

EHESP

Directeur d'hôpital

Promotion : **2007 - 2009**

Date du Jury : ***Décembre 2008***

**La permanence des soins et ses
contraintes organisationnelles :
l'exemple de l'hôpital de Fougères**

Thierry LARGEN

Remerciements

Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles”

Sénèque

Je tiens à remercier les personnes qui m'ont accompagné tout au long de mon stage hospitalier, dont une des finalités est la réalisation de ce mémoire.

En particulier :

Ma femme et mes enfants qui ont su me supporter pendant cette période.

Monsieur Patrice ABLAIN, Directeur du Centre Hospitalier de Fougères pour sa disponibilité.

Monsieur Franck GÉLEBART, Directeur adjoint chargé de la qualité, de la communication et des relations avec les usagers, pour son accompagnement rigoureux et permanent en qualité de maître de stage.

L'ensemble de l'équipe de direction du CH de Fougères et notamment Gilles RAVÉ, Directeur adjoint chargé des ressources humaines, pour la qualité de ses analyses concernant le sujet.

Monsieur Didier MARCHAND Médecin Chef urgentiste, président de la Commission Médicale, pour m'avoir accordé une partie de son temps dans le cadre de ce travail, et Madame Vanessa BRAULT Médecin libéral, pour tous les éléments qu'elle m'a apportés

Monsieur Michel LOUAZEL, Enseignant chercheur à l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, pour son importante collaboration en qualité de directeur de mémoire.

Avertissement

Mémoire universitaire

L'individualisation des parcours de formation permet aux Elèves Directeurs d'Hôpital de préparer, durant leur formation, un diplôme de 3^e cycle.

Le mémoire universitaire réalisé dans ce cadre est présenté devant le jury de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, accompagné d'une note mettant en perspective l'apport de l'étude réalisée pour l'exercice du métier de directeur d'hôpital.

Ce mémoire a été réalisé dans le cadre du diplôme suivant :

MASTER II Droit, Santé, Ethique

Responsable du diplôme : Madame Marie-Laure MOQUET-ANGERS

À l'Université de Rennes 1 Faculté de Droit et Sciences Politiques

Année universitaire 2007 – 2008

Ce mémoire a été encadré par :

*Monsieur Michel LOUAZEL Enseignant chercheur à l'Ecole des Hautes
Etudes en Santé publique*

Sommaire

Introduction	1
(Partie 1).....	7
LA PERMANENCE DES SOINS UN DISPOSITIF COMPLEXE	7
Section 1 – Une organisation construite autour de l'accès au juste soin.....	7
1.1 Définitions et fondements juridiques.	7
A) La continuité des soins.	7
B) la permanence des soins.....	9
C) La liberté d'installation des médecins.....	9
D) La notion de juste soin.....	10
1.2 Les acteurs emblématiques de la PDS.	10
A) Les médecins.....	11
B) Le centre 15.....	12
C) Le préfet.	13
D) Le Directeur de l'établissement public de santé.	14
E) L'utilisateur du système PDS.	15
F) Les associations de type SOS médecins.....	16
Section 2 - L'offre de soins est consubstantielle de la demande en santé.....	17
2.1 Les éléments conjoncturels agissant sur l'offre et la demande de soins.....	17
A) Les effets délétères sur la demande de soins.	17
B) Une répartition inégale des professionnels.....	18
C) Numerus clausus et demande induite.	20
2.2 La régulation fixe le cadre théorique de l'arbitrage entre l'offre et la demande de soins.	23
A) L'afflux des patients aux urgences.	23
B) PDS hospitalière et problématiques sociales.	24
C) Permanence des soins et médecine ambulatoire.....	26
D) La permanence des soins dans les établissements privés.	26
E) Psychiatrie et urgences.	27
2.3 La planification de l'offre de soins dans son volet PDS.	28
A) Deux lois édifiantes qui invitent à une planification régionale de l'offre de soins dans son volet PDS.....	29
B) Le nouveau périmètre de l'Agence Régionale de Santé.	29

(Partie 2)	31
LES REPONSES INSTITUTIONNELLES ET LOCALES A LA DEMANDE DE SOINS NON PROGRAMMÉS	31
Section 1- Les incitations à la coopération des acteurs de santé : une volonté affichée par les pouvoirs publics	31
1.1. Les actions de coopérations	31
A) La coopération ville hôpital.....	31
B) Les maisons médicales de garde (MMG).....	32
1.2 L'incitation au regroupement des professionnels de santé	34
A) Une volonté facilitée par les pouvoirs publics.	34
B) Le concept de maison de santé.	35
C) Les incitations à l'installation pour les médecins.....	37
D) L'information du patient.....	38
Section 2 - Une adaptation de l'offre suivant des logiques territoriales : l'exemple de l'hôpital de Fougères	39
2.1 La PDS mise en œuvre à l'hôpital de Fougères	39
A) Une adaptabilité provoquée par l'histoire.	40
B) Le fonctionnement de la maison médicale de garde.....	41
2.2 Les axes de coopérations et les enjeux du territoire fougérais	43
A) L'hôpital de Fougères doit rester un acteur central de la coopération sur le territoire de santé.	43
B) Les enjeux	44
2.3 Les perspectives de partenariat à renforcer : vers une réorganisation de l'offre de soins	47
A) Les coopérations entre établissements du territoire.	47
B) La coopération avec les professionnels libéraux.	49
Conclusion	53
Bibliographie	55
Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AMU	Aide médicale urgente
ARH	Agence régionale d'hospitalisation
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLIC	Centre local d'information et de coordination
CME	Commission médicale d'établissement
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CODAMUPS	Comité départemental d'aide médicale urgente et de permanence des soins
CRRA	Centre de réception et de régulation des appels
CSP	Code de la santé publique
CTA	Centre de traitement des appels
DRDR	Dotation régionale de développement des réseaux
DRESS	Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques
FAQSV	Fonds d'aide à la qualité des soins de ville
FIQCS	Fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins
IGA	Inspection générale de l'administration
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INPES	Institut national de prévention et d'éducation à la santé
InVS	Institut de veille sanitaire
MICA	Mécanisme d'incitation à la cessation d'activité
MRS	Mission régionale en santé

PARM	Permanencier auxiliaire de régulation médicale
PDS	Permanence des soins
POSU	Pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences
SAMU	Service d'assistance médicale d'urgence
SAU	Service d'accueil des urgences
SU	Structure d'urgence
SDIS	Services départementaux d'incendie et de secours
SMUR	Service médical d'urgence et de réanimation
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
SSIAD	Services de soins infirmiers à domicile
UPATOU	Union de proximité d'accueil, traitement et orientation des urgences

Introduction

Depuis quelques années le système de santé français se heurte à des difficultés d'ordre conjoncturelles telles que la démographie médicale et le financement de la Sécurité sociale. En fait la santé est un thème passionnel dans les pays développés, elle concerne chaque individu, et elle est susceptible de diviser la société. En France, le système de santé est de plus en plus soumis à des pressions contradictoires : l'une est la nécessité de faire face à une montée des inégalités et des phénomènes d'exclusion, qui invite à un renforcement de ses propriétés redistributives ou à une éventuelle accentuation de ses caractéristiques béveridgiennes ; l'autre est l'exigence de contenir la croissance de la dépense sociale globale.

Le problème qui se pose est celui du mode de régulation et de contrôle de la dépense sociale : ainsi l'Etat doit-il considérer que protéger l'individu est une fonction régaliennne qu'à ce titre il doit réguler le système de santé dans le sens de l'intérêt général ? Ou bien inversement peut-il affirmer qu'il n'est pas pour des raisons économiques et philosophiques le mieux placé pour y parvenir ? Etat/marché ligne de fracture de l'idéologie politique, nouvelle dialectique dans la systémie sociale ? Où faut-il modérer cette absence de perspectives en introduisant un peu d'éthique de la discussion ¹(Hans Tristan Engelhardt) pour que la plénitude de la démocratie soit le but ultime de toute action politique ?

Pour tenter de délier cet écheveau nous nous proposons dans ce domaine emblématique de la santé, d'examiner de manière générale la question de la permanence des soins, et en particulier l'hypothèse selon laquelle elle se heurte à de nombreuses contraintes organisationnelles.

¹ **Engelhardt** est un philosophe de formation médicale. Inspiré par Jürgen Habermas, en 1986, il publie " the foundation of bioethics." Dans lequel il suppose, contre le nihilisme, que la moralité peut être fondée et que c'est l'homme, ou plus exactement la liberté de l'homme et le respect absolue de cette liberté qui la fondent.

L'autorité politique conserve une fonction de régulation minimale pour assurer le bien-être minimum des individus. « L'Etat veilleur de nuit " doit protéger les contrats, lutter contre la fraude, violence,...mais Engelhardt n'aime pas que l'Etat s'occupe de la santé (ex : ne pas fumer dans les lieux publics lui paraît une " violence "). Le libertarien ne fait pas l'apologie de la licence ou du caprice. Il reconnaît la morale séculière mais refuse de fonder son éthique sur des valeurs qui seraient universelles et fixées.

Le principe d'égal accès aux soins est la base de l'organisation de la permanence des soins, à ce titre l'article L. 1110-1 du Code de la santé publique en est une parfaite illustration. Il précise « *un droit fondamental à la protection de la santé qui doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Ainsi les professionnels, les établissements et réseaux de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes participant à la prévention et aux soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, à garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et à assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible* ».

Pour comprendre la portée de ce principe il faut se référer au projet politique formulé par Alexis de Tocqueville visant à l'égalisation des conditions. En effet, à travers le processus qu'il analyse, Tocqueville propose une grille de lecture du changement social et de la modernité. En ce sens, il rentre dans une logique évolutionniste : le mouvement vers l'égalité, commencé bien avant les révolutions américaine et française, a un caractère inéluctable. La réflexion de Tocqueville² nous amène naturellement à étudier quelles sont les conditions et les conséquences de la démocratie et comment rendre compatibles l'idéal d'égalité et la liberté. C'est sur ce couple égalité liberté que se construit le concept de démocratie politique dont les externalités positives se traduisent par des créations, telles que la démocratie sociale et un peu plus loin la démocratie sanitaire. Cet évolutionnisme mis en exergue par Tocqueville aboutit à un long processus législatif dans le domaine de la santé en consacrant le droit fondamental à la protection de la santé.

Cette garantie d'égal accès aux soins soulignée pose l'un des principes les plus anciens et les plus performants du droit public (les individus sont égaux en droit). Affirmé par la déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789, consacré par le Conseil d'Etat puis le Conseil constitutionnel dans ses jurisprudences successives, le principe d'égalité constitue également une composante du droit communautaire et européen. Pour autant, le cadre institutionnel dans lequel ce principe est forgé (en l'occurrence l'Etat, la Nation et la citoyenneté) connaît aujourd'hui une certaine contestation. L'Etat est en effet critiqué pour n'avoir pu empêcher le développement de nouvelles inégalités alors même que son pilier économique et social (L'Etat Providence) s'est fondé sur ce même principe

² Alexis de Tocqueville, deux œuvres majeures, De la démocratie en Amérique - 1835 et L'Ancien Régime et la Révolution - 1856, **il met en évidence : le processus d'égalisation des conditions.**

d'égalité. Dès lors, on s'interroge sur la portée et l'effectivité d'une égalité conçue comme égalité des droits.

L'article L. 1110-1 du CSP évoque comme objectifs d'assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible, ce qui nous permet d'envisager la notion de permanence des soins qui retiendra particulièrement notre attention. La définition qui en est communément admise tient à la codification des articles R. 6315-1 et suivants du CSP, en France la PDS est une organisation de l'offre de soins, libérale et hospitalière³, qui permet de maintenir la continuité et l'égalité de l'accès aux soins, notamment aux heures habituelles de fermeture des cabinets médicaux ; elle répond aux demandes de soins non programmés par des moyens structurés, adaptés et régulés. La loi française la reconnaît comme une « mission d'intérêt général ». Elle repose essentiellement sur deux principes : la sectorisation des astreintes et le renforcement de la régulation libérale des appels.

On ne peut évoquer la permanence des soins sans donner une définition de la santé dans son acception la plus large, elle est considérée comme un bien non excluable⁴, dont les effets juridiques se traduisent par le droit d'un malade ayant des " exigences thérapeutiques extrêmes, impérieuses, et sans autre réponse alternative ", d'avoir accès à des soins existant. Il ressort de cette analyse que, quelle que soit la définition qui est donnée à la santé, le droit à la santé ne peut se formuler que comme un droit à des prestations de santé.

Contrairement à ce que pourrait laisser penser une lecture rapide de la Charte de l'Organisation mondiale de la santé du 27 juillet 1946, selon laquelle " la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa conduite économique ", il ne s'agit aucunement d'une obligation de résultat à la charge de

³ L'exercice de la PDS dans d'autres pays d'Europe (annexe 3)

⁴ La **théorie des biens publics** tente de justifier l'existence de l'Etat à partir d'un point de vue tantôt utilitariste tantôt moral. Ces "biens publics" représentent des services, qui peuvent avoir trait à la sécurité (police, justice, Défense), aux infrastructures (transports, télécommunications, éducation, santé), à l'"harmonisation" dans un domaine (information, éducation, langue, standardisation), ou à la certification (identification, registre foncier, conformité aux standards), etc. L'argument des biens publics permet aux étatistes d'intervenir dans n'importe quel domaine de la vie des individus, en posant comme pétition de principe que cette intervention est utile, voire indispensable.

la collectivité. Cependant ce texte a une portée très large, il crée une obligation de mettre en œuvre, dans tous les domaines, un contexte social favorable à l'épanouissement de la santé de chacun. Il en est de même de l'article 25-1 de la Déclaration universelle des droits de l'homme selon lequel " toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé ".

Ce droit se traduit, pour l'essentiel, par un droit à l'assurance sociale. La valeur constitutionnelle du droit à la santé ne fait aucun doute et les deux composantes que sont le droit à la protection de la santé et le droit à la sécurité sociale relèvent des droits de l'homme⁵ qualifiés de droits fondamentaux avec une valeur supra positive dont la remise en cause est impossible y compris par le constituant. Au-delà du droit à la santé et de tous les principes qui s'y rattachent, il s'avère important de considérer l'environnement économique dans lequel ces notions évoluent.

La science économique va introduire progressivement l'économie de santé dont la définition incite à rechercher une meilleure répartition des moyens tant publics que privés afin de faire plus ou mieux en faveur de la santé publique avec les fonds disponibles. A l'image d'un marché classique, le marché des soins de santé met également en évidence une offre et une demande de soins, mais il n'est pas réglé par les mêmes valeurs. Les besoins, l'offre, la consommation et le comportement des consommateurs sont différents dans ce marché particulier qui évolue rapidement, comme en témoigne la part relative des dépenses courantes de santé dans le PIB, soit 11% en 2007.

Dans le contexte actuel l'Etat doit optimiser ses interventions. Une des questions qui se pose c'est comment construire une théorie de l'allocation des biens publics comparable à celle des biens privés? Arrow, Samuelson, Musgrave, Stiglitz et Amartya Sen s'efforcent parmi d'autres d'intégrer l'Etat dans le schéma du bien-être sur la base de l'individualisme méthodologique. Cette dialectique s'effectue en trois temps, dans un premier temps, si le marché maximise le bien-être des agents économiques il est tenu en échec dans certaines situations, un autre système doit alors être envisagé : l'Etat permet à la fois d'imposer la même situation à tous et de séparer le problème de l'allocation de celui du financement (théorème dit de dualité). Dans un second temps, on identifie les biens collectifs, les effets externes, le coût marginal décroissant et le monopole, on s'efforce de

⁵ HABA Enrique P., Droits de l'homme, libertés individuelles et rationalités juridique (quelques remarques méthodologiques), Arch. Phil. Dr., t. 25 La loi, 1980, p.343. « Il est généralement admis en doctrine que les droits de l'homme sont des droits naturels »

définir un équilibre à réaliser pour que l'allocation soit optimale. Et enfin, on cherche à savoir si des processus de décision collectifs peuvent conduire à ces équilibres.

Les résultats établissent qu'il est impossible de trouver un choix collectif qui garantisse l'équilibre (théorème de l'impossibilité) appelé également paradoxe d'Arrow⁶, en résumé le choix collectif ne peut se déterminer par la somme des choix individuels. D'où l'intérêt d'un système mixte qui permette à la fois de satisfaire les choix individuels et par la même de garantir aux plus démunis l'accès aux biens publics.

C'est sur cette complexité de notions que s'organise la permanence des soins, et la difficulté tient à la qualité des organisations à mettre en place pour répondre aux besoins de la population. Mais comment envisager l'équilibre entre respect des droits fondamentaux, limites de la démographie médicale et processus d'allocation optimal des ressources ?

Pour tenter de dénouer cette problématique, il convient de procéder à un état des lieux du dispositif actuel de la permanence des soins (Partie 1).

Notre définition du bien santé, nous a conduit à la théorie néo classique du « Public choice », ainsi en France quelles sont les réponses institutionnelles et locales à la demande de soins non programmés ? (Partie 2)

Ce sujet a été retenu en raison de son actualité, les réformes en cours qui secouent l'hôpital public accentuent la pression sur les managers hospitaliers, la référence systématique à la bonne gestion des cliniques privées sans tenir compte des contraintes qui pèsent sur les établissements publics de santé est de nature à installer une certaine morosité chez les professionnels de santé. Et pour ce métier auquel nous nous destinons cette question de la permanence des soins est le point d'achoppement pour le maintien d'une certaine cohésion sanitaire et médico-sociale en lien avec des stratégies politico-économiques inhérentes au dictat de la rentabilité.

⁶ Le théorème d'impossibilité d'Arrow, également appelé « paradoxe d'Arrow », est une confirmation mathématique dans certaines conditions précises du paradoxe évoqué par Condorcet selon lequel il n'existerait pas de fonction de choix social indiscutable, permettant d'agréger des préférences individuelles en préférences sociales.»

La méthodologie retenue pour ce travail privilégie le traitement en amont de ressources documentaires sur le sujet, entre autres des ouvrages, rapports et diverses publications sur la question et l'interview d'acteurs locaux du Pays Fougerais quant à l'exercice de la PDS. Nous avons assisté à des réunions institutionnelles en préfecture avec les représentants des établissements, le Service départemental d'incendie et de secours, la Directrice de cabinet du Préfet et la Directrice de la DDASS Ille et Vilaine. Les réunions en établissement nous ont permis de cerner les problématiques de terrain.

