréquence du syndrome d'épuisement professionnel chez les médecins généralistes (34). Les modes d'organisation collective pourraient contribuer à lutter contre cette souffrance.

4.2 Propositions.

Plusieurs propositions nous semblent pouvoir contribuer à la consolidation et à l'adaptation du dispositif de permanence des soins :

- Organiser la régulation médicale généraliste de seconde partie de nuit, sous réserve de son financement par l'assurance maladie dans le cadre des nouvelles dispositions conventionnelles (13), en privilégiant dans un premier temps la couverture des nuits les plus chargées en nombre d'appels, qu'il s'agisse des week-end ou de périodes d'affluence saisonnière.

Cette mise en place devrait permettre de répondre aux attentes des médecins généralistes comme des médecins hospitaliers, sans solliciter de manière excessive le pool de médecins régulateurs et risquer de fragiliser la permanence sur les secteurs.

- Constituer un groupe de travail permanent mais renouvelable susceptible d'être reconnu par la majorité des médecins de secteurs, chargé de proposer des aménagements de la sectorisation et de l'organisation, de les discuter sur le terrain et d'en référer au Sous comité médical et au CODAMUPS.

Ce groupe pourrait associer : un représentant élu des médecins coordinateurs de secteurs, un représentant de l'URML sur le département, un représentant des syndicats

-.

de médecins, un représentant des médecins régulateurs libéraux, un représentant du SAMU, un représentant de l'Ordre, un représentant de l'assurance maladie, le MISP ou un représentant de la DDASS. Chaque membre pourrait avoir un suppléant.

- Conserver une couverture nocturne du département par des médecins généralistes d'astreinte, au besoin en seconde intention entre 0 et 8 heures (s'il existe une convention avec un service hospitalier), prenant en compte notamment les appels régulés des hôpitaux locaux et des maisons de retraite. L'élargissement des secteurs après minuit, facilité par la régulation, devra permettre de répartir le plus équitablement possible le nombre d'astreintes entre les médecins, qu'ils travaillent en zone urbaine ou rurale, afin de contribuer à alléger les contraintes de ces derniers.

- Recenser les médecins généralistes volontaires pour devenir médecins correspondants de SAMU, en assurer la formation et le financement (déjà sollicité dans le cadre d'un dossier de réseau d'urgences), sous réserve d'une organisation collective des médecins garante pour le SAMU d'une réponse assurée.

De manière plus générale, promouvoir auprès des médecins des modes d'organisation collective leur permettant de répondre aux demandes de soins non programmées dans la journée, comme certaines associations de médecins l'avaient déjà organisé sur le département.

- Procéder à l'étude de la trajectoire de soins des patients sur les horaires de permanence des soins. Une nouvelle campagne d'information sur le dispositif de permanence et le bon usage de la régulation pourrait être également pertinente.

CONCLUSION

L'organisation de la permanence des soins assurée par les médecins généralistes, initiée dans le contexte d'une évolution préoccupante de la démographie médicale et d'un malaise persistant des médecins, reste un enjeu fort de santé publique.

Cette organisation sur la base du volontariat et d'une régulation médicale centralisée des appels, depuis septembre 2003, a suscité de fortes réactions chez les médecins en Vendée, alors qu'ils assuraient à nouveau, sans carences, la permanence dans des conditions plus difficiles.

Ces réactions nous semblent plus liées à aux inquiétudes des médecins généralistes sur l'évolution de leur profession, de la démographie médicale, et de leurs conditions de travail qu'aux modalités de la réorganisation en cours. La promotion d'organisations collectives de la profession nous semble devoir être encouragée.

Si le désengagement des médecins reste minime sur le département, il peut toutefois menacer l'équilibre d'un secteur dont la cohésion permet seule de répartir la charge de travail liée à la permanence des soins sur tous. Le positionnement du coordinateur est alors déterminant.

