



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

Promotion : **2007- 2009**

Date du Jury : **mars 2009**

**Anticiper les difficultés d'accès aux
soins dans les zones rurales isolées.
L'exemple de la réorganisation de la
permanence des soins de ville dans le
département du Cantal.**

Claire MAILLOT

Remerciements

Je tiens à remercier toute l'équipe de la DDASS du Cantal, plus particulièrement le Dr Françoise Omez, Médecin-Inspecteur de Santé Publique à la DDASS du Cantal jusqu'en septembre 2008, et le Dr Annie Mosser-Vidal, Médecin-Inspecteur de Santé Publique, pour leur aide et leurs conseils.

Je remercie également tous les professionnels, médecins et institutionnels, que j'ai pu rencontrer, et M. Roland Ollivier, qui a bien voulu répondre à mes questions. Tous ont fait preuve d'une grande disponibilité.

Je remercie enfin l'équipe des enseignants-chercheurs et du module mémoire de l'EHESP, qui m'ont beaucoup aidée pour l'élaboration de ce travail.

Sommaire

Introduction	1
1 Une permanence des soins en pleine évolution	7
1.1 La permanence des soins : une définition récente	7
1.1.1 L'émergence du concept de « permanence des soins »	7
1.1.2 Permanence des soins et continuité des soins : deux notions distinctes mais complémentaires	7
1.1.3 La permanence des soins de ville, maillon d'un vaste dispositif de prise en charge des urgences et des besoins de soins non programmés	8
1.2 La permanence des soins : un dispositif complexe	11
1.2.1 D'une obligation déontologique à une mission de service public.....	11
1.2.2 Les nouvelles modalités d'organisation de la permanence des soins	13
1.2.3 Les nouvelles modalités de financement de la permanence des soins	16
1.3 La permanence des soins : un dispositif aujourd'hui remis en cause	17
1.3.1 Une situation aujourd'hui insatisfaisante au niveau national	18
1.3.2 Un dispositif confronté à de multiples contraintes.....	20
2 Organisation et bilan de la permanence des soins de ville dans le département du Cantal	25
2.1 Le Cantal : une situation locale défavorable	25
2.1.1 Le département du Cantal, une exception géographique	25
2.1.2 Le département du Cantal, une démographie peu dynamique.....	26
2.1.3 L'Aide Médicale Urgente dans le Cantal : un fonctionnement impacté par l'insuffisance de moyens humains et le dispositif de permanence des soins	27
2.2 Le dispositif de permanence des soins dans le Cantal	29
2.2.1 Une organisation ancienne des gardes médicales	29
2.2.2 Le dispositif de permanence des soins en vigueur jusqu'en juin 2008	30
2.2.3 Un dispositif qui a récemment connu d'importantes évolutions positives	30
2.3 Une permanence des soins au fonctionnement satisfaisant, mais dont la pérennité est menacée	34
2.3.1 Un dispositif efficace à l'heure actuelle.....	34
2.3.2 Une réorganisation nécessaire à brève échéance.....	36
2.3.3 Une réorganisation problématique.....	38