(Partie 1)

LA PERMANENCE DES SOINS UN DISPOSITIF COMPLEXE

Se référer aux nombreux textes concernant la permanence des soins s'avérerait largement inopérant pour notre propos général. En revanche donner une définition actualisée de la permanence des soins en rapport avec les tensions endogènes et exogènes qui l'animent sera plus utile. La permanence des soins se construit autour de l'accès au juste soin (section 1), l'offre quelle génère est consubstantielle de la demande en santé (section 2).

Section 1 – Une organisation construite autour de l'accès au juste soin.

Les notions que nous allons évoquées ci-après nous renvoient à deux tendances lourdes de l'action politique que sont d'une part la régulation et d'autre part la coordination, le but étant de construire une organisation fiable et efficiente pour répondre à l'exigence du juste soin. Il s'agit de proposer une définition de la permanence des soins au regard des fondements juridiques (1.1), et des acteurs emblématiques qui l'animent (1.2).

1.1 Définitions et fondements juridiques.

Certains principes intangibles sont à rappeler, en effet il existe un lien entre continuité des soins, permanence des soins, liberté d'installation et accès au juste soin découlant des droits fondamentaux. Notre propos sera de tenter de définir les contours de ces éléments d'abord la continuité des soins (A) dont découle la permanence des soins (B), puis la liberté d'installation des médecins (C) avec pour corollaire une difficulté à satisfaire l'exigence du juste soin (D).

A) La continuité des soins.

Le principe de continuité découle de la finalité du service public : créé pour répondre à un besoin d'intérêt général, il doit fonctionner de manière ininterrompue. Il se traduit par l'obligation d'assurer la continuité du service de jour comme de nuit et en urgence, y compris après la sortie du patient. La continuité des soins consiste donc à éviter toute

rupture dans le suivi du malade. Elle est assurée par la coordination entre praticiens (hospitaliers, médecins généralistes ou spécialistes, infirmiers,...).

C'est un critère essentiel de la qualité des soins. Le dossier médical du patient quant à lui est un outil essentiel de la continuité des soins : il atteste du suivi, permet de suivre l'évolution d'une pathologie, de connaître les traitements successifs du patient et l'échange d'informations entre les différents soignants. L'article R. 4127- 47 du Code de la santé publique prévoit que : « *quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui ou il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins* ».

Le sénateur Charles Descours dans son rapport sorti en 2003⁷ considère que la permanence des soins n'est pas la continuité des soins, pour autant il qualifie la PDS de « mission d'intérêt général⁸ » ce qui rejoint l'extension temporelle du principe plus large de la continuité du service public dont découlent les droits et obligations⁹ afférents.

L'organisation de la permanence des soins et celle de la prise en charge des urgences sont complémentaires. La délimitation entre ces deux domaines étant difficile à établir a priori, ces deux organisations doivent être coordonnées et médicalement régulées. La permanence des soins doit être conçue comme un système en réseau, elle se décline comme une mission d'intérêt général, dont le cadre juridique actuel repose essentiellement sur l'article 77 du Code de déontologie médicale.

⁷ Cf. rapport du groupe de travail sur la permanence des soins par M. Charles Descours, 22 janvier 2003

⁸ Qualificatif repris par la Commission européenne qui se réfère à des principes proches qui se confondent avec les lois du service public (livre vert de la Commission Européenne, Sur *les services d'intérêt général*, mai 2003).

⁹ Les missions et obligations du service public hospitalier sont énumérées à l'art L. 6112-1 du Code de la santé publique entre autres « diagnostic, surveillance et traitement des malades, des blessés des femmes enceintes, et participation aux actions de santé publique ». La mission principale de l'établissement public de santé réside dans l'accueil de tous sans discrimination à toute heure du jour et de la nuit. Les principes qui régissent le service public sont issus des lois de Rolland : principe de continuité, d'égalité, de neutralité et de mutabilité.

B) la permanence des soins.

La permanence des soins est une notion qui apparaît dès 1955¹⁰, elle figure à l'article R. 4127 - 77 du Code de la santé publique, il est dit qu'*il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent*. Le cadre réglementaire dans lequel s'exerce la (PDS) est particulier, puisque celle-ci s'établit sur la base de la volonté et du consentement personnel.

La (PDS) ambulatoire a été définie en 2003 au décours des grèves de garde des médecins généralistes libéraux de 2001-2002 à partir des travaux de la commission confiée au sénateur Descours. Des aménagements réglementaires et législatifs ont été réalisés en 2005 et 2006. La PDS ambulatoire revêt le caractère d'une mission de service public assurée par des médecins libéraux sur la base du volontariat, durant les heures de fermeture des cabinets médicaux soit de 20h à 8h en semaine et du samedi 12 h au lundi 8h. Cette PDS est organisée au niveau départemental sous l'autorité du préfet, après avis du comité départemental d'aide médicale urgente et de permanence des soins (CODAMUPS), sous la forme de secteurs géographiques dans lesquels il existe un médecin d'astreinte.

Son accès est régulé préalablement par le centre 15 ou une plate-forme de régulation libérale ayant passé convention et interconnectée avec le Centre 15. Une liste de médecins d'astreinte est établie et en l'absence de volontaire et après avis du conseil départemental de l'ordre, le préfet est en droit de procéder aux réquisitions nécessaires en cas de carence. Il apparaît à la lumière des définitions que ces deux notions sont contingentes l'une de l'autre, leur dimension ayant pour finalité l'accès au juste soin, qu'en est-il de la liberté d'installation des médecins ?

C) La liberté d'installation des médecins.

L'article L. 162-2 du Code de la Sécurité sociale reconnaît la liberté d'installation des médecins comme étant un principe déontologique fondamental, assuré « dans l'intérêt des assurés sociaux et de la Santé publique ». Ce principe a été consacré par plusieurs arrêts du Conseil d'Etat, en arguant du fait que l'autorité publique ne peut « procurer des soins médicaux aux habitants qui en sont privés » qu'en cas de carence ou d'insuffisance

¹⁰ Décret n° 55-1591 portant Code de déontologie médicale, JO du 6 décembre, art. 47.

de l'initiative privée¹¹. Compte tenu du contexte de pénurie des médecins dans certaines disciplines et zones géographiques, l'article 85 du Code de déontologie médicale autorise un médecin à exercer son activité professionnelle sur un ou plusieurs sites distincts de sa résidence professionnelle habituelle, lorsqu'il existe des carences en termes de permanence des soins et de continuité des soins.

Ainsi des mesures d'incitations dans le cadre de la loi sur l'Assurance maladie du 13 août 2004, permettent à la Caisse régionale d'assurance maladie de moduler sa participation aux cotisations sociales des praticiens en fonction du lieu d'installation ou d'exercice. L'existence de la permanence des soins est une nécessité fondée en droit impliquant les professionnels de santé, les établissements et les pouvoirs publics.

D) La notion de juste soin.

Les notions de continuité et de permanence évoquées plus haut visent à promouvoir le juste soin de façon à évoluer vers un droit universel à la santé. Les articles L.1110-1, L.1110-3 et L.1110-4 du Code de la santé publique consacrent ce droit inscrit dans la tradition des droits de l'homme¹². Ainsi le droit de la santé publique doit s'efforcer quant à lui de concilier sécurité et équité, il ne peut plus seulement prendre en compte la dimension thérapeutique, il doit investir le champ de la prévention, eu égard aux risques qui menacent la vie humaine dans nos sociétés modernes. C'est sur cette base que la continuité de l'accès au juste soin est une obligation des acteurs de santé, dont va découler un certain nombre de responsabilités quant à l'organisation de la permanence des soins.

1.2 Les acteurs emblématiques de la PDS.

Comme le rappelle un récent rapport conjoint de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)¹³ et de l'Inspection générale de l'administration (IGA), l'organisation traditionnelle de la PDS « *a volé en éclats voici quelques années pour des motifs qui tiennent à la fois à la démographie médicale, aux revendications du corps médical*

¹¹ CE 29 mars 1901, Casanova, Rec.CE, p.333. CE 20 nov. 1964, Ville de Nanterre, Rec. CE, p. 563.

¹² Pour l'OMS, la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain.

¹³ IGAS et IGA, respectivement rapport n° 2006 029 et n° 06-007-02, « Évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire », présenté par MM. Philippe Blanchard, Marc Dupont et Roland Ollivier, pour l'IGAS, et par Mme Catherine Ferrier et M. Xavier Prétot, pour l'IGA, mars 2006.

relatives aux conditions de travail ou encore aux modalités d'indemnisation du service de garde. Dans bien des départements, on a pu assister ainsi, au cours des années 2001-2002 notamment, à un véritable mouvement de refus du service des gardes (abusivement qualifié de « grève des gardes » ou de « grève des urgences »). Le mouvement s'est traduit, le cas échéant, par le refus, parfois ostentatoire, de déférer aux réquisitions individuelles prononcées par le préfet pour garantir la permanence des soins ».

L'exercice de la PDS fait naître un régime de responsabilité qui découle du droit à la santé, avec des acteurs ayant leur propre identité culturelle. Dès lors sur quelles bases les responsabilités diverses s'incrémentent-elles? Considérons les acteurs majeurs du système que sont : les médecins(A), le centre 15 (B), le préfet (C), le directeur d'établissement de santé (D), l'usager du système (E) et les associations de type SOS médecins France (F).

A) Les médecins.

C'est le statut du médecin qui détermine le régime des responsabilités qu'il engage sur le plan juridique dans les domaines assurantiel, civil, pénal et déontologique. En effet le médecin de garde doit être joignable, toute défaillance pouvant relever de la mise en danger délibérée d'autrui (article 223-1 du code pénal) ou de la responsabilité pénale par faute d'imprudence (articles 121-3, 221-6 et 221-19 du code pénal).

Sur le volet de la responsabilité civile puisqu'il s'agit d'une mission de service public¹⁴ le statut de collaborateur occasionnel du service public est intéressant, car il conjugue rémunération en honoraires et couverture assurancielle par le service public utilisateur. Mais il faut qu'il soit reconnu d'un point de vue juridique, et actuellement cela n'a été fait que par le biais de la jurisprudence.

Concernant l'omission de porter secours, ce devoir d'humanité est en effet également un délit pénal défini comme suit à l'article 223-6 alinéa 2 du code pénal : « *Sera puni des mêmes peines (5 ans d'emprisonnement et 76 225 € d'amende) quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui et pour les tiers, il pouvait lui porter soit par son action personnelle, soit en provoquant un secours.* »

¹⁴ Rapport Descours 2003

L'analyse de la jurisprudence¹⁵ permet de conclure que les poursuites engagées sur ce fondement ont principalement visé les médecins, toutes catégories confondues : médecins généralistes ou spécialistes, libéraux, salariés ou hospitaliers. Les médecins hospitaliers doivent d'ailleurs savoir que le refus de se déplacer constitue pour le praticien de garde une faute personnelle, détachable par sa nature même de la fonction qu'il occupe. Cette faute engage donc leur responsabilité personnelle¹⁶, et non celle de leur hôpital, et pourra être sanctionnée sur le plan pénal mais aussi civil.

B) Le centre 15.

Le service d'assistance médicale d'urgence (SAMU) départemental assure la gestion de tous les appels parvenant au Centre 15 depuis le 1^{er} juillet 2003. Les appels peuvent être urgents ou ressentis comme tel. Dans le département, et pour simplifier, le centre 15 assure la réponse à la permanence des soins (hors horaire d'ouverture des cabinets libéraux de ville). La réponse initiale est réalisée par un Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM) qui transmettra ensuite l'appel à un médecin régulateur (hospitalier ou libéral selon la nature de l'appel) seul habilité à prendre une décision médicale.

La régulation est une activité de service public assurée par une réponse au numéro unique 15 (pour tous les problèmes de santé). Un appel, de nature médical, adressé au numéro 18 (sapeurs pompiers) ou au numéro européen 112 sera retransmis (ou basculé)

¹⁵ **La non assistance à personne en péril** [art.223-5 à -7 du nouveau code pénal (NCP)]; S. Couly, « la non assistance à péril et les principaux acteurs hospitaliers », *Cahiers hosp.* 2000, n° 156, p. 26 ; Cass. crim. 28 sept. 1999, JCP 2000, 1266.

L'homicide involontaire et l'atteinte involontaire à l'intégrité physique (art 221-6 et -7 et 222-19 à -21 du NCP), C. pén ; art. 625-2.; Cass. crim. 29 juin 1999, *Juris-data* n° 003149, *Médecine et droit*, 1999, n° 39 ; Cass. crim. 29 juin 1999, *Juris-data* n° 003349, JCP 1999, p 1965, TGI Bobigny, 7 juill. 1999, *Gaz. Pal.* 22-23 mars 2000, p 41, note J. Bonneau.

¹⁶ **La responsabilité civile médicale** est basée sur la notion d'obligation de moyen, de faute prouvée et de contrat passé entre le patient et son médecin. Elle relevait initialement de la responsabilité délictuelle ou quasi délictuelle, et a été remplacée par une responsabilité contractuelle au terme de l'arrêt Mercier, datant de 1936. Le médecin hospitalier est protégé en cas de faute médicale par son statut d'agent du service public, malgré cette position privilégiée celui-ci peut être poursuivi à titre personnel pour une faute étrangère à la technique médicale et en rapport avec un comportement personnel fautif, c'est le cas de la **faute détachable du service**

Les principes légaux de responsabilité sont énoncés aux articles L. 1142-1 à L. 1142-3 du Code de la santé publique, (tels qu'issus de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, modifiée par les lois n° 2002-1577 du 30 déc. 2002 sur la responsabilité civile médicale, *JO* 31 déc.; p 22100, et n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de Santé publique, *JO* 11 aout, p. 14277).

pour régulation médicale vers le Centre 15. A ce titre, elle s'exerce dans le cadre législatif et réglementaire en vigueur, implique une continuité, impose une réponse à toute demande, suppose une égalité entre les appelants, une absence de discrimination à leur égard.

Conformément aux dispositions du décret n°90/839 du 21 septembre 1990, les permanenciers assurent la réception et l'orientation des appels parvenant au standard des services d'aide médicale urgente, sous la responsabilité des médecins régulateurs de ces services ainsi que l'enregistrement des appels reçus. La mission du PARM est centrée sur deux actions :

- identifier l'appelant et confirmer son adresse.
- évaluer le degré d'urgence (afin d'orienter l'appel vers le médecin régulateur libéral ou hospitalier).

Le PARM assure également la réponse aux demandes de renseignements de type administratif (pharmacie de garde, dentiste ...).

C) Le préfet.

L'organisation de la PDS relève de 2 décrets principaux et repose sur 5 grands principes.

1. Décret du 7 avril 2005 : précise l'organisation dans chaque département après avis du CODAMUPS, la régulation par le SAMU ou standards interconnectés. Il renforce la partie régulation et prévoit la réorganisation des secteurs de garde.

2. Décret du 22 décembre 2006 : prévoit une permanence étendue au samedi après-midi (12 h 24h) et aux ponts des jours fériés sous réserve de la réduction du nombre de secteurs de garde conformément à l'objectif défini nationalement.

La jurisprudence de la Cour de Cassation considère que : pour l'exercice des pouvoirs qu'il tient de l'article L. 2215-1 du code général des collectivités territoriales, dans sa rédaction applicable au litige, « *le préfet peut prendre toutes les mesures relatives au maintien de la salubrité, de la sûreté et de la tranquillité publique ; qu'il peut ainsi, en cas d'urgence, requérir tout médecin dans le but d'assurer ou de rétablir la continuité des soins ambulatoires interrompue par des mouvements de refus concertés et répétés des médecins libéraux d'assurer les gardes de nuits et de fins de semaines.* »

On constate l'étendue de la compétence du juge administratif concernant les réquisitions préfectorales d'un médecin, ainsi la Cour de Cassation précise que le contentieux de

l'indemnisation des dommages subis par un médecin relève de la juridiction administrative en raison de la mission incombant au préfet de "*prendre toutes mesures relatives au maintien de la salubrité, de la sûreté et de la tranquillité publique*". Ces mesures doivent tout naturellement être connues du juge administratif parce qu'elles se rapportent à l'utilisation des pouvoirs de police dont dispose le préfet en vertu de l'article L. 2215-1 du code général des collectivités territoriales.

D) Le Directeur de l'établissement public de santé.

En application des dispositions de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique conférant au directeur la mission d'assurer la conduite générale de l'établissement, il lui revient de veiller à ce que la continuité des soins soit assurée par la présence des personnels nécessaires. Il lui appartient, en outre, de s'assurer que les personnels de l'établissement accomplissent la totalité de leurs obligations statutaires de services.

Concernant l'organisation de la permanence des soins et le choix de l'une des modalités d'organisation prévues par la réglementation, il existe deux possibilités entre la permanence sur place ou l'astreinte¹⁷ (astreinte opérationnelle ou astreinte de sécurité); l'arrêté du 30/04/2004 relatif à la permanence des soins dans les établissements publics de santé confère au directeur le pouvoir d'arrêter ces modalités après avis de la commission médicale d'établissement, sur la base d'un projet préparé avec la commission de l'organisation de la permanence des soins après consultation des responsables des structures concernées. Il doit être tenu compte pour la définition de cette organisation de la nature et de l'intensité des activités ainsi que des moyens budgétaires dont dispose l'établissement.

Un tableau de service général est établi chaque année par le directeur d'établissement : il définit, en tenant compte des variations annuelles de l'activité pour chaque secteur, la durée de la période de jour et de nuit, dans le but d'instaurer une organisation prévisionnelle des activités et de déterminer le besoin de temps en présence médicale (effectifs nécessaires à l'activité par période ou demi-période). Chaque période de 24

¹⁷ Lorsque la permanence des soins s'organise sous la forme d'une astreinte à domicile, elle est assurée par les praticiens après leur service quotidien et donc au-delà de leurs obligations de service hebdomadaires. Conformément à la définition du temps de travail issue de la législation européenne (directive du Conseil 93/104/CE du 23/11/1993 telle qu'interprétée par la jurisprudence de la CJCE), les décrets statutaires ont prévu que seul le temps de soins accompli au cours de l'astreinte et dans l'enceinte de l'établissement de santé constituait du temps de travail effectif, compensé selon des modalités forfaitaires fixées par l'arrêté du 30/04/2003 modifié.

heures est divisée en deux périodes, l'une de nuit et l'autre de jour, dont la durée ne peut excéder 14 heures.