Le retentissement de la régulation médicale sur la qualité de vie des médecins est évalué de façon positive par la très grande majorité des personnes ressources et des médecins rencontrées. Mais l'absence de sollicitation des médecins pendant la garde, ou leur sollicitation pour des motifs jugés susceptibles d'être différés, pourrait les démotiver. L'impact de la revalorisation de l'astreinte, et donc de la disponibilité, devra être apprécié.

Les récentes évolutions réglementaires et conventionnelles devraient permettre de mettre en place sur le département des organisations élaborées en concertation entre médecins généralistes et hospitaliers, sur la base d'une évaluation des besoins, et une régulation médicale renforcée en seconde partie de nuit, afin de garantir une réponse aux demandes de soins urgents sur les horaires de permanence des soins.

Sources et Bibliographie

TEXTES DE RÉFÉRENCE

- (1) Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires, *Journal officiel*, 7 Janvier 1986.
- (2) Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003.
- (3) Décret n° 87-1005 du 16 décembre 1987 relatif aux missions et à l'organisation des unités participant au service d'aide médicale urgente appelées S.A.M.U. *Journal officiel*, 17 Décembre 1987.
- (4) Décret n° 95-100 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie.
- (5) Décret n°2003-674 du 23 juillet 2003 relatif à l'organisation de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire et modifiant le décret n°87-965 du 30 novembre 1987 relatif à l'agrément des transports sanitaires terrestres.
- (6) 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. *Journal officiel de la République Française*, 16 Septembre 2003, p.15863-15864.
- (7) Décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du décret n° 95-100 du 6 Septembre 1995 portant code de déontologie. *Journal officiel de la République Française*, 16 Septembre 2003, 15864.
- (8) 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. *Journal officiel de la République Française*, 8 Avril 2005.
- (9) Arrêté du 31 janvier 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes. *Journal officiel*, 1^{er} février 2002.
- (10) Arrêté du 28 juin 2002 portant approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins généralistes. *Journal Officiel*, 29 juin 2002
- (11) Arrêté du 23 juillet 2003 fixant les périodes de la garde départementale assurant la permanence du transport sanitaire.
- (12) Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

- (13) Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n°1, n°3 et n°4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. *Journal Officiel*, n° 126, 1 juin 2005,
- (14) Circulaire n° DHOS/SDO/2002/399 du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins.
- (15) Circulaire n° 195/DHOS/01/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.
- (16) Circulaire n° DHOS/DGAS/O3/AVIE/257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.
- (17) Circulaire n° 587/DHOS/01/2003/ du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.
- (18) Protocole National d'accord du 1^{er} mars 2002 sur la permanence des soins entre l'Etat, le Conseil National de l'Ordre des médecins et l'Assurance maladie.

MONOGRAPHIE

- (19) LEHMAN C. *Patients, si vous saviez...Confessions d'un médecin généraliste*. Saint-Amand-Montron : Robert Laffont, 2003. 300p.

PERIODIQUES

- (20) BELLAN H., CATALA F. Permanence des soins : Problèmes actuels et perspectives d'avenir. *La revue des SAM*, 2002. p.219.
- (21) BENKIMOUN P. Un décret assouplit les modalités d'organisation de la permanence des soins. *Le Monde*, 9 Avril 2005.
- (22) BLANCHARD S. Les urgentistes obtiennent 15 millions d'euros de plus et mettent fin à dix-sept jours de grève. *Le Monde*, 22 avril 2005, p. 13
- (23) DEAU X. Médecine par téléphone : comment éviter les dérives. *Bulletin de l'Ordre des Médecins*. Janvier 2005, n°1, [20/06/05].
<http://bulletin.conseil-national.fr/CNOM/bulletin.nsf/501BOMN501P>
- (24) DEGAIN J., DE SAINT ROMAN H. *L'organisation de la permanence des soins*. Douste-Blazy : le rôle et la mission du généraliste doivent être valorisés. *Quotidien du Médecin*, n° 7708, 15 mars 2005, pp. 3-4
- (25) DE SAINT ROMAN H. Aménagement de la permanence des soins. Ce que propose Couty. *Quotidien du Médecin*, 2 novembre 2004, n°7623.
- (26) FANELLO S. Les femmes médecins généralistes dans le Maine-et-Loire : 1990 - 2000. *Santé Publique*, Mars 2004, vol.16, n°1, pp. 95-104.