3	La démarche de réorganisation de la permanence des soins de ville dans le Cantal, dans un contexte en pleine mutation	43
3.1	Une démarche de réorganisation « chemin faisant »	43
3.1.1	Le travail de réflexion préalable à la réorganisation	43
3.1.2	Un processus de long terme et « participatif »	45
3.1.3	Le Schéma départemental de la permanence des soins	47
3.2	De nouvelles perspectives pour la permanence des soins de ville	48
3.2.1	La liberté d'installation à l'épreuve du risque de « désertification médicale »	48
3.2.2	Des EGOS à la loi « Hôpital, patient, santé et territoire » : quel impact pour la permanence des soins ?	51
3.3	Leviers d'action et d'amélioration du dispositif de permanence des soins de ville dans le Cantal	54
3.3.1	Les nécessaires adaptations du dispositif de permanence des soins au niveau national.....	54
A)	Améliorer l'accessibilité des MMG : modifier la réglementation concernant le financement des transports par l'assurance maladie	54
B)	Libérer les initiatives au niveau local : assouplir la réglementation sur le financement des astreintes des médecins	55
C)	Améliorer la lisibilité du dispositif : vers un numéro unique pour les urgences médicales	56
3.3.2	Des préconisations pour le Cantal : la démarche de réorganisation de la permanence des soins du point de vue d'un IASS.....	56
A)	Permettre une gestion décloisonnée de la PDS : un binôme MISP-IASS à mettre en place.....	57
B)	Faciliter les astreintes pour les cadres de la DDASS : mettre en place un répertoire opérationnel des médecins participant à la PDS	57
C)	Progresser dans la diminution du nombre de secteurs de garde : expérimenter des rattachements à la MMG d'Aurillac.....	58
D)	Accroître l'attractivité du Cantal pour les nouvelles générations de médecins : promouvoir un maillage du territoire en nouvelles structures innovantes.....	59
E)	Faire de la régulation des appels le « pivot » de la PDS dans le Cantal : étendre et consolider un dispositif à la lisibilité accrue.....	60
F)	Coordonner les acteurs de la prise en charge des urgences et des soins non programmés : assurer la cohérence de leurs cartographies d'intervention.....	61
G)	Sécuriser l'AMU et les « visites incompressibles » dans les zones rurales isolées : développer le dispositif des « médecins correspondants de SAMU »	61

H) Fiabiliser le dispositif de PDS pour les personnes âgées dépendantes : établir des protocoles de recours au médecin de garde dans les EHPAD	61
I) Permettre un bon usage du nouveau dispositif de PDS : organiser une campagne d'information de la population cantalienne.....	62
J) S'assurer de l'efficacité et de la qualité de la PDS : associer étroitement les patients à l'évaluation du nouveau dispositif.....	62
Conclusion.....	63
Sources et bibliographie.....	I
Liste des annexes	XI

Liste des sigles utilisés

AMBAC : Association des Médecins du Bassin d'Aurillac et du Cantal
AMPP : Aide Médicale Permanente à la Population
AMU : Aide Médicale Urgente
AMVA : Association des Médecins de la Vallée de l'Authre
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARMEL : Association de Régulation Médicale Libérale
ARS : Agence Régionale de Santé
ATSU : Association des Transports Sanitaires d'Urgence
AUMAC : Association des Urgences Médicales d'Aurillac et du Cantal
CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins
CH : Centre Hospitalier
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CIRE : Cellule Inter-Régionale d'Epidémiologie
CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins
CODAMUPS : Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRRA : Centre de Réception et de Régulation des Appels
CSMF : Confédération des Syndicats Médicaux Français
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DNDR : Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DRSM : Direction Régionale du Service Médical
ECN : Examen Classant National
EGOS : Etats Généraux de l'Organisation des Soins
EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
FAQSV : Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FHF : Fédération Hospitalière de France
FHP : Fédération de l'Hospitalisation Privée
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FMF : Fédération des Médecins de France

GRSP : Groupement Régional de Santé Publique
HAD: Hospitalisation A Domicile
HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IASS : Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales
IGA: Inspection Générale de l'Administration
IGAS: Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MISP: Médecin Inspecteur de Santé Publique
MMG: Maison Médicale de Garde
MRS: Mission Régionale de Santé
MSA : Mutualité Sociale Agricole
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
ONDPS: Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
PARM: Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale
PDS: Permanence Des Soins
RSI : Régime Social des Indépendants
SAMU: Service d'Aide Médicale Urgente
SDIS: Service Départemental d'Incendie et de Secours
SML : Syndicat des Médecins Libéraux
SMUR: Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
URCAM: Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie
ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

Introduction

Le 1^{er} décembre 2008 a débuté un vaste mouvement de grève des médecins urgentistes dans l'ensemble de l'hexagone. Son objectif était notamment de dénoncer la dégradation de leurs conditions de travail, en raison du désengagement croissant des médecins généralistes libéraux de la permanence des soins.