Par ailleurs, un tableau mensuel nominatif prévisionnel¹⁸ est établi par le directeur de l'établissement sur proposition du responsable de structure avant le 20 de chaque mois pour le mois suivant. Il mentionne pour l'ensemble des praticiens participant au service la présence de jour et de nuit, les activités d'intérêt général, les activités libérales, les astreintes les congés ainsi que les absences autorisées. Ce tableau prévisionnel, ajusté à la fin de chaque mois en fonction de la présence effective et des absences constatées de chacun, permet le versement de la rémunération et des différentes indemnités.

E) L'utilisateur du système PDS.

Lorsque l'on parle d'urgence, le discours est souvent confus du fait de l'extrême ambiguïté de cette notion d'urgence : vue par les patients, toute demande de soins rapide est qualifiée d'« urgence », alors que vue par les professionnels, une distinction est habituellement faite entre urgences « ressenties » et urgences « vitales » ou « fonctionnelles ». Dans le cadre de la demande de soins en urgence, c'est bien le point de vue du « patient-client » qu'il faut prendre en compte, l'urgence ne pouvant être qualifiée de « ressentie » qu'après prise en charge par un professionnel de santé.

¹⁸ Le tableau des gardes et astreintes ne peut être contestée par les médecins, dès lors qu'il ne porte pas atteinte à leurs prérogatives et leurs droits statutaires (CE, 5 déc. 2000, *Vankemmelc/Syndicat des professeurs hospitalo-universitaires*, Rec CE, p. 630).

Aujourd'hui, le patient (ou sa famille), devant un besoin de soins vécu comme urgent, a, en France, contrairement à d'autres pays européens, l'initiative de « choisir » dans une certaine mesure la réponse qu'il souhaite :

- Appel à son médecin traitant, ou au médecin généraliste assurant la permanence des soins
- Appel au Centre 15
- Appel, là où elle existe, à une structure ou association de médecins généralistes dédiée à l'urgence (type SOS médecins, par exemple)
- Venue spontanée dans un service d'urgences.

Ce choix préjuge de la capacité du patient à évaluer avec justesse le niveau de soins nécessaires : afin cependant de garantir la qualité de la prise en charge, les autorités sanitaires incitent fortement les différents partenaires de l'urgence et de la permanence des soins à s'organiser en réseau et à articuler entre eux services d'urgences, pré hospitaliers et hospitaliers, et permanence des soins (PDS). La lisibilité doit venir de la simplicité, en soi la multiplication des messages et des explications n'est pas forcément efficace; et quoi de plus simple que d'appeler le 15 en cas de problème de santé, et de venir vers un service d'urgence « identifié », quel que soit son niveau, dès que l'on a besoin d'une expertise médicale spécialisée et/ou d'un plateau technique performant, et cela 24 heures sur 24.

F) Les associations de type SOS médecins.

SOS médecins est le premier réseau d'urgence et de permanence des soins en France, il représente environ 4 millions d'appels traités, 2,5 millions d'interventions et couvre 80% de la présence libérale de permanence des soins en milieu urbain et périurbain. Ce type d'association permet de faire face au désengagement des médecins généralistes et de fait participe à la mission d'intérêt général de maintien d'une permanence des soins dans certains secteurs.

Section 2 - L'offre de soins est consubstantielle de la demande en santé.

Il convient de considérer tout d'abord les éléments conjoncturels agissant sur l'offre et la demande de soins (2.1). Par la suite envisager la régulation comme étant le cadre théorique de l'arbitrage entre l'offre et la demande (2.2), nous conduira à la planification de l'offre dans son volet PDS (2.3).

2.1 Les éléments conjoncturels agissant sur l'offre et la demande de soins.

Le vieillissement de la population aura des effets délétères sur la demande de soins (A), compte tenu d'une part de l'inégale répartition des professionnels de santé (B), et d'autre part des conséquences de la demande induite (C).

A) Les effets délétères sur la demande de soins.

Des études menées sur la période 1980-1991 montrent que les gains d'espérance de vie sont identiques aux gains d'espérance de vie sans incapacité : 2,5 ans en 10 ans. En revanche, l'espérance de vie sans maladie chronique n'a pas augmenté. La France est dans une phase avancée de l'évolution épidémiologique. Trois groupes de pathologies dominant aujourd'hui : les maladies cardiovasculaires, les cancers et les morts violentes. Les disparités spatiales et sociales sont importantes et se sont accrues au cours des dernières années : les comportements individuels tabagisme, alcoolisme, mauvaise alimentation, sédentarité se concentrent sur certaines zones et prédominent chez les catégories sociales plus défavorisées. L'offre de soins doit donc être adaptée aux besoins de santé spécifiques à chaque territoire.

Le vieillissement de la population aura pour conséquences l'augmentation des besoins de prise en charge de la dépendance et l'augmentation de la consommation médicale, sous l'effet de deux facteurs : un premier effet mécanique : les personnes âgées ont des besoins supérieurs à ceux du reste de la population et leur poids au sein de celle-ci s'accroît. Certaines spécialités seront plus sollicitées en raison de la prévalence de pathologies liées au vieillissement affections oculaires, maladies respiratoires, circulatoires et dégénératives notamment ; le second effet est un effet de génération : les générations futures de personnes âgées, ayant bénéficié toute leur vie d'un accès aux soins et aux progrès de la médecine sans restriction financière, auront une demande

supérieure à celle de leurs aînées. De plus, les demandes de prise en charge spécifique, dont des interventions de type médico-social, liées à l'augmentation du nombre de personnes très âgées atteintes de poly pathologies, augmenteront. Enfin, l'accent devra être mis sur la prévention, gage d'une plus grande égalité devant la santé : le développement de la plupart des pathologies à risque vital, notamment des maladies cardio-vasculaires et des cancers qui causent 50% des décès, est en effet fortement corrélé à des risques bien identifiés alcoolisme et tabac en particulier et à des comportements localisés défavorables à la santé.

B) Une répartition inégale des professionnels.

La fin des années 1990 a été marquée, après des décennies d'inquiétude sur le risque de pléthore médicale, par la prise de conscience d'un nouveau défi démographique : celui de pénuries localisées. La difficulté est moins celle de l'effectif global des professions de santé que celle des déséquilibres de sa répartition, géographique et par discipline.

En l'espace d'un siècle, le nombre de médecins est passé de 16 000 à 196 000. Cette progression a été particulièrement forte au cours des 30 dernières années avec un triplement des effectifs et une augmentation de la densité de médecins pour 100 000 habitants de 130 en 1970 à 335 en 2001¹⁹. Si la France n'a jamais eu autant de médecins qu'aujourd'hui, les disparités géographiques, conséquences de la liberté d'installation, sont importantes : Le sud et l'Île-de-France disposent d'une offre médicale abondante. Le nord, l'est, la Bretagne et les DOM-TOM sont moins bien pourvus. Entre régions, la densité de généralistes libéraux varie de 1 à 1,7, la densité de spécialistes de 1 à 2,5²⁰. La répartition de l'offre hospitalière planifiée tant publique que privée est plus équitable. Les disparités sont encore plus marquées à l'intérieur même de chaque région, entre villes et campagnes, centres et banlieues, zones d'activité économique. Les disparités existent également entre spécialités. La gynécologie obstétrique, l'anesthésie-réanimation

¹⁹ Eco-santé OCDE, 2006. Au plan international, la France est actuellement dans une position moyenne avec un ensemble de pays dont la densité est comprise entre 250 et 350 médecins pour 100 000 habitants, encadré par des pays à très faibles densités (Royaume-Uni - 175, Canada - 210) et des pays confrontés à un excédent de médecins (Espagne - 428, Italie - 578, dentistes inclus).

²⁰ Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2002. Hormis Paris, qui constitue une véritable exception (257 spécialistes pour 100 000 habitants, soit deux fois plus que sa densité de généralistes), les densités varient de 40 spécialistes pour 100 000 habitants en Haute-Saône à 160 dans les Alpes-Maritimes.

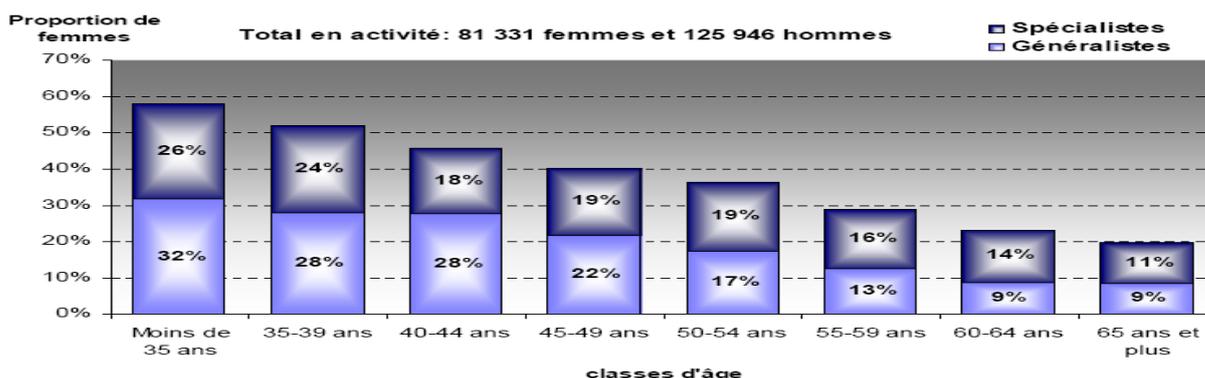
et l'ophtalmologie sont les plus menacées. Les spécialités qui enregistrent les plus fortes progressions depuis 10 ans sont la biologie médicale et celles liées à la cancérologie.

L'existence du secteur 2 et son inégale répartition, tant géographique que par spécialité, pose un problème plus spécifique d'égalité d'accès aux soins. Les médecins exerçant en secteur 2 représentent 24% des médecins libéraux, soit 15% des omnipraticiens et 38% des médecins spécialistes. La part du secteur 2 varie de 10% à 82% selon les spécialités. La répartition géographique est également très hétérogène, de 8% des médecins libéraux en Bretagne à 49% en Ile-de-France. A Paris, plus de 80% des gynécologues, des ophtalmologues et des dermatologues sont en secteur 2.

Le rapport BERLAND²¹ répartit les professions de santé en trois ensembles distincts, en fonction des perspectives démographiques les médecins, dont le nombre est voué à diminuer mécaniquement pendant au moins 10 ans compte tenu de la durée des études et de l'importance du stock par rapport au flux. Les études de la Direction de la recherche, des études de l'évaluation et des statistiques (DREES) projettent une diminution de la densité nationale de 335 à 305 pour 100 000 habitants en 2012. On assistera dans le même temps à une nette féminisation 45% de femmes en 2020.

Figure 1 : PROPORTION DE FEMMES

SELON L'ÂGE ET LA RÉPARTITION GÉNÉRALISTE/SPÉCIALISTE



Source : Kahn-Bensaude Irène, « la féminisation : une chance à saisir », décembre 2005

Et au vieillissement des médecins, avec un âge moyen qui atteindra 50 ans en 2011 dans les régions les mieux pourvues : Ile-de-France, PACA, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées. A l'inverse, le Nord-Pas-de-Calais, la Franche-Comté, la Picardie et le Limousin disposeraient jusqu'en 2020 d'effectifs supérieurs ou égaux à leurs effectifs actuels. Au sein de chaque région toutefois les écarts seraient appelés à se creuser.

C) Numerus clausus et demande induite.

1. les effets du numerus clausus

La théorie de la demande induite, selon laquelle une partie de la progression de la demande serait suscitée par celle de l'offre, a conduit à l'instauration dès 1971 d'un numerus clausus. Celui-ci limitait à 8 500 le nombre d'élèves admis en 2ème année de médecine alors qu'ils étaient plus de 13 000 en 1969. Ce dispositif visant à limiter le nombre de médecins a produit des résultats à la fin des années 1970. Les effectifs en 2ème année ont été abaissés progressivement jusqu'à 3 500 en 1993 avant d'être relevés : 4 700 en 2002, 5 100 en 2003. Ce dispositif de régulation de l'offre par l'accès à la formation initiale a été progressivement généralisé aux autres professions -chirurgiens-dentistes, pharmaciens ; quotas pour les sages-femmes et les professions paramédicales.

L'impact mécanique du numerus clausus et la durée de la formation de certaines professions -les choix en année N faisant ressentir leurs effets en année N+10- font de la régulation à l'entrée des études un dispositif contraignant aux effets difficiles à corriger à court terme. Il implique une analyse prospective fine des besoins de l'offre de soins. En vue de maîtriser les dépenses de santé, les politiques publiques se sont également attachées à reconvertir et réorienter les médecins prescripteurs et à inciter à la cessation d'activité par des dispositifs de préretraite, tel le MICA²². Mais ce dernier, qui a bénéficié à environ 9 000 médecins, s'est avéré au contraire particulièrement coûteux pour la collectivité et a produit un certain nombre d'effets pervers.

²¹ Professeur Yvon BERLAND, Rapport sur la démographie des professions de santé, 2002.

²² Le Mécanisme d'Incitation à la Cessation d'Activité (MICA) était un régime de préretraite destiné aux médecins libéraux conventionnés.

Le MICA a notamment conduit à la cessation d'activité des médecins dont les conditions d'exercice étaient les plus pénibles - praticiens exerçant en zone rurale ou à faibles revenus- mais dont l'activité était nécessaire au maillage du territoire. Une partie des difficultés rencontrées dans certaines spécialités médicales sont imputables à la déconnexion entre formation initiale et perspectives démographiques : le 3^{ème} cycle de spécialité n'offre aucun tronc commun de formation, l'exercice d'une discipline est exclusif et aucune passerelle n'est organisée entre les spécialités.

2. La demande induite

a)...en médecine libérale.

Le marché de la médecine libérale est supposé en situation de concurrence monopolistique, à savoir que la part de marché de chaque médecin dépend du ratio médecins/population R (densité médicale). Il existe un arbitrage travail loisir et le médecin a un pouvoir discrétionnaire concernant son utilité. L'émergence de la thèse de la demande induite par l'offre grève considérablement l'applicabilité et la validité des modèles de marché d'inspiration néo-classique par la remise en cause de l'hypothèse d'indépendance entre les fonctions d'offre et de demande. Certains économistes²³, ont élaborés des modèles qui tentent, d'une part d'expliquer la corrélation empirique à l'origine de la thèse de l'induction, et d'autre part de montrer que le pouvoir discrétionnaire du médecin, dont l'existence n'est pas remise en cause, est limité, non pas de façon endogène²⁴ par le comportement du médecin lui-même, mais de façon exogène par la contrainte du consommateur dont la souveraineté est alors retrouvée.

b)...dans l'établissement public de santé.

²³ BARDEY B., 2002 Développements récents de l'analyse économique : *demande induite et réglementation de médecins altruistes*, éditions Sciences politiques 314p.

L'auteur considère que les phénomènes de demande induite sont généralement assimilés à des comportements de risque moral des producteurs de soins, qu'ils relèvent d'un problème de manipulation de l'information, donc de sélection adverse. Le second apport de cet article est d'observer que l'internalisation de l'état de santé du patient dans l'objectif du médecin permet de confronter ce dernier à un schéma de rémunération incitatif, ce qui l'incite à révéler la pathologie de son patient. La cause originelle des phénomènes de demande induite étant le pouvoir discrétionnaire des médecins.

²⁴ Modèle de RG EVANS (1974), le coût psychologique lié à l'utilisation du pouvoir discrétionnaire par le médecin constitue une limite endogène à la création de la demande. L'éthique professionnelle se substitue à une logique individualiste.

La demande de soins hospitaliers est habituellement identifiée comme la demande formulée par les usagers de l'hôpital, en somme les patients. Lorsque le patient s'adresse à l'hôpital, il attend de la consommation de l'output hospitalier une amélioration de son état de santé qui doit se manifester entre l'instant de son admission et celui de sa sortie. Cette fonction emblématique conférée à l'établissement hospitalier crée in extenso une relation de confiance alors que subsiste une asymétrie d'information entre le patient et le médecin; l'usager pense alors que la prise en charge sera la meilleure possible parce que l'établissement dispose d'un plateau technique et notamment d'une structure d'imagerie. Le résultat de cette relation de prestige va fausser la demande de soins d'autant que celle-ci est largement dérivée d'une autre demande celle du corps médical, et l'introduction en 2004 du mécanisme de tarification à l'activité (T2A)²⁵ renforce cette tendance. Par ailleurs du fait de la pénurie dans certaines disciplines médicales, les hôpitaux ont de plus en plus recours à des « mercenaires », créant ici et là des situations limites en termes de rémunérations sanctionnées par la Cour de discipline budgétaire et financière²⁶.

L'efficacité de la permanence des soins peut se mesurer selon deux critères : d'une part, la capacité à répondre dans les meilleurs délais par des soins de qualité aux demandes non programmées des patients ; d'autre part la capacité à produire les services attendus en minimisant les coûts de production, qu'ils résultent directement du système (paiement compensatoires des médecins, références ou recours abusifs aux soins secondaires et encombrement des urgences...).

²⁵ Introduite par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la Sécurité sociale pour 2004, la tarification à l'activité s'applique désormais à toutes les activités de soins en MCO avec une mesure de forfaitisation pour les urgences sur la base du nombre de passage. C'est un système mixte qui repose d'une part sur une valorisation de l'activité et d'autre part sur une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

²⁶ **Cour de discipline budgétaire et financière**, 1er juillet 1991, CH Lorient

Faits : Difficultés de remplacement des médecins – le directeur accorde des rémunérations irrégulières à des médecins remplaçants (contrats) – La chambre régionale des comptes enjoint au comptable de reverser les sommes payées en trop – Délibération approuvant rétroactivement les décisions – Le directeur requiert le comptable.

Procédure : Réquisitoire du procureur de la République.

Arrêt : Ces rémunérations ne constituent pas des « avantages injustifiés ». « Préoccupation d'assurer la continuité et la qualité du service public hospitalier » or, ... « il n'a pu être démontré ... que le problème posé pouvait être résolu dans le respect des textes réglementaires ». Directeur relaxé : irrégularité formelle. Sorte de présomption de responsabilité de l'Etat.

2.2 La régulation fixe le cadre théorique de l'arbitrage entre l'offre et la demande de soins.

Nous avons évoqué la nature de l'offre de soins, envisageons ci après les conditions d'exercice de la régulation en cas d'afflux de patients aux urgences (A), puis considérons le lien entre permanence des soins et environnement social (B), entre permanence des soins et médecine ambulatoire (C), pour terminer par l'organisation de la PDS dans les établissements privés (D) et le lien entre psychiatrie et urgences (E).