- (27) GOLDSTEIN P., FACON A., BERTRAND C. Régulation médicale. Principes et organisation. In *Les urgences préhospitalières. Organisation et prise en charge*, Paris : Masson pp.53-63
- (28) LEMOINE P. La permanence des soins. *Trait d'union. La lettre d'information de l'union hospitalière du nord-ouest*, Février 2004, n°18.
- (29) LOYANT R., BOURIEZ S., HAFIL H., NGUYEN L., TALBOT J.M. Régulation de la permanence des soins. Régulation de la permanence des soins par le centre 15. Expérience du SAMU 16, *La revue des SAMU-2002*, 2002, pp. 225-226.
- (30) MINO J.-C., BRETON M. Quelle place pour les maisons médicales de garde dans la permanence des soins ? , *Le Concours Médical*, t. 126-30/31, pp. 1815-1819.
- (31) NIEL X., SIMON M. Les effectifs et la durée du travail des médecins au 1^{er} janvier 1999. *Etudes et Résultats- DRESS*, décembre 1999, n°44.
- (32) PERRIN C. Réquisitions : les incertitudes juridiques. *Le Concours Médical*, 10 Novembre 2004, t. 126-33, pp. 1957-1958.
- (33) ROBELET M. Médecins généralistes : les voies étroites du réenchancement professionnel. *Regards sur l'actualité*, Juin 2002, vol.282, pp. 45-57.
- (34) TRUCHOT D. Le burn-out dans la pratique du médecin généraliste. Enquête auprès de médecins généralistes. *La revue du praticien. Médecine générale*, 8 décembre 2003, t.17, pp. 1643-1644.
- (35) WEILL A. Premières expériences de maisons médicales en zones rurales. *Santé Pays de la Loire*, Janvier-Février 2004, n°54, pp. 6-7.

RAPPORTS, ETUDES

Nationaux

- (36) Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS). Faits Marquants, Paris 2004, 130 p
- (37) DESCOURS C. Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, 22 Janvier 2003
- (38) MINO J.-C. Etude d'évaluation du Centre d'Accueil et de Répartition Libéral de Rennes (CARL) A la demande de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Bretagne. Décembre 2003.
- (39) ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Résultats de l'enquête du CNOM sur l'état des lieux de l'organisation de la pds en janvier 2004. Dr Patrick BOUET
- (40) ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. Enquête sur l'état des lieux de la permanence des soins en février 2005. 2 Mars 2005

Locaux

- (41) BRANTHOMME E. *Démographie des médecins généralistes vendéens entre 1995 et 2002*. Conseil départemental de l'Ordre des médecins de la Vendée.
- (42) BRANTHOMME E. *Bilan d'étape pour l'année 2003*. AMRV
- (43) DDASS de la Vendée. *Groupe de travail sur la permanence des soins entre 0 et 8 heures. Relevé de conclusions*. 4 janvier 2005
- (44) Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales des Pays de la Loire. *Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social*. STATISS 2005, avril 2005.

Mémoires

- (45) EPAILLARD J. P. Organisation de la permanence des soins. Quelle méthodologie pour définir une sectorisation optimale dans un département, l'exemple du Loiret. Mémoire professionnel de Médecin Inspecteur de Santé Publique de l'ENSP - Promotion 2003.
- (46) Ministère de la santé et de la protection sociale. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. *Etat des lieux de la permanence des soins au 30 avril 2004*.
- (47) MOREL B. La permanence des soins de ville dans le département de l'Ain. Le volontariat des médecins généralistes : un pari risqué ? Mémoire professionnel de Médecin Inspecteur de Santé Publique : ENSP Rennes, 2003.
- (48) THIEBAUT - DERODE A. *Pour une évaluation de la permanence des soins dans le département de la Somme à un an*. Mémoire professionnel de Médecin Inspecteur de Santé Publique : ENSP Rennes, 2004.