Cette dénonciation des insuffisances de la permanence des soins de ville n'est ni passagère ni isolée. En effet, depuis plusieurs années, elle est un sujet de préoccupation, extrêmement médiatisé, tant pour les médecins généralistes, chargés de l'assurer, que pour les pouvoirs publics et les patients. Le président de la République, dans un discours prononcé le 18 septembre 2008 à Bletterans, a d'ailleurs affirmé que « Le nombre de secteurs aux tableaux de garde médicale incomplets doit diminuer. Quand on est médecin, on a des obligations. La garde fait partie de ces obligations ».

Depuis le mouvement de grève des gardes en 2001 et 2002, le modèle traditionnel du médecin de famille, disponible en permanence et assurant les gardes pour ses patients, a volé en éclats. Une nouvelle organisation de cette mission a été mise en place, suite au rapport Descours en 2003, qui a défini la notion de permanence des soins. Celle-ci repose depuis sur un « système quelque peu hybride et ambigu : c'est désormais une obligation collective reposant sur le volontariat individuel des médecins »¹.

Or, depuis l'instauration du principe du volontariat, on constate en France un désengagement de la part des médecins libéraux, qui remet en cause un dispositif déjà fragilisé par leur inégale répartition sur le territoire. Dans certains endroits, l'accès aux soins en dehors des heures d'ouverture des cabinets médicaux devient un sujet majeur d'inquiétude, car, comme les parlementaires l'ont récemment souligné, « la désaffection de la médecine crée des zones dites blanches, ou plutôt noires, littéralement vides de présence médicale ». Dès lors, l'amélioration du dispositif est devenue un objectif prioritaire du gouvernement, à qui ont été remis de nombreux rapports. Le dernier en date, élaboré au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire de l'Assemblée Nationale, explique que « cette situation hautement préjudiciable ne peut perdurer dans la République. Elle ne provoque que sentiment d'exclusion et dépeuplement de nos campagnes »². Il a ainsi mis l'accent sur l'importante dimension territoriale de la permanence des soins, qui constitue une problématique primordiale dans les zones rurales isolées.

¹ Boënnec Ph., *Rapport d'information sur la permanence des soins* fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire, octobre 2008, p.13.

² Boënnec Ph., *Rapport d'information sur la permanence des soins*, op.cit., p.9.

Le nouveau dispositif de permanence des soins de ville, cinq ans après sa mise en place, n'est donc toujours ni satisfaisant ni stabilisé.

Il est aujourd'hui au cœur de l'actualité, particulièrement dans le département du Cantal. En effet, suite à une instruction de Mme R. Bachelot-Narquin, ministre de la santé, en date du 8 février 2008³, il y est demandé de réduire, de façon drastique, le nombre de secteurs de garde, supports géographiques de l'organisation de la permanence des soins.

Cette organisation est de la responsabilité du préfet de département, qui s'appuie pour cela sur la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS). Celle-ci est ainsi chargée : 1) de préparer la définition des secteurs de garde (après avis du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM)) ; 2) d'élaborer le cahier des charges départemental de la permanence des soins; 3) enfin, d'adapter le dispositif en cas de besoin, notamment en procédant à des réquisitions si le tableau d'astreintes demeure incomplet.

Dans le Cantal, le Médecin-Inspecteur de Santé Publique (MISP) est en charge de ce dossier, ce qui est fréquemment le cas, car il préside le sous-comité médical du Comité Départemental de l'Aide Médicale Urgente, de la Permanence des Soins et des transports sanitaires (CODAMUPS). De plus, sa culture et ses connaissances médicales facilitent la coopération avec les professionnels de santé. Cependant, l'Inspecteur des Affaires Sanitaires et Sociales (IASS) peut l'assister en mobilisant ses différentes compétences en termes de pilotage de projet, de gestion de négociations avec les partenaires de l'Etat, de coordination des nombreux acteurs, d'animation de réunions et de groupes de travail. L'organisation de la permanence des soins met d'ailleurs en jeu des missions propres à l'IASS, telles que la planification et la régulation de l'offre de soins sur le territoire, ainsi que la mise en œuvre et l'animation des politiques publiques de santé au niveau local. Enfin, en intervenant dans le champ de la permanence des soins, il remplit son rôle de préservation de la santé de la population et de l'égalité sanitaire sur l'ensemble du territoire.