A) L'afflux des patients aux urgences.

L'article L. 6112-2 du Code de la santé publique précise que les établissements qui assurent le service public hospitalier doivent garantir l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent. Ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services, ils doivent être en mesure de les accueillir de jour comme de nuit, éventuellement en urgence, ou d'assurer leur admission dans un autre établissement.

L'article L. 6112-2 du Code de la santé publique précise également que les établissements qui assurent le service public hospitalier dispensent aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs que requiert leur état et veillent à la continuité de ces soins, en s'assurant qu'à l'issue de leur admission ou de leur hébergement, tous les patients disposent des conditions d'existence nécessaires à la poursuite de leur traitement. Ils ne peuvent établir aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins.

La prise en charge des urgences dans les établissements hospitaliers constitue une des priorités de santé publique dans toutes les régions. Les agences régionales d'hospitalisation ont toutes élaboré un volet «urgence» dans leur schéma régional d'organisation des soins (SROS) de deuxième génération (1999-2004) et consacré des moyens importants à l'amélioration du fonctionnement de ces services. Le renforcement de la séniorisation des urgences a eu pour effet d'améliorer la qualité, la sécurité et l'organisation de la prise en charge aux urgences.

En dépit de l'amélioration de la prise en charge des patients, des difficultés subsistent :

- La médecine ambulatoire doit se réorganiser pour assurer la permanence des soins
- L'afflux continu des patients pose des problèmes d'organisation interne, notamment pour les lits d'aval

Le rapport issu des travaux des groupes de réflexion sur les urgences, constitué en mars 2001 dans le cadre des protocoles des 13 et 14 mars suite à la grève des urgentistes fait ressortir la confusion des usagers²⁷ quant aux soins non programmés ou soins ressentis comme urgents et soins urgents. La typologie des besoins qui en émerge est la suivante :

- Le besoin de soins immédiats, qui engage le pronostic vital et/ou fonctionnel et qui exige, quelque soit l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences et la mobilisation immédiate de moyens médicalisés lourds
- Le besoin de soins urgents, qui nécessitent la mobilisation immédiate d'un médecin ayant les compétences et les moyens d'intervenir
- Le besoin de consultations exprimées en urgence, qui requièrent dans un délai relativement rapide, mais non immédiat, la présence d'un médecin. Cette demande relève de la permanence des soins assurée par les médecins libéraux.

Le plan Urgence qui fait suite à la canicule de l'été 2003, préconise entre autres mesures d'organiser la permanence des soins en amont de l'hôpital pour désengorger les urgences hospitalières. Parmi les mesures phares : développement des maisons médicales, la mise en place d'une régulation unique (ou interconnectée) entre des généralistes et des urgentistes ou encore la consolidation des équipes des SAMU-SMUR.

B) PDS hospitalière et problématiques sociales.

Pour tous les patients en situation de précarité, la prise en charge hospitalière et post-hospitalière est plus difficile que pour les autres patients, du fait de difficultés de compréhension, de dialogue, et tout simplement de leur état de santé car, attendant d'être vraiment malades pour aller à l'hôpital, ils arrivent le plus souvent dans un état de santé très dégradé. En aval, un suivi sanitaire s'impose afin de s'assurer notamment de la prise du traitement prescrit.

L'hôpital doit non seulement soigner mais aussi participer à la réinsertion des exclus dans un réseau de soins de type médico-social, adapté aux caractéristiques de cette

²⁷ Rapport annuel de la Cour des Comptes publié en janvier 2007, traitant de la prise en charge des urgences et démontrant notamment un système d'orientation des patients déficients et un besoin impératif d'une information de la population.

population²⁸. Cela nécessite de mettre en place des partenariats appropriés. En conséquence, il est fréquemment constaté que les personnes les plus démunies entrent tardivement à l'hôpital, d'autant que quelques services hospitaliers refusent encore de les prendre en charge dans le cadre des soins programmés, et les réorientent vers la médecine de ville. Dans un contexte marqué par le renforcement des contrôles des activités de la médecine de ville, on s'expose à des risques de dérapages, en effet certains peuvent alors avoir la tentation de ne plus recevoir des personnes en situation de précarité dont la prise en charge nécessite souvent un temps plus long. En outre, l'existence du secteur 2 (honoraires libres) pour les médecins et le fait que dans certaines spécialités ou certaines zones géographiques seuls exercent des médecins en secteur 2, constituent une entrave à l'accès aux soins pour les populations qui ne bénéficieraient pas de la CMU complémentaire.

Il est parfois constaté que le médecin ou le spécialiste s'autorise à refuser de prendre des patients, s'il ne peut pas en temps et en qualité assurer leur prise en charge et s'il n'y a pas de risque vital. Autre exemple pouvant alimenter les craintes, quelques dentistes ont menacé en janvier 2005 de ne plus prendre en charge les bénéficiaires de la CMU, pour faire pression sur la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les pouvoirs publics au moment où s'ouvraient des négociations portant notamment sur les tarifs des soins dentaires. La grande pauvreté étant plutôt concentrée dans les zones urbaines, ce sont souvent les centres hospitaliers universitaires (CHU), dotés de plateaux techniques sophistiqués, qui remplissent cette mission d'accueil et de soins de premier secours aux plus démunis, alors que ceux-ci pourraient être pris en charge d'une façon plus adaptée dans les hôpitaux de proximité, voire dans des services clairement dédiés aux soins de proximité au sein de ces mêmes CHU.

²⁸ **Loi n°98-657 du 29 juillet 1998** d'orientation relative à la lutte contre les exclusions Des personnes confrontées au chômage, à la pauvreté et à la perte de leur logement connaissent aujourd'hui des difficultés pour accéder à notre système de soins. La loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions a réaffirmé les obligations de l'hôpital public dans ce domaine. Elles sont importantes, car l'hôpital est souvent considéré par les personnes très démunies comme le seul recours pour accéder aux soins. Des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ont été ainsi constituées dans les hôpitaux, afin de faciliter l'ouverture du dispositif ordinaire de soins à la population qui en demeure exclue.

C) Permanence des soins et médecine ambulatoire.

La permanence des soins en médecine ambulatoire a été réorganisée suite au groupe de travail animé par le sénateur honoraire Charles Descours, son organisation est définie par l'article R.6315-1 du Code de la santé publique, du décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins. L'arrêté du 12 décembre 2003 portant cahier des charges complète le dispositif.

Le découpage en secteur est un préalable indispensable, il fait l'objet d'un arrêté du préfet concerné. Cet arrêté est pris après consultation du conseil départemental de l'ordre des médecins et avis du CODAMUPS. Dans le cas où la sectorisation est interdépartementale, celle-ci fait l'objet d'un arrêté conjoint des préfets concernés. La permanence des soins est organisée en liaison, avec des établissements publics et privés (article R.6313-1 du CSP). Le tableau de garde établi pour une durée de trois mois, dix jours au moins avant sa mise en œuvre il doit être transmis au préfet. L'accès au médecin de permanence fait l'objet d'une régulation préalable organisée par le service d'aide médicale urgente (article R.6315-3 du CSP). Des médecins sont spécialement dédiés à cette mission de permanence des soins, ils sont appelés des « effecteurs », l'article R 734 du CSP stipule que c'est à la demande du médecin chargé de la régulation médicale ou du Centre d'appel de l'Association de Permanence des Soins que le médecin effecteur de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou une visite.

La mission régionale en santé (MRS) prépare ses propositions relatives à l'organisation du dispositif de permanence des soins compte tenu de l'état de l'offre de soins et d'une évaluation des besoins de la population dans la région, ce qui suppose de tenir compte du gradient nord-sud concernant les facteurs épidémiologiques.

D) La permanence des soins dans les établissements privés.

1. Contexte.

La mise en place de la permanence des soins en établissements privés date de plus de 10 ans. Elle remonte en effet au décret du 9 mai 1995 qui crée les différents services d'urgence : SAU, POSU et UPATOU, inscrits au SROS. Ce décret définit également les normes concernant les locaux, les médecins, le personnel, l'ouverture 24 heures sur 24. Enfin il précise l'obligation de disponibilité des médecins spécialistes de l'établissement. La montée en puissance s'est faite ensuite progressivement et la circulaire du 7 avril 2003 a montré que le secteur privé jouait un rôle important puisqu'il assurait à lui seul 15 % des urgences hospitalières.

Les accords d'août 2004 ont permis pour la première fois la rémunération de certains praticiens libéraux participant aux urgences. Après 10 ans de fonctionnement, un nouveau décret n°2006-576 du 22 mai 2006 regroupe les différents services de l'urgence sous une appellation unique : Structure d'Urgence (SU). Il introduit la notion de seuil d'activité et impose de nouvelles contraintes : registre informatisé des entrées, fiches d'événements indésirables.

2. Le praticien.

Il est évidemment l'acteur essentiel du système, qu'il s'agisse de la garde sur place ou de l'astreinte au domicile. Les gardes sur place sont reconnues pour les réanimateurs dans les réanimations autorisées, les cardiologues dans les unités de soins intensifs de cardiologie (USIC), les gynécologues dans les maternités de plus de 1 500 accouchements. Les astreintes sont reconnues, en règle générale, pour deux chirurgiens et un anesthésiste par service d'urgence. Parfois trois, voire exceptionnellement quatre chirurgiens, sont éligibles. Pour participer à la PDS dans son établissement le médecin doit adhérer à un réseau qui signe un contrat par l'intermédiaire du responsable du réseau (en général le président de la Commission médicale d'établissement) avec l'URCAM.

Ce contrat détermine notamment le nombre et la spécialité des médecins concernés. Le réseau adresse à la CPAM du département de l'établissement (ou à l'URCAM, selon les régions) la liste des astreintes réalisées le mois précédent. Chaque médecin destinataire du paiement des astreintes doit obligatoirement pour sa part adresser chaque mois à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) un tableau récapitulatif des astreintes et des gardes réalisées signé par le président de la CME et le directeur de l'établissement.

E) Psychiatrie et urgences.

En référence à la circulaire N° 195 /DHOS/O1/2003/ du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des Urgences, en ce qui concerne la santé mentale les urgences sont souvent la première occasion de rencontrer un professionnel du soin et plus particulièrement de la psychiatrie. Ce premier contact, qui peut constituer une porte d'entrée sur la filière de soins psychiatriques, est déterminant pour l'inscription dans la démarche de soins et leur continuité. Cependant, les urgences ne doivent constituer qu'un recours ultime au sein d'un dispositif global et gradué de prise en charge de l'urgence et de la crise, mobilisant en amont et en aval des urgences hospitalières, toutes les réponses ambulatoires et les ressources de prévention et de détection des troubles. En amont du dispositif des urgences hospitalières, il convient de porter l'accent sur la prévention des situations d'urgence et de crise et le développement des réponses dans la communauté. Il s'agit de

renforcer le travail en réseau et de liaison dans le secteur sanitaire mais également dans les secteurs social et médico-social, et d'améliorer la réponse des équipes de secteur aux demandes de soins non programmées en ambulatoire dans des délais rapides (dans les centres médicopsychologiques mais le cas échéant aussi dans le cadre d'interventions à domicile).

Les urgences hospitalières comportent une fonction d'accueil et d'orientation par des équipes de psychiatrie dans des locaux adaptés, garantissant la confidentialité et la sécurité dans les services des urgences une fonction de prise en charge de très courte durée dans des lits individualisés au sein ou à proximité immédiate des urgences (pour les suicidants par exemple). Dans les établissements de santé dotés d'un SAU présentant un volume d'activité important, un centre d'accueil et de crise intersectoriel de 72 heures peut contribuer à évaluer et à traiter la situation médicale, psychologique et sociale des personnes en crise. Elle implique le développement d'un travail en réseau incluant l'ensemble des acteurs de la prise en charge en santé mentale (secteur psychiatrique, établissements de santé privés, médecins généralistes et psychiatres libéraux, services sociaux et médico sociaux). En vertu du décret 2006-577 du 22 mai 2006 « relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence », lorsque l'analyse de l'activité d'une structure des urgences fait apparaître un nombre important de passages de patients nécessitant des soins psychiatriques, la structure comprend en permanence un psychiatre. Lorsque ce psychiatre n'appartient pas à l'équipe de la structure des urgences, il intervient dans le cadre d'une convention passée entre établissements. La permanence psychiatrique peut être assumée par un infirmier psychiatrique ou à défaut par un infirmier ayant acquis une expérience professionnelle dans une structure de psychiatrie.

2.3 La planification de l'offre de soins dans son volet PDS.

Pour renforcer l'articulation entre le dispositif de permanence des soins de ville et l'organisation hospitalière de l'aide médicale urgente, il semblait utile que la PDS constitue un volet des SROS. (Arrêté du 27 avril 2004). De même, l'annexe à la circulaire du 16 avril 2003 présentant les « Principes d'organisation des urgences et de la permanence des soins », indique que des projets médicaux de territoire seront élaborés en déclinaison du SROS et permettront notamment de mettre en œuvre des coopérations pour la PDS. Pour aborder la planification de la PDS, il faut se référer à deux lois fondamentales (A) : celle du 9 août 2004 « relative à la politique de santé publique et celle du 13 août 2004 « relative à l'assurance maladie. Le pilotage du système serait confié aux futures Agences régionales de santé (B).

A) Deux lois édifiantes qui invitent à une planification régionale de l'offre de soins dans son volet PDS.

1. La loi du 9 août 2004...

« *Relative à la politique de santé publique* » affirme la responsabilité de l'Etat quant à la détermination des objectifs de santé publique pluriannuels de la Nation, la conception des plans, des actions et des programmes de santé mis en œuvre pour les atteindre et l'évaluation de cette politique. Cette même loi fait du niveau régional le niveau d'animation en santé publique au travers de l'élaboration du « plan régional de santé publique » (PRSP), dont la mise en œuvre sera confiée au Groupement Régional de Santé Publique (GRSP) présidé par le Préfet et qui doit rassembler l'Etat, l'Institut de veille sanitaire (InVS), l'Institut de prévention et d'éducation en santé (l'INPES), l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM), la Caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) et les collectivités territoriales qui souhaitent y participer.

2) La loi du 13 août 2004...

« *Relative à l'assurance maladie* » prévoit la constitution d'une mission régionale de santé entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie, chargée d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Cette loi prévoit également des expérimentations pour la création des agences régionales de santé, à partir de l'expérience de fonctionnement des missions régionales de santé. En matière de permanence des soins, le Préfet de département restera garant de l'organisation départementale en s'appuyant sur le CODAMUPS, dans le cadre régional découlant de la loi.

B) Le nouveau périmètre de l'Agence Régionale de Santé.

Le rapport du Docteur Grall précise que « trouver un médecin devient un sujet de préoccupation largement répandu pour la population », faisant écho en cela à de nombreux secteurs de garde non couverts. De même, jugeant inefficace le partage des tâches entre les préfets et la direction départementale de l'action sanitaire et sociale (DDASS), d'une part (qui gèrent la PDS sans disposer du levier financier), et l'assurance-maladie, d'autre part (qui paie sans avoir de responsabilité opérationnelle), Jean-Yves Grall propose de mettre en place un pilotage entièrement confié aux futures agences régionales de santé (ARS). En attendant la mise en place effective des ARS, les missions régionales de santé [MRS, constituées par les ARH - agences régionales de

l'hospitalisation - et les URCAM (union régionale des caisses d'assurance-maladie)] piloteraient le système.

Les dépenses de permanence des soins ne cessent de croître et ont atteint hors transports un coût total en 2006 de 370 millions d'euros. Le rapport estime nécessaire de sortir le financement actuel de la permanence des soins du dispositif conventionnel. Il suggère un paiement forfaitaire selon la mission effectuée, ainsi que l'attribution d'une enveloppe de l'ordre de 400 millions d'euros hors transports répartie entre les régions selon le niveau de population, et définitivement arrêtée, sauf variations au sein de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM).

Malgré cette volonté affichée d'aller plus loin dans le processus de décentralisation de l'offre de soins, les Agences régionales de santé n'ont toujours pas vu le jour. Le dispositif PDS ne répond pas toujours de manière efficace aux demandes de la population, toutefois des réponses institutionnelles et locales existent, ces développements feront l'objet de notre deuxième partie.

(Partie 2)

LES REPONSES INSTITUTIONNELLES ET LOCALES A LA DEMANDE DE SOINS NON PROGRAMMÉS

Le problème de prise en charge des urgences médicales en France est un problème de cloisonnement. Un véritable effort de mutualisation des moyens et des objectifs est donc nécessaire. Il doit concerner à la fois la régulation médicale, la médecine ambulatoire, l'aide médicale d'urgence (AMU), les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) et les associations de médecins telles que «SOS médecins». Les pouvoirs publics invitent les acteurs de santé à coopérer (section 1), pour comprendre cette logique de coopération nous avons considéré l'exemple de l'hôpital de Fougères (section 2).

Section 1- Les incitations à la coopération des acteurs de santé : une volonté affichée par les pouvoirs publics.

Afin d'enrichir notre propos, nous envisagerons les actions de coopération (1.1) d'une part et d'autre part les mesures d'incitation au regroupement des professionnels de santé (1.2)

1.1. Les actions de coopérations.

Compte tenu de l'importance de la mission PDS, il s'avère nécessaire de coordonner les actions des différents opérateurs, notamment au travers de la coopération ville hôpital (A). Les pouvoirs publics incitent au regroupement des professionnels grâce aux maisons médicales de gardes (B).

A) La coopération ville hôpital.

Le dispositif de permanence des soins repose sur une action coordonnée et collective des différents acteurs sanitaires présents sur un territoire donné. Il demeure essentiel d'assurer une complémentarité optimale entre deux champs d'intervention distincts :

- La permanence des soins ambulatoires qui demeure la réponse de la médecine de ville par des moyens structurés, adaptés et régulés aux demandes de soins non programmés exprimées par les patients en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux : la garde ambulatoire prend en charge les soins de premier niveau.

➤ L'aide médicale urgente qui porte aux malades, blessés et parturientes l'assurance de bénéficier, en quelque endroit du territoire défini, des soins d'urgence appropriés à leur état : les moyens hospitaliers assurent l'urgence des soins.

L'organisation régionale du système de permanence des soins répond à plusieurs enjeux de gestion :

➤ Qualité optimale de la prise en charge des besoins non programmés (accessibilité, délais d'intervention, gradation et adéquation des moyens mobilisés),

➤ Lisibilité du dispositif général,

➤ Prise en compte des contraintes de démographie des professionnels de santé.