Liste des annexes

ANNEXE 1 Liste des personnes rencontrées

ANNEXE 2 Guide d'entretien avec les médecins généralistes

ANNEXE 3 Activité des secteurs de garde des médecins généralistes en 2004.
(Annexe non publiée)

ANNEXE 4 Cartographie

-.

ANNEXE 1 Liste des personnes rencontrées

Personnes ressources régionales :

- Monsieur le directeur de l'URCAM des Pays de la Loire, Président de la MRS.
- Monsieur le directeur médical de l'URML des pays de la Loire

Personnes ressources départementales ou siégeant au CODAMUPS :

Représentants des collectivités territoriales :

- Monsieur le Maire de Pouzauges
- Monsieur le Maire de Sainte-Hermine

Représentants du Conseil de l'Ordre

- Monsieur le Président du Conseil de l'Ordre de la Vendée
- Monsieur le Président de la Commission «Permanence des soins » du Conseil de l'Ordre de Vendée.
- Monsieur le médecin responsable du SAMU
- Monsieur le Président de l'AMRV
- Médecins généralistes présidents ou représentants d'associations de médecins siégeant au CODAMUPS

Les représentants des associations de médecins :

- de Fontenay-le-comte
 - de Luçon
 - de Montaigu
 - du Pays des Olonnes et du Talmondaïs
 - de la Roche-sur-Yon
- ont été rencontrés.

Médecins généralistes coordonnateurs de secteurs ne siégeant pas au CODAMUPS :

- deux médecins pour les secteurs 10 et 17 (respectivement Challans et Coëx)

ANNEXE 2 Guide d'entretien avec les médecins généralistes

1. Présentation.

Parcours professionnel et modalités d'exercice

- en groupe ou individuel
- en libéral exclusivement ou avec des activités salariées - temps plein ou temps partiel)

Investissements (Présidence d'association, Coordination de secteurs Conseil de l'Ordre, AMRV....)

2. Je souhaiterais que vous me parliez de ce qu'a été pour vous la permanence des soins en Vendée avant les grèves de 2001, puis de la survenue, de l'ampleur et des conséquences de ce mouvement en Vendée

3. Que pourriez - vous dire de la permanence des soins en Vendée de janvier à août 2003 ?

4. Comment avez-vous accueilli l'introduction du volontariat et quel bilan en faites-vous à l'heure actuelle ?

Incitations

Projections

5. Quel a été pour vous l'impact des décrets du 15 septembre sur l'organisation de la permanence des soins sur votre secteur et sur le département ?

Cahier des charges...

Sectorisation (SROSS III)

6. Participez-vous à la régulation médicale et avez - vous une idée du nombre de médecins de votre secteur qui y participent ?

Avez-vous des suggestions concernant le renforcement du nombre de médecins régulateurs ?

7. Quel bilan faites-vous en matière de régulation médicale plus d'un an après sa généralisation ?

Organisation au sein du SAMU (dont les horaires)

Répercussions sur la qualité de vie des médecins

Engagement des médecins régulateurs ; formation

Retours des patients % à la réponse apportée, plaintes

..

Financement

Assurances

8. Votre avis sur les nouveaux textes ?

9. Quelles sont pour vous , les conditions qui prévalent à une régulation de qualité ?

11. Quelles sont vos propositions en matière d'organisation de la permanence des soins sur votre secteur et sur le département ?

Régulation (organisation au sein du SAMU / couverture nocturne / recrutement de médecins / départementale ou régionale)

Horaires nocturnes (ville / zones rurales)

Sectorisation (poursuite de modifications a minima / redécoupage autre) et maisons de garde.

12. Quelles sont vos préoccupations majeures quant à l'évolution de la médecine générale sur le département ?

Démographie de la population (variations saisonnières et vieillissement) et démographie médicale (vieillissement et imprévisibilité des parcours)

Problématique des remplacements.

13. Quelles évolutions seraient les plus à même d'y remédier ?

Maisons de garde....

ANNEXE 4 Cartographie