Depuis 2003, la DDASS du Cantal était investie dans la mise en œuvre du nouveau dispositif de permanence des soins. La circulaire du 8 février 2008, par la fixation d'objectifs chiffrés et ciblés pour chaque département, a toutefois conduit à accélérer ce travail. Le préfet du Cantal a alors demandé à la DDASS, au printemps 2008, de répondre à la commande ministérielle, et pour cela de procéder à une profonde réorganisation de la permanence des soins dans le département. L'ampleur et l'importance de ce travail, son

³ Instruction du 8 février 2008 sur les dispositions à prendre par les préfets permettant la mise en œuvre de l'avenant n°27 à la convention médicale du 12 janvier 2005.

intérêt du fait des nombreuses réflexions qu'il implique, en partenariat avec un grand nombre d'acteurs, ont donc justifié le choix de ce sujet, qui est aujourd'hui prioritaire pour le Cantal et pour la DDASS. Une problématique s'est alors naturellement dégagée :

Pourquoi la réorganisation de la permanence des soins de ville est-elle nécessaire dans le Cantal ?

Découlant de cette question de départ, plusieurs hypothèses pouvaient être envisagées, d'après les premiers éléments du contexte :

- La première est que la réorganisation de la permanence des soins est nécessaire car le dispositif actuel dans le Cantal ne permet pas de procéder à une diminution du nombre de secteurs de garde dans les proportions demandées par la circulaire du 8 février 2008. L'ampleur de cette resectorisation implique notamment une réflexion approfondie sur les modalités de l'articulation de la permanence des soins avec l'aide médicale urgente.
- La seconde est que la réorganisation de la permanence des soins est nécessaire car la pérennité du dispositif actuel est menacée. Il repose en effet aujourd'hui sur l'implication d'un faible nombre de médecins généralistes libéraux, dont les perspectives démographiques sont inquiétantes à court terme.
- La troisième est que la réorganisation de la permanence des soins est nécessaire car le dispositif actuel ne correspond pas aux attentes des nouvelles générations de médecins. En raison du nombre de secteurs, les médecins effectuent des gardes répétées, au cours desquelles ils doivent parcourir d'importantes distances, le dispositif reposant encore sur le modèle des visites à domicile. Or, l'amélioration de l'organisation de la permanence des soins au niveau local pourrait permettre d'accroître l'attractivité du Cantal, et ainsi d'anticiper les difficultés d'accès aux soins qui se profilent.
- La quatrième est que la réorganisation de la permanence des soins est nécessaire car le dispositif doit être mieux adapté aux contraintes spécifiques des zones rurales isolées. Le dispositif doit en effet mieux prendre en compte les caractéristiques de nombreux territoires du Cantal, dans lesquels la densité de population est extrêmement faible, et dont le nombre de personnes âgées vivant dans un habitat dispersé et isolé est important.

La méthodologie mise en œuvre pour valider ou invalider mes hypothèses a consisté à :