Au plan de la lisibilité du dispositif, l'interconnexion des plateformes de régulation doit permettre de faire fonctionner de façon complémentaire et cohérente les différentes régulations, mais il peut être envisagé de mutualiser encore davantage les moyens consacrés à la régulation par les SAMU, les SDIS et les libéraux.

Il existe des numéros d'appels différents, et le patient ne s'y retrouve pas toujours. Face à l'illisibilité du dispositif pour les usagers, les maisons médicales de gardes constituent une approche de la coordination intéressante.

B) Les maisons médicales de garde (MMG).

Elles constituent en France une nouvelle modalité d'organisation de la permanence des soins. En novembre 2001, les médecins généralistes ont débuté une grève des gardes de nuit et de week-end remettant en cause l'obligation d'assurer la permanence des soins telle qu'elle était énoncée dans l'article 77 du code de déontologie médicale. Afin d'améliorer leurs conditions de travail, les médecins libéraux ont ressenti le besoin de se regrouper et les MMG ont commencé à se développer. Les MMG constituent un dispositif d'offre de soins ambulatoires dont la mission première est d'assurer la continuité des soins en organisant les conditions de garde des médecins de ville. Elles conjuguent prise de gardes, travail en équipe, diminution du sentiment d'insécurité pour les médecins, diminution des délais d'attente et efficacité pour les patients.

Après une phase expérimentale de plusieurs années, le développement des MMG est soutenu par le gouvernement et par les différents syndicats de médecins libéraux. Le rapport Descours réalisé à la suite de la grève des médecins généralistes de novembre 2001, a préconisé le principe du volontariat pour les tours de garde, la réécriture de l'article 77 du Code de déontologie médicale et a encouragé la création de MMG.

Ce rapport a été suivi par trois textes réglementaires : la circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences qui rappelle l'importance d'articuler la permanence de soins de ville et les services d'urgence et qui encourage explicitement les MMG, le décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 qui définit les principes de la permanence des soins et instaure le principe du volontariat pour la prise de garde et le décret n° 2003-881 qui modifie l'article 77 du Code de déontologie médicale. Les MMG sont financées par le FAQSV²⁹ (fonds d'aide à la qualité des soins de ville).

Le rapport IGAS paru en 2006³⁰ a préconisé la fusion du FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville) et de la DRDR³¹ (Dotation Régionale de Développement des Réseaux), de plus l'article 94 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2007 a confirmé la mise en œuvre d'un nouveau fonds, appelé FIQCS (Fonds d'Intervention de la Qualité et de la Coordination des Soins) et géré par les Missions Régionales de Santé (MRS).

Il permet le financement des réseaux de santé³², mais aussi des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville, des actions ou des structures contribuant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde, des actions ou des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation des professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire, des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire

²⁹ Instauré par la loi de financement de la sécurité sociale en 1999, le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (F.A.Q.S.V.) est destiné à soutenir financièrement les actions d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins menées par des professionnels de santé libéraux.

³⁰ IGAS et IGA, respectivement rapport n° 2006 029 et n° 06-007-02, « Évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire », présenté par MM. Philippe Blanchard, Marc Dupont

et Roland Ollivier, pour l'IGAS, et par Mme Catherine Ferrier et M. Xavier Prétot, pour l'IGA, mars 2006.

³¹ Créée en 2002 au sein de l'O.N.D.A.M (Objectif national de Dépenses de l'Assurance Maladie), la D.R.D.R. (Dotation Régionale de Développement des Réseaux) a vocation à financer des réseaux de santé, dont la définition est donnée par l'article L 6321-1 du Code de la Santé Publique. *«Les réseaux de santé issus de la loi du 4 mars 2002 «relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé» ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique»*

et regroupé des professionnels de santé, et la mise en œuvre du Dossier Médical Personnel .

1.2 L'incitation au regroupement des professionnels de santé.

Eu égard à la désertification médicale et au vieillissement de la population les pouvoirs publics facilitent le regroupement (A). Par ailleurs de nouveaux concepts sont en expérimentation tel que la maison de santé (B) ; afin d'aller plus loin dans une répartition plus équitable de l'offre de soins, des incitations à l'installation des médecins sont promues (C). En dépit de tous ses efforts le dispositif PDS manque de lisibilité pour les patients (D).

A) Une volonté facilitée par les pouvoirs publics.

Depuis 2004, les pouvoirs publics facilitent, sur le plan législatif et réglementaire, l'exercice regroupé en levant les obstacles juridiques ou déontologiques susceptibles d'en freiner le développement.

Cette démarche emprunte la voie d'un aménagement des règles d'exercice professionnel. Ce sont d'abord les règles déontologiques relatives à l'exercice en cabinet secondaire qui ont été assouplies. Il s'agit de permettre à un médecin d'exercer à titre prioritaire dans un cabinet situé en ville, tout en assurant des consultations, à temps partiel, dans un cabinet secondaire implanté dans une zone sous-médicalisée. L'objectif est bien entendu de faciliter l'accès aux soins et d'améliorer la prise en charge des patients, notamment dans les zones mal dotées. Ce mode de fonctionnement permet aux praticiens de se rapprocher des patients, par exemple en consultant au sein du cabinet d'un confrère ou d'une maison de santé. Il constitue un aménagement utile des règles d'exercice professionnel.

Dans le même esprit, un statut de collaborateur libéral a été créé depuis 2005. Cette innovation doit permettre aux jeunes médecins d'entamer leur carrière professionnelle en collaborant avec des confrères déjà installés évitant ainsi la contrainte des remplacements successifs ou les risques d'une installation en cabinet isolé. Le médecin collaborateur n'est pas un remplaçant, il n'exerce pas en lieu et place d'un médecin dont il suit la clientèle, mais auprès d'un médecin ; il peut dans ce cadre constituer sa propre clientèle. Ce dispositif vient compléter la démarche entreprise en faveur de l'exercice en groupe. Cette démarche s'appuie sur les partenaires conventionnels et comporte une forte dimension régionale.

Les partenaires conventionnels sont également chargés de développer une politique tarifaire incitative en faveur des médecins exerçant en groupe. L'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit la possibilité de mettre en œuvre une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction du niveau d'activité et des modalités d'exercice. L'avenant 20 à la convention régissant les rapports entre les médecins et l'assurance maladie, conclu en février 2007, prévoit ainsi que les honoraires des médecins exerçant dans des cabinets de groupe implantés dans ces zones pourront être majorés de 20 %. Cette aide est réservée aux médecins généralistes libéraux conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables. Elle doit les inciter soit à s'installer en cabinet de groupe ou en maison médicale pluridisciplinaire, soit à recourir à des remplacements dans ces structures.

B) Le concept de maison de santé.

Une maison de santé, nouveau concept est née de l'aspiration de professionnels à rompre avec un exercice isolé et à regrouper dans un même lieu plusieurs professions médicales. Le plus souvent, ces regroupements surviennent lorsqu'un médecin cesse son activité sans être remplacé et que les praticiens encore en place doivent pallier cette réduction de l'offre médicale. En effet, une telle structure permet de créer des synergies lorsque la couverture médicale de la zone se fragilise. L'ambition étant de développer une pratique médicale plus collective et mieux organisée qui, par certains côtés, rappelle le travail en équipe que les médecins ont pratiqué lors de leur formation.

Le noyau dur d'une maison de santé est généralement constitué d'un ou plusieurs médecins généralistes et infirmiers exerçant à temps plein. D'autres professionnels de santé interviennent à temps partiel : médecins spécialistes, dentistes, masseurs-kinésithérapeutes, diététiciens et, le cas échéant, des psychologues et des ergothérapeutes. Cette coopération permet de mettre à la disposition de la population une offre de soins complète.

Démarche innovante, ces structures accueillent en leur sein des acteurs sociaux. Cette collaboration est organisée dans le cadre d'un partenariat avec les collectivités territoriales (communes et conseils généraux), suivant qu'il s'agit d'assistantes sociales,

d'un service de portage des repas et d'aide à domicile ou d'un centre local d'information et de coordination (CLIC)³³.

1. Les aides apportées par les caisses et les pouvoirs locaux.

Les caisses d'assurance maladie peuvent apporter une aide financière aux maisons de santé *via* leurs unions régionales (URCAM). Dans certaines régions, une politique très structurée de soutien à la création de maisons de santé a été mise en œuvre.

2. Les soutiens financiers.

Outre les aides conventionnelles versées sous forme de majoration d'honoraires, les caisses d'assurance maladie disposent d'un levier pour aider à l'installation, puis au fonctionnement des maisons de santé grâce au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville (FIQCS) dont la vocation est de participer au financement d'expérimentations dans le domaine des soins de ville.

La Caisse nationale d'assurance maladie a diffusé auprès de son réseau un cahier des charges qui peut constituer un outil d'aide à la décision dans l'instruction des demandes d'appui financier adressées par les promoteurs de maisons de santé. Pour en bénéficier, le projet doit remplir à des critères relatifs à sa zone d'implantation, son fonctionnement, son programme. Le plus souvent, la maison de santé pluridisciplinaire doit s'implanter dans une zone déficitaire en offre de soins.

L'instruction du dossier doit être l'occasion de vérifier la réalité des besoins sur le secteur considéré, la cohérence du dossier avec les projets d'aménagement du territoire et la capacité des promoteurs à obtenir l'adhésion d'un nombre significatif de professionnels exerçant sur la zone. Le projet doit comporter des engagements collectifs portant : sur la participation de la maison de santé à la permanence des soins, sur l'organisation de la continuité des soins, sur le respect des dispositions conventionnelles et réglementaires

³³ CLIC- Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à l'APA (article 1), codifiée à l'article L.232-13 du code de l'action sociale et des familles, - Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale (article 15), codifiée à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles. Lieu d'accueil de proximité et d'écoute des personnes âgées et de leur entourage. Guichet d'entrée unique quelle que soit la nature de la ou des demandes, il assure la mise à disposition gratuite d'une documentation relative à l'ensemble du dispositif d'aides existant (aide ménagère à domicile, garde à domicile, accueil de jour, accueil temporaire, services d'urgence, portage de repas, adaptation du logement, aides techniques, fiscalité, mesures de protection juridique, animation, loisirs...).

relatives aux tarifs des séances de soins, et sur la participation à des actions de santé publique locales. Le fonctionnement de cette structure doit être coordonné avec l'offre de soins existante, centre hospitalier, hôpital local, médecins spécialistes, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ainsi qu'avec les services d'urgence. Dans ce contexte, l'appui de l'assurance maladie peut concerner l'aide à la conception du projet, une participation aux équipements (informatique, aménagements de locaux destinés à l'organisation de réunions ou à l'accueil de stagiaires), une aide au démarrage pour les frais de fonctionnement en lien direct avec l'exercice pluridisciplinaire. Compte tenu de la mission du FIQCS, cette aide est limitée dans le temps et dégressive. Les collectivités territoriales apportent également leur soutien à ces projets de maisons de santé.

C) Les incitations à l'installation pour les médecins.

Ces dispositifs trouvent leurs fondements dans la Loi relative à l'Assurance Maladie (2004), la Convention signée en 2005 entre l'Assurance Maladie et les Médecins Libéraux et les Lois de Financement de la Sécurité Sociale. Les modalités de mise en œuvre des dispositifs d'aides à l'installation prévus sont précisées par décret d'application ou par avenants à la Convention après négociations entre les partenaires conventionnels.

Dans les zones déficitaires en offre de soins définis par la MRS :

- Indemnités de logement et de déplacement pour les étudiants de 3^{ème} cycle de médecine générale en stage dans les zones déficitaires.
- Indemnités d'études et de projet professionnel pour les titulaires du concours en médecine, inscrits en faculté de médecine ou en chirurgie dentaire.

Aides au remplacement

- Pour un cabinet éloigné de plus de vingt minutes d'un service d'urgence, 300 €/jour de remplacement dans la limite de 10 jours par an pour les zones rurales.
- Dans les zones franches urbaines 300 €/jour de remplacement dans la limite de 18 jours maximum par an avec en sus 240 € pour la vacation d'une ½ journée de prévention et éducation à la santé, ou de coordination médico-sociale dans la limite de 12 jours par an.

Exonérations des cotisations patronales

- Pour l'embauche d'un salarié en zone de revitalisation rurale, exonération d'une partie des cotisations patronales.
- Aide aux chômeurs créateurs d'entreprise (ACCRE), exonération d'une partie des cotisations sociales personnelles.

Les collectivités territoriales peuvent prendre en charge :

- Pour tout ou partie les frais d'investissement ou de fonctionnement liés à l'activité de soins ;
- Mettre à disposition des locaux
- Mettre disposition un logement
- Verser une prime d'installation
- Verser une prime d'exercice forfaitaire pour les professionnels exerçant à titre libéral.

Une convention est obligatoirement conclue entre le professionnel de santé (ou l'organisme gestionnaire du centre de santé), la collectivité territoriale concernée et l'Union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM).

Le projet de convention doit être soumis pour avis à la Mission régionale de santé (MRS), qui se prononce sur la cohérence entre les aides envisagées et celles déjà accordées, le cas échéant, par les organismes d'assurance maladie.

D) L'information du patient.

Compte tenu du caractère d'intérêt général de la PDS et des droits issus de la loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et la qualité du système de santé », l'information sur le dispositif doit être particulièrement accessible au patient pour éviter par des dysfonctionnements d'engorger les urgences, l'évolution des besoins de la population rend indispensable la production d'un outil dédié à l'information sur les métiers de l'urgence et de la permanence des soins.

A ce titre le rapport du professeur Coriat de juin 2008³⁴ préconise un certain nombre de solutions, entre autres celle liée à la création d'un Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des soins, cet objectif de cohérence du dispositif avait déjà été largement souligné par le rapport Grall³⁵ sorti en août 2007, malgré tout bien des passages aux urgences relèvent de la permanence des soins ambulatoire.

Afin de garantir la pérennité du système et de responsabiliser la population, une information précise et lisible doit être délivrée : une communication au niveau national sur le bon usage du 15 s'avère nécessaire, en sus des adaptations régionales ou départementales. Selon les conclusions du rapport Grall, il faut définir une évaluation périodique de l'efficacité du dispositif au moyen de la tenue et analyse systématique de fiches de dysfonctionnements.

Section 2 - Une adaptation de l'offre suivant des logiques territoriales : l'exemple de l'hôpital de Fougères.

L'Assurance Maladie garantit la continuité des gardes médicales par des financements particuliers. Telle est l'une des vocations du FAQSV (Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville). Ce fond permet d'assurer le financement de dispositifs innovants dans le cadre de la permanence des soins sur la région Bretagne. Afin d'illustrer notre propos, nous considérons dans un premier temps la mise en œuvre de la PDS à l'hôpital de Fougères (2.1), ensuite nous envisagerons les axes de coopérations et les enjeux du territoire fougérais (2.2), pour terminer par les perspectives de partenariat en vue d'une réorganisation de l'offre de permanence des soins (2.3).

2.1 La PDS mise en œuvre à l'hôpital de Fougères.

La permanence des soins répond à une logique territoriale tant du point de vue de la demande que de celui de l'offre médicale, la concurrence exacerbée entre les différentes structures de santé induit un comportement rationnel des acteurs. Cette affirmation se

³⁴ Rapport du Professeur CORIAT Mai 2008 « Propositions sur la composition, les missions et le champ d'action du Conseil National de l'Urgence et de la Permanence des Soins ».

³⁵ Rapport du Docteur Jean-Yves GRALL sorti en août 2007- Conseiller Général des Etablissements de Santé critique l'état actuel de la PDS, qualifié de dispositif inefficace

démontre aisément sur le territoire fougerais, cette adaptabilité est le fruit de l'histoire (A), l'exemple probant : c'est la maison médicale de garde au travers de son fonctionnement (B).

A) Une adaptabilité provoquée par l'histoire.

1. Contexte historique.

L'organisation de l'offre de soins fougeraise se répartissait entre l'hôpital public³⁶ et la clinique chirurgicale privée. Depuis l'année 2004 s'est opérée une fusion entre la clinique Saint Germain (ancienne clinique Saint Joseph) et le centre hospitalier, le bassin de population pris en charge est de 100.000 habitants. Dans les années 1990 la situation financière dégradée de l'établissement avec les risques inhérents à une possible fermeture, a généré un plan de redressement couronné de succès. Il s'en est suivi une refondation sociale dynamique initiée par l'actuel directeur qui trouve son épilogue dans la réalisation d'une restructuration immobilière en lien avec hôpital 2007, l'objectif final étant de regrouper l'offre de soins publique privée sur un même site.

La fusion entre la clinique et l'hôpital a permis d'insérer au sein de l'hôpital public une structure de fonctionnement privé de type clinique ouverte Le but de ces structures étant de permettre à des patients dont l'état de santé nécessite une hospitalisation de faire appel aux praticiens libéraux de leur choix tout en restant au sein de l'hôpital public (L.6146-10 CSP). Les conditions de création sont détaillées aux articles R.714-29 à 714-41 du présent code.

L'ouverture est subordonnée à la compatibilité avec le SROS, au maintien d'une priorité pour l'accueil des patients de l'hôpital public et à l'évaluation périodique de la structure. Par ailleurs, le Code prévoit que la capacité en lits et places de la clinique ouverte ne peut excéder le tiers de celle de l'établissement. L'exercice restant libéral, les médecins perçoivent des honoraires, recouverts par l'intermédiaire de l'administration hospitalière. En contrepartie de la mise à disposition de lits, places, équipements, personnel, une redevance est prélevée par l'hôpital. Les médecins engagent leur responsabilité dans les conditions du droit privé, l'hôpital n'étant responsable qu'en cas de mauvais fonctionnement du service public.

³⁶ Voir chiffres de l'activité en 2007 annexe (figure 3)

2. Conditions de création de la maison médicale de garde.

Sa création fait suite à des problèmes de permanence des soins sur la périphérie de Fougères, une forte élévation de l'activité incite les médecins au regroupement, l'initiative est privée elle regroupe la grande couronne de Fougères, comprenant Luitré, Billé, Javené, Lécousse, la Chapelle-Janson, Landéan, Louvigné du Désert, et Saint Georges de Reintembault, le bassin de population pris en charge est d'environ 50 000 habitants. La maison médicale de garde ouvre ses portes le 1^{er} novembre 2002, elle se situe dans les locaux de la clinique Saint Joseph, le dossier de financement est accepté par le FAQSV en 2003, jusqu'à son obtention le fonctionnement de la MMG est assurée conjointement par le personnel de la clinique et la régulation de deuxième partie de nuit par le centre 15. Depuis l'année 2006, la MMG est installée au sein des urgences, elle est un exemple d'articulation entre la médecine d'urgence³⁷ et la permanence des soins.