- Faire des recherches bibliographiques et prendre connaissance de la « littérature grise » concernant le concept de permanence des soins et l'exercice de la médecine générale. Cette recherche documentaire a pu être effectuée à la bibliothèque de l'EHESP et sur le réseau de la Banque de Données en Santé Publique (BDSP), à partir des mots clés « permanence soins », issus du thésaurus de la BDSP. Une veille documentaire à partir de la revue de presse de l'intranet du ministère a complété cette recherche.
- Etudier la réglementation en vigueur s'appliquant à la permanence des soins.
- Recueillir et analyser des données sur le dispositif mis en œuvre dans le département du Cantal.
- Mener des entretiens avec les différents acteurs de la permanence des soins locaux et régionaux. J'ai pu rencontrer des acteurs de terrain et des institutionnels, c'est pourquoi j'ai élaboré deux grilles d'entretien⁴. Ces grilles ont parfois été adaptées, afin de prendre en compte les fonctions, connaissances ou expériences particulières des différentes personnes rencontrées. Les entretiens, semi-directifs, se sont déroulés sur le lieu de travail des personnes rencontrées, sauf l'entretien avec M. R. Ollivier, qui s'est effectué par voie informatique. Ils ont tous été relativement longs (la durée moyenne s'établit à 1h30 environ) eu égard à l'importance ressentie de cette thématique par les différents acteurs. Les entretiens ont été enregistrés par dictaphone, puis retranscrits sur ordinateur. Parmi les médecins, j'ai rencontré quatre médecins généralistes libéraux participant à la permanence des soins. Ils ont été choisis car ils sont représentatifs de la diversité des situations dans le département (zones rurale et urbaine) et de l'ensemble de leurs confrères (représentants d'associations et de syndicats de médecins généralistes libéraux). J'ai également rencontré un praticien hospitalier, directeur du Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU), chef du pôle de médecine d'urgence du centre hospitalier d'Aurillac et médecin-chef du Service Départemental d'Incendie et de Secours (SDIS). Parmi les institutionnels, j'ai rencontré le préfet du Cantal, un responsable de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en charge du dossier de la permanence des soins, un médecin chargé de ce dossier au sein Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), le président de l'Association des Médecins du Bassin d'Aurillac et du Cantal (AMBAC) , la responsable de la permanence des soins au sein de la Mission Régionale de Santé (MRS)

⁴ Voir les annexes n°1 et n°2.

d'Auvergne, et enfin M. R. Ollivier, inspecteur général des affaires sociales, chargé du pilotage de la Mission nationale d'appui à la permanence des soins.

D'autre part, j'ai pu échanger sur ce sujet lors de discussions avec le MISF et le directeur de la DDASS, pour qui la réorganisation du dispositif est une priorité.

- Participer à des réunions et à des séances du groupe de travail sur la permanence des soins, ainsi qu'à une séance du CODAMUPS.

J'ai par ailleurs eu la chance de pouvoir approfondir ma réflexion sur l'organisation de la permanence des soins de ville, durant ma formation professionnelle, lors d'un stage en Angleterre, à Nottingham, en octobre 2008. En effet, pendant un mois, j'ai pu observer et comprendre le fonctionnement du dispositif mis en place dans une structure spécialement dédiée à la permanence des soins, le Nottingham Emergency Medical Services (NEMS). Cette expérience a été particulièrement intéressante car j'ai pu me rendre compte que le dispositif de permanence des soins anglais, qui a été profondément réformé en 2004, a longtemps été comparable à celui en vigueur aujourd'hui en France.

Ce travail présente certaines limites. Il a été borné dans le temps, en raison de la durée du stage d'exercice professionnel. Par ailleurs, des limites ont été volontairement assignées, la problématique de la réorganisation de la permanence des soins étant très vaste. Ainsi, certains aspects connexes n'ont pas été développés ou abordés, comme la permanence des soins hospitalière, et celle d'autres professionnels tels que les pharmaciens ou les ambulanciers. Les questionnements à propos des « garde médico-administratives », importants à l'heure actuelle mais ne rentrant pas véritablement dans le champ des missions de la permanence des soins, n'ont pas non plus été développés. Il est toutefois nécessaire de prendre en compte ces différents éléments pour mener la réorganisation du dispositif de permanence des soins. Enfin, l'organisation de la permanence des soins est une thématique importante du projet de loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » (HPST), qui va être prochainement débattu au Parlement. Elle va donc vraisemblablement encore évoluer prochainement.