Pour la maison médicale de Fougères, la sectorisation de deuxième partie de nuit (après minuit) regroupe les secteurs de garde d'Antrain, Saint Brice en Coglès, Saint Aubin du Cormier et Fougères, il s'ensuit depuis le 18 novembre 2005 une sectorisation différenciée, soit 43 secteurs avant minuit et 10 secteurs après minuit. Depuis l'année 2004 date du regroupement entre l'ancienne clinique Saint Joseph et le centre hospitalier, la maison médicale de garde est installée dans les locaux des urgences, elle est gérée par une association loi 1901 (association de permanence des soins des médecins de Fougères).

B) Le fonctionnement de la maison médicale de garde.

1. L'organisation générale.

Les horaires d'ouverture se décomposent comme suit :

- 19h30 – 24h du lundi au vendredi
- 12h – 24h le samedi
- 8h – 24h le dimanche et les jours fériés.

L'organisation de la garde s'appuie sur un pool de 38 médecins généralistes de Fougères et ses environs au 30/01/2006. Au-delà de minuit, le service d'urgence du Centre Hospitalier de Fougères est donc la seule structure de soins assurant l'accueil des usagers pour un problème de santé sur le secteur de Fougères. L'association assure la garde de médecine générale dans les locaux qui lui sont mis à disposition par le centre

³⁷ Voir convention régionale réseau Bretagne urgence (annexe 5)

hospitalier de 19h30 à 24h en semaine, de 12h à 24h le samedi et de 8h à 24h les dimanches et jours fériés. Les locaux sont mis à disposition par le centre hospitalier.

Par ailleurs, le fonctionnement de l'association requiert 2750 heures annuelles d'accueil/secrétariat soit 1.8 équivalent temps plein (ETP). Le centre hospitalier de Fougères et l'association se sont accordés sur le principe de mutualisation de leurs moyens respectifs d'accueil et de secrétariat. En application de ce principe :

- Le centre hospitalier de Fougères prend en charge 0.8 ETP et garantit la continuité du service en cas d'absentéisme.
- L'association prend en charge 1 ETP d'agent administratif soit 30 000 euros qu'elle s'engage à verser au centre hospitalier de Fougères dans les limites des fonds dont elle sera attributaire, en vue d'assurer son fonctionnement, soit par l'assurance maladie, soit par tout autre organisme financeur.
- Le centre hospitalier de Fougères est employeur du personnel affecté, sauf cas particuliers résultants de situations antérieures.

2. Le financement.

Les majorations spécifiques définies dans l'avenant n°4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie sont appliquées pendant les nouvelles périodes de permanence des soins. Le montant de la somme versée au médecin libéral d'astreinte est le suivant :

- Samedi de 12 heures à 20 heures : 100 €
- Lundi ouvré de 8 heures à 20 heures, lorsqu'il précède un jour férié, et vendredi de 8 heures à 20 heures, lorsqu'il suit un jour férié : 150 €
- Samedi de 8 heures à 12 heures lorsqu'il suit un jour férié : 50 €

Le montant versé au médecin libéral pour sa participation à la régulation organisée en lien avec le SAMU pendant les nouvelles périodes de permanence des soins est de 3C de l'heure.

Figure 2 : L'activité de la maison médicale de garde.

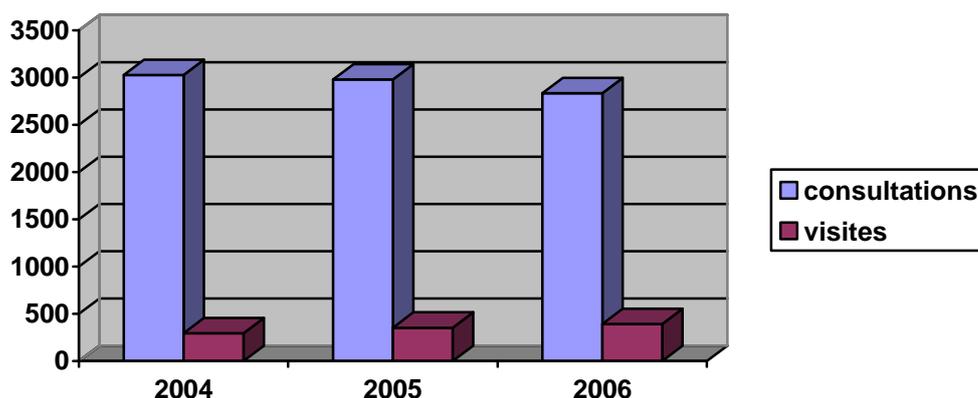
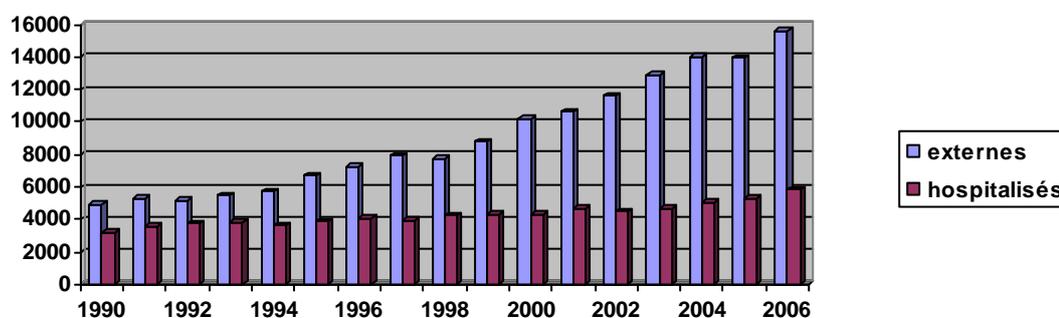


Figure 3 : l'activité du service des urgences de 1990 à 2006.



On constate un effet ciseaux entre la décroissance des consultations en MMG et l'augmentation des passages aux urgences pouvant s'expliquer d'une part par l'impression de gratuité et d'autre part, par la disponibilité du plateau technique.

2.2 Les axes de coopérations et les enjeux du territoire fougèrais.

Par rapport à cette culture de rapprochement évoquée plus haut l'hôpital de Fougères doit rester un acteur central de la coopération (A), compte tenu des enjeux à venir (B).

A) L'hôpital de Fougères doit rester un acteur central de la coopération sur le territoire de santé.

Le centre hospitalier de Fougères est l'élément central de l'offre de soins fougèraise il doit animer les réseaux de santé, la logique voudrait que les actes de coopération ville hôpital passent préalablement par la création de liens entre les médecins généralistes libéraux et les médecins hospitaliers, de façon à promouvoir un réseau privilégié d'adressage de patients. Pour ce faire des réunions de concertation professionnelle existent mais de

façon trop timoré, ce qui peut faciliter cette nouvelle culture du partage vient de la réussite de la fusion entre l'hôpital et l'ancienne clinique privée Saint Joseph.

De manière générale il faut attirer de nouveaux médecins sur le territoire or on sait bien que la segmentation du marché entre le privé et le public appauvrit les hôpitaux de proximité, notamment en ce qui concerne l'activité chirurgicale, et à ce propos les pouvoirs publics ne s'y trompent pas, ils encouragent le développement de la chirurgie ambulatoire, incitant les établissements publics à investir le champ des interventions programmées. Par ailleurs le marché de l'offre crée des effets d'aubaines sur la rémunération des médecins en intérim qualifiés abusivement de « mercenaires », tout simplement parce que en tant qu'agents économiques rationnels, ils utilisent le système.

En ce qui concerne la coopération public public, des actions de coopérations sont mises en œuvre avec l'hôpital de Vitré, notamment concernant des gardes communes de chirurgie; depuis peu, un groupement de coopération sanitaire (GCS) a été créé pour mettre en commun la stérilisation de l'hôpital de Fougères. Toutefois la culture de la mise en commun des moyens se heurte à la résistance du politique, et ce d'autant que l'établissement hospitalier reste un des plus gros employeurs de la ville. Les pistes envisagées par le rapport Larcher pourraient permettre d'en sortir à condition que les établissements acceptent concéder une part de leur autonomie.

L'autre versant de la coopération s'établit avec le CHU de Rennes avec un partage de vacations de médecins anesthésistes et des actions de formations communes, en gynécologie le réseau « bien naître Ille et Vilaine » associe des professionnels des secteurs privés et publics. L'action en réseau entre établissements permet l'accès à des compétences, à des techniques, à des capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas chacun des établissements membres. Il s'agit de fixer les modalités d'orientation des patients entre les sites d'urgence, de permettre le suivi régulier des engagements des membres du réseau, notamment par la transmission de leur évaluation annuelle au Directeur de l'ARH, et de déterminer les modalités de la coordination avec les établissements sociaux et médico-sociaux.

B) Les enjeux

1...au niveau du territoire.

L'enjeu principal va consister à maintenir une offre de soins de qualité sur le bassin de population fougérais, notamment en gardant un plateau technique d'imagerie, et en

pérennisant l'activité chirurgicale et gynécologique³⁸ par le biais du recrutement de nouveaux praticiens, pour d'une part faire face à la vague de départ à la retraite qui sera particulièrement endémique en 2010, et d'autre part répondre par anticipation aux besoins de la population vieillissante.

En Bretagne l'organisation des soins assurée par la mise en œuvre du Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire (2000-2005) dans un premier temps et (2006-2010) dans un deuxième temps a permis de faire progresser :

- L'accès équitable aux soins
- L'harmonisation des pratiques
- L'accompagnement des patients
- Les alternatives à l'hospitalisation
- Le parcours de soins coordonnés

La pluridisciplinarité a été effective dès 2000. En 2004, 51 Unités de Concertation Pluridisciplinaires (UCP) étaient recensées. A l'image du réseau Onco Bretagne, l'harmonisation des pratiques coordonnée est engagée au sein des réseaux sur la quasi-totalité des secteurs. Les outils d'observation et d'évaluation, tels l'Observatoire du Médicament et des Innovations Thérapeutiques (OMIT) installé en 2003 y concourent déjà efficacement. L'accompagnement des patients a été amélioré. L'étude réalisée en 2004 par la société Catalys a montré un impact positif des réseaux dans la prise en charge des patients. Néanmoins des progrès sont à réaliser autour des soins de support.

Communication et évaluation ont été menées tout au long de ce programme, pour sensibiliser un maximum de partenaires aux objectifs à atteindre ensemble. Dès 1999, diffusion de 2 000 documents « La Bretagne contre le Cancer » et de plusieurs milliers de plaquettes aux médecins, aux établissements et au grand public. Malgré l'élaboration et la diffusion de 40 000 plaquettes en 2001 sur les consultations et sites d'aide, on constate toujours un déficit d'information chez les médecins.

³⁸ Une baisse de l'activité de 2% en moyenne a été constatée pour 2008, le déficit structurel s'établit à 1,2 millions d'euros auquel s'ajoutent les facteurs cumulés de la baisse des tarifs de 2,7% et l'impact du coefficient de transition 100% T2A qui augmente le déficit prévisionnel l'établissant à 2.4 millions d'euros. L'établissement se soumet à un plan de retour à l'équilibre à horizon 2011.

2)... au niveau de l'établissement.

Le retour à l'équilibre financier est une gageure eu égard aux effets mécaniques négatifs sur les recettes d'activités (baisse des tarifs). Le recours quasi systématique à des intérimaires pour assurer la continuité des soins et de fait la permanence des soins n'est pas de nature à assainir les finances, une journée d'intérim toute discipline confondue coûte en moyenne 1400 € à l'établissement, pour l'année 2007, 933.036 € sont consacrés à la rémunération des gardes et astreintes soit 3% des dépenses d'exploitation relatives au personnel (titre 1), cette dépense est en constante augmentation. De plus assurer la continuité des soins et de fait la PDS passe par des moyens conséquents pour satisfaire aux exigences légales concernant le repos de sécurité³⁹, et cette difficulté d'organisation de la continuité des soins est déjà une gageure en soi depuis le 1^{er} janvier 2002, date de l'Aménagement de la Réduction du Temps de Travail (ARTT). Capter des parts de marchés sur la chirurgie et la gynécologie constitue un enjeu stratégique incontournable, pour que l'établissement soit sur une ligne de rentabilité acceptable.

De façon à concilier les contraintes budgétaires et l'organisation de la continuité des soins, la direction et les représentants du corps médical du CH de Fougères ont procédé à une forfaitisation de la rémunération des déplacements d'astreinte, qui a permis de dégager une économie de (180 000 euros), Il s'agit là d'une expérience à laquelle nous avons participé. Elle est issue d'une contractualisation locale qui a utilisé les marges de manœuvre laissées par les textes réglementaires⁴⁰.

L'autre élément important réside dans l'intérêt d'une meilleure communication du corps médical hospitalier vis-à-vis de leurs collègues libéraux. En effet se faire connaître par le biais de réunions inter disciplinaires favoriserait un adressage plus régulier des patients fougerais de la ville vers l'hôpital. Selon toute vraisemblance le corps médical fougerais se renforce tendanciellement avec des médecins étrangers, c'est nous semble t-il un

39 Décret du 9 janvier 2001 fixant le statut des internes, et arrêté du 10 septembre 2002, relatif aux gardes des internes, des résidents en médecine et des étudiants désignés pour occuper provisoirement un poste d'interne et à la mise en place du repos de sécurité. Art. 2. Repos de sécurité. Le temps consacré au repos de sécurité n'est pas décompté dans les obligations du service hospitalier et universitaire, le repos de sécurité, d'une durée de onze heures, est constitué par une interruption totale de toute activité hospitalière et doit être pris immédiatement après chaque garde de nuit.

⁴⁰ **Art 13** de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, JO n° 102 du 2 mai 2003 p 7655.

vecteur de développement pour une culture d'accueil et d'intégration pouvant créer dans la diaspora du corps des effets d'appel.

La politique de régulation mise en place par l'Agence Régionale d'Hospitalisation incite fortement au développement de la chirurgie ambulatoire et au regroupement d'activités des plateaux techniques, à cet effet, accélérer la coopération avec l'hôpital de Vitré est l'objectif majeur. L'hôpital de Fougères, de part ses nouvelles capacités d'accueil en prévision faisant suite au nouveau projet architectural est en mesure de relever ce défi.

2.3 Les perspectives de partenariat à renforcer : vers une réorganisation de l'offre de soins.

Il faut travailler sur les moyens existants : les axes de coopération sont à renforcer avec les établissements du territoire (A), et avec les professionnels libéraux (B).

A) Les coopérations entre établissements du territoire.

Avec le CHU de Rennes	Avec le CHS Guillaume Régnier
<ul style="list-style-type: none">◆ Consultations d'urologie◆ Consultations de neurologie◆ Consultations neuro-pédiatrie◆ Consultations néphrologie◆ Conventions d'urgence◆ Partage d'un demi poste de médecin anesthésiste	<ul style="list-style-type: none">➤ Mise à disposition de locaux➤ Prise en charge des urgences psychiatriques

Avec le CH de Vitré	Autres	Réseaux
<ul style="list-style-type: none"> ◆ Partage de poste (DIM, pharmacie) ◆ Partage d un demi poste de qualitiienne ◆ Gardes chirurgicales d'orthopédie 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Convention AUB ◆ Convention hygiène avec Vitré et Antrain ◆ Permanence ambulanciers ◆ Maison médicale de garde (coopération Ville Hôpital) 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Diabétologie ◆ Bien naître en Ille et Vilaine ◆ Onco Rennes

L'une des autres pistes serait de renforcer la coopération avec le CHU de Rennes sur le volet formation des professionnels et sur la mise à disposition de certaines compétences, notamment en ce qui concerne le partage de temps médical de pédiatre, de gynécologues, de cardiologues ou de radiologues. Cela permettrait de minorer le recours aux médecins intérimaires. Evidemment partager du temps médical avec le CHU suppose de la part des acteurs de définir une véritable stratégie d'action pour que les deux établissements soient gagnants. Le centre hospitalier de Fougères pourrait garder une partie de sa clientèle et le CHU serait plus orienté sur les pathologies à risque, permettant ainsi une meilleure régulation des flux.

La démarche projet serait initiée par la création d'un comité de pilotage rassemblant des médecins, directeurs des soins et directeurs des ressources humaines des trois entités (CHU et les CH de Vitré et Fougères), ce comité serait chargé de travailler à l'élaboration d'une charte de coopération, dont l'aboutissement serait la création d'un Groupement de coopération sanitaire sur le partage du temps médical.

Avec le centre hospitalier de Vitré, l'initiative de constitution d'un GCS sur la fonction stérilisation peut inciter à aller plus loin dans le domaine médical, principalement sur les gardes communes dans d'autres spécialités et sur la possibilité à terme de regrouper certaines spécialités entre les deux sites distants d'une trentaine de kilomètres. Il s'agirait de revoir le découpage des pôles en favorisant une dynamique de fusion par exemple un pôle gynécologie orienté sur les deux établissements, ce qui permettrait une meilleure efficacité de la PDS des chirurgiens viscéralistes.

Le point de départ de cette possible incrémentation doit d'abord être envisagé au niveau politique, en fait du projet médical de territoire doit découler un projet politique de

développement global. En incitant les acteurs à travailler ensemble on susciterait une attractivité du corps médical plus forte. Une stratégie ambitieuse déclinée conjointement serait à même d'envisager d'autres aides à l'installation notamment en termes d'offre de logements à l'initiative de la municipalité fougèraise.

Plutôt que d'exacerber la concurrence entre les offreurs publics de soins il faut travailler sur la complémentarité et en ce sens la coordination des réseaux de santé faisant intervenir plusieurs professionnels est essentielle, elle incite les professionnels à utiliser leurs diverses identités culturelles comme des atouts de cohésion.

B) La coopération avec les professionnels libéraux.

L'action en réseau est pédagogique à plus d'un titre, elle présente en outre l'avantage d'identifier les patients atteints d'une pathologie de façon à promouvoir par la suite une éducation thérapeutique. L'établissement de Fougères a un rôle central à jouer en la matière, il s'y emploie, en témoigne la participation active des praticiens hospitaliers au réseau diabète. D'autres réseaux doivent être créés principalement sur les pathologies du grand âge dans des secteurs tels que Louvigné du Désert ou Saint Aubin du Cormier, en outre une des grandes carences réside dans l'insuffisance d'une filière d'aval, l'établissement pourrait être à l'initiative du développement de cette filière. En effet la création d'une équipe mobile de gériatrie intra et extra hospitalière et d'une filière de court séjour gériatrique devraient permettre d'assurer une hospitalisation adaptée de façon à développer la prise en charge en réseau et la coordination des soins.

Cette coopération inter réseaux doit se faire sous l'égide d'un comité régional des réseaux avec une représentativité étendue aux établissements du territoire, impliquant des représentants de l'ARH, de la CRAM, et des collectivités locales. Il faudra multiplier les appels à projets en ce sens. Nous avons pu constater que le projet d'hospitalisation à domicile (HAD 35) peinait à se mettre en place, or il s'agit là d'une possibilité de rationalisation des moyens, il y aurait matière à relancer cette initiative. Il faut inclure les professionnels libéraux sur la question de la permanence des soins en instituant des réunions de concertation professionnelles avec les quatre secteurs d'activités (public, privé, libéral et associatif) au niveau du territoire.

Les médecins libéraux du secteur de Fougères se sont organisés pour assurer la PDS de ville les fins de semaine et la nuit dans la maison médicale de garde. Parallèlement à cette coopération il serait utile d'assurer la permanence de la réponse aux appels dans les domaines de l'ophtalmologie, ORL et d'instituer une astreinte de gastro-entérologie. Ceci ne pouvant être envisagé qu'en fonction de la présence de praticiens de ces

spécialités à Fougères et, en ce qui concerne la gastro-entérologie, par une astreinte commune avec le centre hospitalier de Vitré⁴¹.

Le développement d'une telle synergie de travail permettrait d'envisager efficacement le partage d'information grâce aux nouvelles technologies de l'information et de la communication (NTIC), en œuvrant au désenclavement des acteurs⁴². Dans le cadre de l'enseignement post universitaire des échanges s'engagent entre les professionnels libéraux et les médecins hospitaliers. Certaines actions de ce genre sont promues au sein de l'établissement, exemple « les journées d'informations sur les risques cardio vasculaires ou des réunions entre les sages femmes du réseau « bien naître en Ille et Vilaine ». A l'occasion de notre stage long, nous avons été associés à la réalisation d'une plaquette d'information à l'usage des professionnels libéraux de façon à faire état des différentes spécialités à l'hôpital de Fougères, pour éviter une fuite systématique sur d'autres structures. L'activité de cardiologie est en baisse et peu valorisée suite au départ de deux praticiens, une vaste campagne de recrutement a été lancée par la Direction des ressources humaines grâce à l'investigation de chasseurs de têtes, en attendant du temps médical partagé avec le CHU de Rennes permet de maintenir l'activité.

C'est avec un engagement fort de toutes les parties prenantes que la permanence des soins peut être assurée. L'avant projet de loi «hôpital, patient, santé et territoires» consacre la responsabilité des Agences Régionales de Santé sur le volet de l'organisation des soins (art. L. 1411-11). Dans son article 10 il est question de régulation territoriale de la démographie médicale par le *numerus clausus* de première année et de la répartition des postes d'internes par filière de spécialité. Une redéfinition de l'offre de soins est en œuvre, elle favorise le développement de la PDS ambulatoire, ce qui suppose le développement de moyens hélicoptés dans certains territoires enclavés, qui plus est les missions de premier recours du médecin généralistes sont réaffirmées, entre autres: participer à la permanence des soins (art. L.6314-1). La formule des Communautés Hospitalières de Territoire, nouvelle mouture de coopération devrait permettre d'utiliser avec plus d'efficacité la ressource médicale. Sur le chapitre de la coopération (art. 12) des protocoles nationaux définissant et précisant les formes de coopérations seront

⁴¹ Source Projet d'établissement 2006-2011

⁴² Exemple d'action : hôpital portes ouvertes, forum sur une pathologie et ses moyens de prise en charge.

élaborés par la Haute Autorité de Santé, sans freiner toutefois la dynamique de terrain dont les expériences pourront être validées ex-post par la HAS.

Concernant le refus de soins des pénalités financières encore plus dissuasives pourront être mises en œuvre par les directeurs de caisse après avis de la commission des pénalités. Les sanctions prononcées pourront faire l'objet de publication afin de montrer que le refus de soins est un acte grave.

La segmentation du marché pourrait conduire désormais les hôpitaux de proximité à développer leur offre de court séjour gériatrique, de soins de suite et de réadaptation, de petite chirurgie conventionnelle et ambulatoire avec des variantes pour la gynécologie, et laisser aux hôpitaux de référence la haute technicité, ce qui permettrait de faire face à une démographie médicale en baisse dans certaines spécialités.

Notre analyse stratégique en tant que futur manager nous conduit naturellement à penser que l'hôpital de Fougères a intérêt à tirer parti de la présence du CHU dans le territoire de santé n° 5. Le but étant de maintenir qualité et proximité des soins pour les patients dans le plus grand nombre de spécialités en anticipant l'évolution de la demande de soins. Une très grande réactivité est la clef de réussite de la contractualisation des ressources médicales avec les établissements de Vitré et de Rennes mais aussi avec les cliniques privées et les libéraux, mais comment s'associer dans une logique de concurrence sur les parts de marché rentables ? La majorité des cliniques sont excédentaires, quand une grande partie des établissements publics sont déficitaires. En outre la notion de performance posée par la loi de financement de la sécurité sociale, la modernisation de la gouvernance, des statuts, le processus de tarification (T2A), font des nouveaux managers publics, les expérimentateurs d'une révolution managériale de grande ampleur.

Conclusion

Nous avons fait le constat que la santé n'est pas un domaine économique comme les autres, et que le libre jeu de la loi de l'offre et de la demande conduit à un déséquilibre général, que la valeur ne réside pas uniquement ou principalement dans la production de biens et services marchands. En se référant à l'actualité politique, on pourrait s'interroger sur une possible privatisation du système de santé, et sur cette question de la permanence des soins qui puise sa philosophie politique dans le principe d'égalité, malgré les nombreux rapports d'experts et réformes mises en œuvre, il y a encore bien des actions à entreprendre, des solutions à trouver.

Lors des différents entretiens qui nous ont été consentis, nous avons mesuré la perplexité des professionnels face à l'exigence générale de continuité des soins dans un contexte fortement contraint par la démographie médicale, qui plus est, les actions partenariales sont particulièrement difficiles à mettre en œuvre, compte tenu de la volonté des établissements de préserver leur autonomie. Les acteurs de la PDS se prévalent d'une éthique de la responsabilité à défaut d'une éthique de conviction. La mise en œuvre d'une PDS efficiente ne peut se concevoir que dans la réalisation effective de partenariats public-public et public-privé, pour autant la question de la convergence des secteurs se pose avec acuité depuis l'instauration de la T2A. L'autre question fondamentale réside dans le choix politique concernant le type de système de santé, et cet aspect complexe de l'offre de soins à travers la permanence des soins nous ramène à l'idéal de démocratie « Tocquevilien », voulons nous préserver à n'importe quel prix notre modèle social ? Si c'est le cas au nom du principe d'égalité, nous devrions sacrifier un peu de liberté, notamment celle ayant trait à l'installation des médecins.

Malgré les difficultés quant au maintien de la permanence des soins, bien des expériences sont menées avec une certaine efficacité entre autres les réseaux de santé, les maisons médicales de garde, la maison de santé pluridisciplinaire et les diverses expérimentations locales. Il faudra aller plus loin dans le domaine de la coopération, l'avant projet de loi « hôpital, patient, santé et territoires » nous y invite, soyons toutefois vigilants : *« il ne faudrait pas sacrifier l'offre publique de santé sur l'autel de la rentabilité »*.

Notre réflexion finale sur cette question de la permanence des soins nous amène à considérer que la justice est un problème politique, dont le règlement est indépendant du choix d'un système économique.

Bibliographie

1 TEXTES JURIDIQUES

a. Textes codifiés

Code de la sécurité sociale - Code de la santé publique - Code de déontologie médicale

b. Textes relatifs à la permanence des soins

Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Avenant n°27 à la convention nationale des médecins libéraux 2007

Circulaire du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales de garde

Décret du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins

Article 104 de la Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007

Circulaire DHOS du 10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des soins et à l'organisation de la régulation

Avenant n° 4 à la convention des médecins généralistes et spécialistes

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

Article 40 Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003

Article L 6313-1 du code de la santé publique (CODAMUPS)

Article L 6313-2 du code de la santé publique (CODAMUPS)

Article L 6314-1 du code de la santé publique (CODAMUPS)

2 DOCUMENTS

Module interprofessionnel de santé publique, 2007 « *l'Organisation de la permanence des soins de ville* »

DRESS Etudes et Résultats n° 161, mars 2002, « la démographie médicale à l'horizon 2020 »

DRESS Etudes et Résultats n° 593, septembre 2007, « les comptes nationaux de la santé en 2006 »

3 RAPPORTS

- URCAM Bretagne étude sur la permanence des soins et la prise en charge des urgences sur la ville de Rennes (2001)
- Rapport DESCOURS (2003) relatif à la permanence des soins.
- Rapport GRALL (août 2007) mission de médiation et propositions d'adaptation à la permanence des soins
- Rapport JUILHARD (2007) relatif à la démographie médicale
- Rapport FLAJOLET (2008) mission au profit du gouvernement relative aux disparités territoriales des politiques de prévention sanitaire
- Rapport CORIAT (2008) sur la création du Conseil national de l'urgence et de la permanence des soins
- Sros 3^{ème} génération Bretagne
- Rapport de la Commission pour la libération de la croissance française sous la présidence de Jacques ATTALI (2008)
- Rapport Yvon BERLAND (2002) sur la démographie des professions de santé,

4 OUVRAGES

MOUCHOT C., 1994, *Economie politique*, 2ème édition Economica, 708 p.

PALIER B., 2004, *La réforme des systèmes de santé*, 3^{ème} édition Presses Universitaires de France 126 p.

BEJEAN S., 1994, *Economie du système de santé : Du marché à l'organisation*, édition Economica 317p.

GENEREUX J., 2005, *Les vraies lois de l'économie*, édition du Seuil 355p.

MOREAU J., TRUCHET D., 2004, Droit de la santé publique, 6^{ème} édition Mémentos Dalloz 261 p

SAUVAT C., LEBORGNE A., 2004, *Réflexions sur le droit à la santé*, édition Presses universitaires d'Aix-Marseille, 533 p.

DUPONT M., BERGOIGNAN-ESPER C., PAIRE C., Droit hospitalier, 6^{ème} édition Cours Dalloz 852 p.

DUPEYROUX., LAFORE., RUELLAN, 2005, Droit de la sécurité sociale, 15^{ème} édition Collection Précis, Dalloz, 1245 p.

CHAPUS R., 2001 Droit administratif général. Tome 1, 15e éd. Paris : Montchrestien 1427 p.

SCHWEIYER F.-X., Le corps des directeurs d'hôpital. Entre logique professionnelle et régulation d'Etat, MIRE, Rapport final, septembre 1999, 418 p.

DRULHE M., 1996, *Santé et société*, édition Presses Universitaire de France 390 p.

5 REVUES

BAYET J-F., BLANCHARD P., BRAS P-L., BROUDIC P, CORMIER M., GAUMONT-PRAT H., MOQUET-ANGER M-L., TRUCHET D., VIALLA F., VION D., 2006, « la permanence des soins » Les Etudes Hospitalières, numéro spécial.

GEOFFARD P-Y., juillet-aout 2005, « Comment analyser le fonctionnement des systèmes de santé ? » *Cahiers français* n° 327, pp. 33-39.

TARDIEU P-M., mai 2007, « La permanence d'accès aux soins de santé » *Bulletin Juridique de la Santé Publique* n° 103 p. 15.

7 SITES

<http://www.sante.gouv.fr/drees>

<http://www.credes.fr>

<http://www.securite-sociale.fr>

<http://www.insee.fr>

<http://www.ehesp.fr>

<http://www.conseil-national.medecin.fr>

<http://www.quotimed.com>

8 JURISPRUDENCE

Conseil d'Etat section du contentieux

9 Enquête par entretien sur la permanence des soins à l'hôpital de Fougères, Juillet-Août 2008

Entretien n°1 : ABLAIN P Directeur de l'hôpital de Fougères

Entretien n°2 : RAVE G Directeur adjoint chargé des ressources humaines

Entretien n°3 : GUENE J Assistance sociale

Entretien n°4 : BRAULT V Médecin libéral

Entretien n°5 : MARCHAND D Médecin Chef de service des Urgences, Président de la CME

Entretien n°6 : RAZOIR I Cadre sage-femme

Entretien n°7 : DOMMANGE CHARRIER A Directrice des soins

Entretien n°8 : DORMOY D Médecin Chef de service Anesthésie-réanimation

Entretien n°9 : ROUAULT DE LA VIGNE H Médecin Chef de service SSR

Entretien n°10 : DOLOU M (DDASS 35) Responsable de la politique sanitaire

Entretien n°11 : ALLIOUX Y Médecin conseil (ARH) chargé de la planification régionale médicale

Synthèse des enquêtes

- ◆ Il ressort des enquêtes que la PDS trouve son origine dans l'article L. 6112-2 du code de la santé publique sur la dispensation des soins.
- ◆ La PDS prend appui sur une obligation de moyens.
- ◆ Le dispositif PDS doit être adaptable en fonction des besoins, pour le secteur de Fougères compte tenu du nombre de patients, la PDS de deuxième partie de nuit n'est pas nécessaire
- ◆ La communication doit s'établir entre les médecins libéraux et les praticiens hospitaliers, pour répondre à une logique économique
- ◆ La maison médicale de garde répond à une conception plus large de la continuité du service public
- ◆ L'hôpital reste un acteur central de l'offre de soins sur un territoire
- ◆ Difficulté de mise en place du tableau de garde (démographie médicale), diminue l'attractivité de l'établissement, il existe une incompatibilité avec la continuité de jour (obligation du repos de sécurité)
- ◆ Les gardes conjointes avec Vitré et Rennes dépendent de l'offre mutualisable
- ◆ Une des limites réside dans la segmentation des disciplines médicales
- ◆ La responsabilité des pouvoirs publics c'est de développer des mécanismes d'incitation
- ◆ Le recours aux médecins étrangers c'est une solution à la marge
- ◆ On n'a pas besoin d'une offre universelle de soins
- ◆ Malheureusement le seul objectif politique est de diminuer les déficits publics, on en demande toujours plus aux hôpitaux
- ◆ On se heurte à l'atavisme culturel des médecins, pour mettre en place efficacement la PDS

Méthodologie

Une grille globale d'entretien a été élaborée avec un questionnaire type présent en annexe (4), l'intérêt étant d'avoir le point de vue des professionnels sur cette question de la PDS. Au fil des entretiens et selon la nature des professionnels interrogés des questions hors du champ de la trame générale ont été posées. La possibilité de s'exprimer librement a été offerte aux sondés.

Liste des annexes

ANNEXE N° 1 : EXEMPLES DE JURISPRUDENCES SUR LA PERMANENCE DES SOINS

ANNEXE 2 : TABLEAUX

ANNEXE 3 : LA PERMANENCE DES SOINS DANS LES AUTRES PAYS D'EUROPE

ANNEXE 4 : EXEMPLE DE GRILLE D'ENTRETIEN

ANNEXE 5 : CONVENTION RESEAU REGIONAL «BRETAGNE URGENCE»

ANNEXE 6 : CONVENTION SOS MEDECIN ET SAMU DE FRANCE

ANNEXE 7 : EXEMPLE DE CONVENTION MEDICALE AVEC LE CH DE VITRE

ANNEXE 1 : EXEMPLES DE JURISPRUDENCE SUR LE PERMANENCE DES SOINS

Jurisprudence 1

Conseil d'Etat

LE CONSEIL D'ETAT. SECTION DU CONTENTIEUX.

LE JUGE DES RÉFÉRÉS

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES

N° 310437

6 novembre 2007

Inédit au Recueil LEBON

Vu la requête, enregistrée le 5 novembre 2007 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, présentée par le CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES, dont le siège est 2 avenue Martin-Luther-King à Limoges Cedex (87042) ; le CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES demande au juge des référés du Conseil d'Etat :

1°) d'annuler l'ordonnance du 19 octobre 2007 par laquelle le juge des référés du tribunal administratif de Paris a suspendu, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, l'exécution de la décision en date du 16 octobre 2007 par laquelle le directeur général du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES a assigné M. Berger, interne audit centre hospitalier, à assurer la permanence des soins dans le service de chirurgie pédiatrique la nuit du mardi 16 au mercredi 17 octobre 2007, l'après-midi du samedi 20 octobre 2007 et la journée et la nuit du dimanche 21 octobre 2007 ;

2°) de rejeter la demande présentée par M. Berger devant le tribunal administratif de Limoges ;

3°) de mettre à la charge de M. Berger la somme de 2 000 euros au titre de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

il soutient que la mesure d'assignation, prise pour permettre la continuité des soins dans le service de garde des urgences de chirurgie pédiatrique du centre hospitalier, ne portait pas une atteinte grave au droit de grève ; qu'elle n'était pas manifestement illégale ;

Vu l'ordonnance attaquée ;

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu le code de justice administrative ;

Considérant qu'aux termes de l'article L. 521-2 du code de justice administrative : « Saisi d'une demande en ce sens justifiée par l'urgence, le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public (...) aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale... » ; qu'aux termes de l'article L. 522-3 du même code : « Lorsque la demande ne présente pas un caractère d'urgence ou lorsqu'il apparaît manifeste, au vu de la demande, que celle-ci ne relève pas de la compétence de la juridiction administrative, qu'elle est irrecevable ou qu'elle est mal fondée, le juge des référés peut la rejeter par une ordonnance motivée sans qu'il y ait lieu d'appliquer les deux premiers alinéas de l'article L. 522-1 » ;

Considérant que, par l'ordonnance attaquée, le juge des référés du tribunal administratif de Limoges a suspendu, sur le fondement de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, l'exécution de la décision du 19 octobre 2007 par laquelle le directeur général du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES a assigné M. Berger, interne audit centre hospitalier, à assurer une garde la nuit du 16 au 17 octobre, l'après-midi du 20 octobre et la journée et la nuit du 21 octobre 2007 ; qu'à la date de la saisine en appel du Conseil d'Etat par le CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES, le 5 novembre 2007, cette ordonnance avait épuisé ses effets ; que, par suite, la requête présentée par le CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES devant le Conseil d'Etat est dépourvue d'objet et, par suite, irrecevable ; qu'il y a lieu, par suite, de rejeter, selon la procédure prévue par l'article L. 522-3 du code de justice administrative, l'appel formé par le CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES, y compris ses conclusions tendant à l'application de l'article L. 761-1 du code de justice administrative ;

ORDONNE :

Article 1er : La requête du CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES est rejetée.