Après une présentation de la notion de permanence des soins, de son cadre juridique et financier, et des contraintes auxquelles elle est confrontée, une seconde partie dresse le bilan du dispositif mis en œuvre dans le Cantal, et montre en quoi il est aujourd'hui nécessaire de le réorganiser. Une dernière partie retrace les différentes étapes de la démarche de réorganisation actuellement menée dans le département. Des pistes d'amélioration du dispositif sont enfin proposées au vu des premiers éléments issus du processus en cours et des perspectives qui se dessinent au niveau national.

1 Une permanence des soins en pleine évolution

La permanence des soins a été bouleversée en 2003. Cette mission a enfin été définie, et de nouvelles modalités d'organisation et de financement ont peu à peu été mises en place. Le nouveau dispositif n'est toutefois pas encore stabilisé, et il est aujourd'hui fortement remis en cause.

1.1 La permanence des soins : une définition récente

L'apparition du concept de « permanence des soins » (PDS) est récente. L'émergence d'une définition précise a permis de la distinguer de notions proches : la continuité des soins et l'aide médicale urgente.

Elle a également permis de mieux identifier le rôle de la PDS parmi les autres acteurs de la prise en charge des urgences et des besoins de soins non programmés, avec lesquels elle doit être étroitement articulée.

1.1.1 L'émergence du concept de « permanence des soins »

L'expression « permanence des soins » apparaît en 1955⁵, puis elle est reprise dans l'article 77 du Code de déontologie médicale du 16 septembre 1995⁶. Mais c'est l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003⁷ qui, en créant pour la première fois un chapitre V du Code de la Santé Publique intitulé « Permanence des soins »⁸, a réellement donné une base juridique à cette notion.

La définition la plus communément retenue de la PDS est issue du rapport du groupe de travail dirigé par le sénateur honoraire Charles Descours, en 2003. Selon ce rapport, la PDS de ville se définit comme « l'organisation mise en place par des professionnels de santé afin de répondre par des moyens structurés, adaptés et régulés, aux demandes de soins non programmés exprimées par un patient. Elle couvre les plages horaires comprises en dehors des horaires d'ouverture des cabinets libéraux et en l'absence d'un médecin traitant »⁹.

1.1.2 Permanence des soins et continuité des soins : deux notions distinctes mais complémentaires

Le rapport Descours précise que « La permanence des soins n'est pas la continuité des soins ». Cette distinction est importante car ces notions, fréquemment employées, le

⁵ Dans le décret n° 55-1591 du 28 novembre 1955 portant Code de déontologie médicale.

⁶ Violla F., « Prolégomènes sur les notions de permanence des soins, de continuité des soins et de continuité du service public », *Revue générale de droit médical*, p. 31.

⁷ Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003.

⁸ Chapitre V du titre II du livre III de la IVème partie du Code de la Santé Publique.

⁹ Descours Ch., Rapport du groupe de travail opérationnel sur la permanence des soins, p. 6.

sont bien souvent de manière confuse et imprécise, comme le souligne François Vialla¹⁰. La continuité des soins est un des devoirs déontologiques des médecins envers leurs patients, ainsi que le stipule l'article 47 du Code de déontologie médicale¹¹ : « Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée ». « S'il se dégage de sa mission, il [le médecin] doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins ». La continuité des soins est donc une fin, et vise à assurer aux patients un suivi médical continu, à la fois au niveau temporel (à toutes heures) et au niveau spatial (en tous points du territoire), tandis que la PDS peut être considérée comme « le mode d'organisation de la continuité »¹².

Ainsi que le rappelle Maxence Cormier¹³, les établissements de santé doivent également appliquer les principes de continuité et de PDS. PDS de ville et PDS au sein de ces établissements sont « deux formes de permanence des soins qui ont le même objet, mais pas le même champ d'application » ; seule la première des deux sera traitée dans le cadre de ce travail.

La PDS est donc une organisation de l'offre de soins mise en œuvre afin de répondre au principe de continuité des soins, et plus globalement aux principes fondamentaux de notre système de santé : droit à la protection de la santé de l'ensemble des citoyens¹⁴, solidarité et accessibilité.