Article 2 : La présente ordonnance sera notifiée au CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES.

Le Président : B. Stirn .

Jurisprudence 2

Conseil d'Etat

LE CONSEIL D'ETAT. SECTION DU CONTENTIEUX.

4ème sous-section,

Mme PHEULPIN

N° 285256

24 novembre 2006

Inédit au Recueil LEBON

Vu la requête sommaire et le mémoire complémentaire, enregistrés les 19 septembre et 16 décembre 2005 au secrétariat du contentieux du Conseil d'Etat, présentés pour Mme Monique PHEULPIN, demeurant place de la Déesse Hygie à Uriage (38410) ; Mme PHEULPIN demande au Conseil d'Etat d'annuler la décision du 1er juillet 2005 par laquelle le conseil national de l'ordre des médecins a rejeté sa demande tendant à l'annulation de la décision du 6 avril 2005 du conseil départemental de l'ordre des médecins de l'Isère refusant de l'exempter de tour de garde ;

Vu les autres pièces du dossier ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de justice administrative ;

Considérant qu'aux termes de l'article R. 733 du code de la santé publique, devenu l'article R. 6315-4 du même code, dans sa rédaction alors en vigueur : "Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat. / En cas d'absence ou

d'insuffisance constatée par le conseil départemental de l'ordre des médecins volontaires pour participer à la permanence des soins... ce conseil... complète le tableau de permanence en tenant compte de l'offre de soins disponible. Si, à l'issue de cette consultation, le tableau reste incomplet, le préfet procède aux réquisitions nécessaires... . / Il peut être accordé des exemptions de permanence pour tenir compte de l'âge, de l'état de santé et, éventuellement, des conditions d'exercice de certains médecins" ;

Considérant que la décision attaquée énonce les considérations de droit et de fait sur lesquelles elle se fonde ; qu'elle est ainsi suffisamment motivée ;

Considérant qu'il ressort des pièces du dossier que Mme PHEULPIN, qualifiée en médecine générale et titulaire d'une capacité en hydrologie et climatologie médicale, pratique la médecine thermique dans son cabinet principal d'Uriage (Isère) et qu'elle exerce, trois mois et demi par an, dans la station de sports d'hiver de Peisey-Nancroix (Savoie), la médecine générale ; qu'en estimant que la circonstance qu'elle assurait, pendant la saison hivernale à Peisey-Nancroix, un nombre important de gardes, ne pouvait être regardée comme constituant une condition particulière d'exercice au sens des dispositions rappelées ci-dessus de l'article R. 733 du code de la santé publique, et n'était donc pas de nature à justifier l'exemption de garde qu'elle demandait pendant la durée de la saison thermale à Uriage, le conseil national de l'ordre des médecins n'a pas fait une inexacte application de ces dispositions ; que Mme PHEULPIN n'est dès lors pas fondée à demander l'annulation de la décision par laquelle le conseil national de l'ordre des médecins a refusé de l'exempter de l'obligation des médecins de participer au tour de garde ;

Sur l'application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative :

Considérant que ces dispositions font obstacle à ce que le conseil national de l'ordre des médecins, qui n'est pas dans la présente instance la partie perdante, verse à la requérante la somme qu'elle demande au titre des frais engagés par elle et non compris dans les dépens ; qu'il n'y a pas lieu de mettre à la charge de Mme PHEULPIN la somme demandée par le conseil national de l'ordre des médecins au même titre ;

DECIDE :

Article 1er : La requête de Mme PHEULPIN est rejetée.

Article 2 : Les conclusions présentées par le conseil national de l'ordre des médecins tendant à l'application des dispositions de l'article L. 761-1 du code de justice administrative sont rejetées.

Article 3 : La présente décision sera notifiée à Mme Monique PHEULPIN, au conseil national de l'ordre des médecins et au ministre de la santé et des solidarités.

Après avoir entendu en séance publique : - le rapport de M. Pierre-Antoine Molina, Maître des Requêtes, - les observations de la SCP Richard, avocat de Mme PHEULPIN et de la SCP Vier, Barthélemy, Matuchansky, avocat du conseil national de l'ordre des médecins, - les conclusions de M. Rémi Keller, Commissaire du gouvernement ;

Le Président : M. Jean-Ludovic Silicani.

ANNEXE 2 : TABLEAUX

Figure 3 : L'activité du centre hospitalier en 2007

LITS INSTALLES		EFFECTIFS	
Chirurgie	68	Personnel médical en ETP	
Gynéco obstétrique	24	30,8	PH et assistants
Maison de retraite	118	9,31	Praticiens Contractuels
Médecine	106	6,16	Internes et Résidents
Néonatalogie	4	2,83	Attachés
Soins de longue durée	90	et 11 médecins intervenant dans le cadre de la clinique ouverte	
Soins de suite	25		
UHCD	8		
TOTAL	443	651,4	TOTAL

CH de Fougères

ACTIVITES		BUDGET EN €	
		Dépenses d'exploitation	
Entrées MCO hospit complète	11 625	44 239 984	Budget principal
Journées MCO hospit complète	60 852	3 520 055	Budget long séjour
Hospitalisations de jour	2 034	3 524 442	Budget MR
Durée moyenne de séjour MCO	4,6j	100 643	Centre alcoologie
Taux d'occupation MCO	82,04	1 402 541	Budget IFSI
Journées SSR	8 555		
Journées d'hébergement	72 015		
Consultations externes	50 580		
Naissances	1 197		
Passages aux urgences	22 368		

ANNEXE 3 : LA PERMANENCE DES SOINS DANS LES AUTRES PAYS D'EUROPE

En Suède, la permanence des soins relève de la responsabilité du Conseil du comté, les procédures sont fixées par celui-ci en ce qui concerne la gestion des appels des patients et l'utilisation des Nouvelles Technologies de l'information et de la communication (NTIC). L'organisation de la PDS est contrainte par les règles professionnelles régissant l'activité des médecins, qui assurent officiellement une activité hebdomadaire de 40 heures par semaine. Toute activité assurée au-delà de 17 heures les jours de semaine est évaluée en heure supplémentaire et rémunérée selon un forfait horaire, on doit noter que les heures de gardes assurées au centre de soins primaires sont strictement limitées, par ailleurs les visites à domicile sont rares. Tous les médecins employés dans le secteur public pour les soins primaires ainsi que les spécialistes participent à la PDS de manière obligatoire, pour les médecins du secteur privé minoritaires, cela dépend du contrat signé avec le Conseil du comté.

Une hiérarchie existe dans l'offre de soins tout d'abord les soins primaires, ensuite les soins primaires d'urgence, et pour finir les unités d'urgence hospitalière, il est à souligner qu'il existe un centre d'appels d'information sur la santé

En Italie l'autorité locale de santé doit garantir un accès permanent à des soins de généraliste, la disponibilité des médicaments et du matériel nécessaire ; elle fournit également des cabinets, des équipements sanitaires et des voitures de service. L'organisation de la PDS est définie dans chaque région par des lois et accords où les représentants des professions ont un rôle actif à jouer, services et tours de garde, normes en terme de force de travail et règles de substitution. Lors des heures régulières, les soins sont fournis par des médecins généralistes puis un relais est assuré par les médecins de permanence des soins (*medici di continuità assistenziale*). Les nuits, week-ends et jours fériés, fonctionne un service d'urgence permanent 24/24 (118), un service d'ambulance et les services hospitaliers d'urgence. S'ils le souhaitent les médecins peuvent participer à la PDS : ils disposent de deux contrats distincts (dont un de 24 heures minimum hebdomadaires). Le médecin de permanence des soins est payé sous la forme d'un forfait horaire selon une nomenclature régionale. Dès réception de l'appel le médecin de permanence des soins, décide d'orienter le patient au point de première urgence, de lui rendre visite ou de lui délivrer des conseils par téléphone. Chaque cabinet de PDS dispose d'un numéro de téléphone particulier, il n'existe pas de centre d'appel unique,

d'où la différence avec le système de première urgence qui dispose d'un centre d'appel (118).

Pour ce qui concerne **le Royaume-Uni**, le fonctionnement de la permanence des soins est fixé par le récent cadre du contrat General Medical Services (GMS), en effet ce contrat permet aux médecins généralistes de se désengager de la responsabilité de la PDS pour les patients inscrits sur leur liste. Dans les zones où les médecins choisissent cette option, les Autorités régionales de santé achètent les services de médecins généralistes saisonniers ou salariés à court/moyen terme afin d'assurer la PDS, en qualité de contractants de l'Autorité de santé. Les médecins généralistes bénéficient de niveaux de rémunération assez élevés, ils sont payés entre 118 000 et 147 000 euros, contre 100 000 euros en moyenne pour les autres médecins généralistes. Ces différentes formes ont permis jusqu'à présent d'assurer correctement la permanence des soins, le partage actuel plus marqué entre le travail de jour et les services de PDS garantit plus facilement le respect des directives européennes impliquant un repos le jour suivant la garde nocturne. Toutefois les médecins généralistes dans les zones reculées sont toujours de garde tous les week-ends.

ANNEXE 4 : EXEMPLE DE GRILLE D'ENTRETIEN

- 1) Que représente pour vous la permanence des soins ?
- 2) Avez-vous le sentiment qu'il s'agit d'une mission d'intérêt général ?
- 3) Existe-il pour vous un lien entre continuité des soins et PDS ? si oui pourquoi ?
- 4) A votre avis peut-on envisager d'autres solutions ? et à quelle échelle ?
- 5) Le recours aux communautés hospitalières envisagées dans le rapport Larcher vous paraît-il pertinent ? et pourquoi ?
- 6) Nous avons une densité médicale 3.3/1000hab qui nous situe dans le peloton de tête des pays européens, comment expliquer l'inefficience du dispositif PDS dénoncé par le rapport Grall ?
- 7) Le recours à des médecins européens est-il une solution pérenne ?
- 8) Sur le territoire de fougères la PDS vous paraît-elle bien organisée ? (réseau ville hôpital, ssiad, had MMG,etc..)
- 9) Quelles sont les difficultés rencontrées par l'établissement ? et quelles solutions sont mises en œuvre pour y pallier.
- 10) Comment faire mieux en l'état actuel des choses ?
- 11) Faut-il augmenter le numerus clausus et dans quelle mesure ? - réforme des études médicales
- 12) Peut-on envisager de limiter la liberté d'installation des médecins ?

ANNEXE 5 : CONVENTION RESEAU REGIONAL « BRETAGNE URGENCE »

CONVENTION DU RESEAU REGIONAL « BRETAGNE URGENCES »

Préambule : Les finalités du réseau

➤ **Les dispositions réglementaires**

Le décret n° 2006-576 du 22 mai 2006 dispose dans son article 2 que « l'établissement autorisé à exercer l'activité de soins de médecine d'urgence » met en place ou participe à un réseau avec d'autres établissements de santé publics et privés.

Ce réseau contribue à la prise en charge des urgences et de leurs suites sur le territoire de santé, notamment pour assurer l'accès à des compétences, à des techniques, et à des capacités d'hospitalisation dont ne dispose pas chacun des établissements membres, et coordonner leurs actions et leurs moyens.

Le réseau des urgences ne se définit pas comme une structure en tant que telle mais comme un ensemble de liens formalisés par convention entre les acteurs impliqués dans la prise en charge des patients en urgence.

Conformément aux dispositions réglementaires, la présente convention a vocation à se substituer à toutes les conventions bilatérales entre établissements.

En outre, elle doit préciser les disciplines et les activités de soins ou les états pathologiques spécifiques pour lesquels les établissements membres s'engagent à accueillir et à prendre en charge les patients qui leur sont adressés par le SAMU ou par la structure des urgences.

La circulaire DHOS/O1/2007/65 du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences précise les missions du réseau, le fonctionnement et l'architecture du réseau des urgences.

➤ **Les orientations définies par le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de 3^{ème} génération de Bretagne**

Le SROS (2006-2010) s'est fixé comme objectif général d'assurer un fonctionnement plus efficient du dispositif en place en définissant des principes d'organisation favorables à :

- une meilleure définition des rôles de chacun des acteurs de la médecine d'urgence,
- un fonctionnement plus efficient de la filière des urgences,
- une amélioration de la prise en charge, notamment des populations spécifiques.

L'organisation territoriale doit ainsi garantir un niveau d'accessibilité aux soins de médecine d'urgence, d'une technicité satisfaisante pour l'ensemble des usagers.

Les recommandations se déclinent en 3 axes :

- conforter la régulation, clef de voûte du dispositif,
- améliorer l'articulation entre la permanence des soins et la médecine d'urgence,
- promouvoir une bonne utilisation du système par une communication adaptée.

Le réseau régional doit offrir la possibilité de faire ensemble ce qu'il est impossible de faire seul et garantir par le travail en réseau une « valeur ajoutée » à la pratique isolée.

La présente convention a donc pour objet de constituer le réseau régional de prise en charge de l'urgence en Bretagne dans un souci d'apporter le meilleur service à l'utilisateur.

ANNEXE 6 : CONVENTION SOS MEDECIN ET SAMU DE FRANCE



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Cabinet de Xavier Bertrand
Ministre de la santé et des solidarités

Paris, le 29 septembre 2005

COMMUNIQUE

Signature de la convention cadre de partenariat avec SOS Médecins France et SAMU de France

En présence de Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, une convention cadre de partenariat, prévue par le décret relatif à la permanence soins du 7 avril dernier, a été signée ce jour par le docteur Marc Giroud, président de SAMU de France et le docteur Patrick Guérin, président de SOS Médecins France.

Cette convention fixe les modalités de coopération entre les SAMU et les associations locales de SOS Médecins :

- une interconnexion systématique des SAMU et des associations SOS Médecins par la mise en place de système d'interconnexion téléphonique rapide et prioritaire et à terme d'une interconnexion informatique permettant le suivi de cas traités,
- des procédures d'intervention et de retour d'information lorsque SOS médecin agit à la demande du SAMU. Sollicité par le SAMU, SOS Médecins s'engage à respecter un délai d'intervention une fois la mission acceptée et effectue un retour d'information systématique, avec ou sans bilan médicale, au SAMU.
- des formations communes des médecins du SAMU et de SOS et des réunions régulières entre équipes locales.

Une évaluation périodique de la convention doit être également mise en place.

Cette convention servira de cadre à l'établissement des conventions entre les SAMU et les associations locales de SOS prévues par le décret du 7 avril 2005 relatif à la permanence des soins. En renforçant très concrètement la coordination sur le terrain de deux partenaires importants de la permanence des soins, elle accroît la fiabilité et la sécurité du dispositif de permanence des soins sur le territoire.

ANNEXE 7 : EXEMPLE DE CONVENTION MEDICALE AVEC LE CH DE VITRE

CONVENTION RELATIVE A LA PARTICIPATION DU DOCTEUR MICHEL MATHIEU A LA PERMANENCE DES SOINS AU CENTRE HOSPITALIER DE FOGERES

Entre le Centre hospitalier de Vitré, représenté par son directeur, Monsieur Alain Groheux

Et

Le centre hospitalier de Fougères représenté par son directeur, Monsieur Patrice Ablain

Vu le code de la santé publique,

Vu le décret n°84-13 du 21/02/1984 portant statut des Praticiens Hospitaliers et notamment son article 4 relatif à l'exercice sur plusieurs établissements,

Vu l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et notamment son article 3.c,

Vu la convention du 11/ 02 /2000 relative aux gardes chirurgicales coordonnées entre les centres hospitaliers de Vitré et de Fougères,

Vu l'avis du conseil d'administration du 3 juin 2005,

Vu l'avis de la commission médicale d'établissement du 31 mai 2005,

Il est convenu ce qui suit:

Préambule :

Depuis novembre 1998, les Centres Hospitaliers de Fougères et Vitré coordonnent leurs tableaux de garde chirurgicale garantissant ainsi entre les deux sites la permanence en fin de semaine d'un chirurgien viscéral et d'un ortho-traumatologiste.

La restructuration récente du plateau technique chirurgical sur Fougères vient modifier cette organisation. Désormais, le Centre Hospitalier de Fougères est en capacité d'organiser seul une double garde chirurgicale.

Suivant les propositions faites conjointement par les équipes chirurgicales attachées à maintenir les liens établis des deux établissements, une garde commune de chirurgie orthopédique est organisée sur le site de Fougères pouvant accueillir quotidiennement en tant que de besoin, les patients pris en charge aux urgences du Centre Hospitalier de Vitré et nécessitant une prise en charge orthopédique.

Ces modalités d'organisation sont mises en place à titre initial pour l'année 2005 et seront éventuellement reconduites après un bilan par les équipes concernées en décembre 2005.

Article 1 : Le Docteur Michel MATHIEU, chirurgien orthopédiste du Centre Hospitalier de Vitré participe à la permanence des soins du Centre Hospitalier de Fougères, avec les 3 chirurgiens orthopédistes de l'établissement, à compter de janvier 2005.

Article 2 : La permanence des soins est assurée sous forme d'astreinte opérationnelle.

Compte tenu de la distance entre les deux établissements, le Centre Hospitalier de Fougères met à disposition du Docteur Mathieu une chambre de garde.

Lorsque ce praticien est amené à rester sur place pour assurer la continuité des soins dans des conditions satisfaisantes, la permanence des soins est indemnisée selon le régime de la garde sur place.

Article 3 : En cas de nécessité pour le suivi d'un patient pris en charge au cours de la garde, le Docteur Mathieu peut, après concertation avec ses confrères orthopédistes, intervenir au Centre Hospitalier de Fougères en dehors de la permanence des soins pour y réaliser tout acte nécessaire au patient

Article 4 : Les dispositions concernant la responsabilité sont celles définies à l'article 8 de la convention du 11 février 2000 susvisée.

Article 5 : La présente convention prend effet au 1^{er} janvier 2005.

Fait à Fougères le 3 juin 2005
Le Directeur
du CH de Vitré,
Alain Groheux



Le Dr Mathieu



Le Directeur
du CH de Fougères,