1.1.3 La permanence des soins de ville, maillon d'un vaste dispositif de prise en charge des urgences et des besoins de soins non programmés

Après avoir distingué continuité des soins et PDS, il est nécessaire de situer cette dernière dans le cadre global de la prise en charge des urgences, dont l'organisation a été profondément rénovée par les décrets du 22 mai 2006¹⁵. En effet, notre système de santé est organisé de façon à permettre une gradation de la prise en charge des soins non programmés. La PDS doit donc être différenciée de l'« aide médicale urgente » (AMU) et des urgences hospitalières, tout en s'articulant avec elles.

L'AMU a été définie par la loi du 6 janvier 1986¹⁶ : elle « a pour objet, en relation notamment avec les dispositifs communaux et départementaux d'organisation des

¹⁰ Vialla F., op.cit. p.12.

¹¹ Article 47 du Code de déontologie médicale aujourd'hui codifié : article R. 4127-47 du Code de la Santé Publique.

¹² Vialla F., op.cit. p.30.

¹³ Cormier M., « Permanence des soins et établissements de santé », *Revue générale de droit médical*, p. 81.

¹⁴ Le droit à la protection de la santé est, selon la jurisprudence du Conseil constitutionnel, s'appuyant notamment sur l'alinéa 11 du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, un principe de valeur constitutionnelle.

¹⁵ Décrets n° 2006-576 et 2006-577 du 22 mai 2006 relatifs à la médecine d'urgence.

¹⁶ Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

secours, de faire assurer aux malades, blessés et parturientes, en quelque endroit qu'ils se trouvent, les soins d'urgence appropriés à leur état ». Les urgences hospitalières, elles, répondent aux besoins de soins urgents grâce à un plateau technique dédié au sein de l'hôpital.

Distinguer l'urgence de la PDS peut cependant s'avérer délicat : Valérie Liénart-Duthil parle ainsi de « zone frontière, car « la définition des soins urgents est en constante évolution en fonction des progrès de la médecine »¹⁷. En effet, l'urgence n'est aujourd'hui pas définie juridiquement. On peut toutefois tenter d'établir une typologie de l'urgence. Ainsi, Julie Moreau identifie deux grandes catégories d'urgences¹⁸ : « l'urgence réelle ou vraie », objectivement qualifiable par le médecin, comme « la situation résultant de la réalisation d'un évènement pathologique ou traumatique soudain, ou de l'évolution prévisible d'une maladie, qui fait naître un péril imminent sur l'individu qui en est victime », et « l'urgence ressentie », plus subjective, qui est « une urgence relative, guidée par le stress et par l'émotivité du patient ». Une autre catégorisation des urgences est effectuée par le SAMU, comme le rappelle Valérie Liénart-Duthil¹⁹ : le niveau 1 correspond à l'urgence absolue (pronostic vital mis en jeu), le niveau 2 à l'urgence vraie (avis médical indispensable immédiatement), le niveau 3 à la PDS (avis médical nécessaire dans la demi-journée) et le niveau 4 au conseil médical (conseil téléphonique donné par le médecin régulateur).

La circulaire du 16 avril 2003²⁰ a également distingué PDS et AMU. Ainsi, relèverait de la PDS le « besoin de consultation exprimé en urgence » et requérant « dans un délai relativement rapide mais non immédiat, la présence d'un médecin » ; relèveraient de l'AMU les « besoins de soins immédiats, susceptibles d'engager le pronostic vital ou fonctionnel, qui exigent quels que soient l'endroit ou les circonstances, l'intervention d'un médecin formé à la prise en charge des urgences ».

Cette circulaire a également identifié comme prioritaire l'amélioration de l'articulation entre la PDS et l'AMU, car ces deux notions sont en réalité complémentaires, et doivent être coordonnées. La nécessité de cette articulation a été confirmée par l'arrêté du 27 avril 2004²¹, qui a ajouté un volet « prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins » dans la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de troisième génération.

Les acteurs de l'urgence sont tout d'abord les acteurs de l'urgence pré-hospitalière.

¹⁷ Liénart-Duthil V., Zones rurales isolées : le généraliste de garde est-il nécessaire ? Quelles propositions pour demain ?, p.40.

¹⁸ Moreau J., *L'urgence médicale*, Tome 1, pp. 27 et 30.

¹⁹ Liénart-Duthil V., op.cit., p.39.

²⁰ Circulaire du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences.

²¹ Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires.

Le principal d'entre eux est le SAMU, créé par la loi du 6 janvier 1986, chargé de veiller à la coordination et la complémentarité des opérations de secours en amont de l'hôpital. Selon Julie Moreau, « le SAMU constitue actuellement l'élément central de l'AMU, et même « la pierre angulaire du système de secours d'urgence »²². Dans chaque département, le SAMU est chargé de cinq missions²³ : 1) Assurer une écoute médicale permanente, grâce au Centre de Réception et de Régulation des Appels (CRRA), qui coordonne l'activité des différents acteurs de l'AMU ; 2) Déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée, grâce à l'évaluation, par téléphone, de la gravité de la situation par le médecin régulateur ; 3) S'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, appropriés à l'état du patient ; 4) Organiser le cas échéant le transport médicalisé du patient dans un établissement de santé ; 5) Veiller à l'admission du patient au sein d'un service d'urgence. Par la régulation médicale des appels, le SAMU offre une réponse graduée à l'urgence.

Cette réponse graduée peut consister en l'envoi d'une Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR) sur le lieu de détresse. Les SMUR, créées en 1965, sont localisées dans les hôpitaux et sont réparties de façon à avoir un rayon d'action correspondant à un délai maximal de 30 minutes. Une SMUR remplit deux missions : 1) « Assurer, en permanence, en tous lieux et prioritairement hors de l'établissement de santé auquel il est rattaché, la prise en charge d'un patient dont l'état requiert de façon urgente une prise en charge médicale et de réanimation, et, le cas échéant, et après régulation par le SAMU, le transport de ce patient vers un établissement de santé » 2) « Assurer le transfert entre deux établissements de santé, d'un patient nécessitant une prise en charge médicale pendant le trajet »²⁴.

Les transporteurs sanitaires privés (ambulanciers), peuvent également être sollicités par le SAMU, et doivent, en vertu de l'article R.6312-18 du Code de la Santé Publique, assurer une garde sur l'ensemble du territoire départemental.

Le SDIS peut aussi intervenir en tant que transporteur sanitaire, de façon résiduelle, à la demande du SAMU, en cas d'indisponibilité avérée des ambulanciers privés.

En amont de l'hôpital, le SAMU peut enfin s'appuyer sur les médecins libéraux pour assurer les premiers gestes de secours en attendant l'arrivée d'une SMUR. Cet appui peut prendre la forme du dispositif des « médecins correspondants de SAMU », c'est-à-dire des médecins libéraux volontaires, formés et disposant d'un équipement d'urgence de base et constituant un « relais dans la prise en charge de l'urgence vitale »²⁵. Ce

²² Moreau J., op.cit., p.130.

²³ Article R.6311-2 du Code de la Santé Publique.

²⁴ Article R.6123-15 du Code de la Santé Publique.

²⁵ Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU).

dispositif est principalement mis en œuvre dans les zones isolées ou « zones blanches » (distantes de plus de 30 minutes d'une SMUR).

Les acteurs de la prise en charge de l'urgence sont, d'autre part, les structures de médecine d'urgence hospitalières. Celles-ci, pour être autorisées à fonctionner, doivent disposer de lits d'hospitalisation complète en médecine, et d'un accès à des plateaux techniques en chirurgie, imagerie médicale et analyse de biologie médicale²⁶.

L'articulation de ces différents acteurs de l'AMU se fait au travers d'une instance créée par la loi du 6 janvier 1986, le CODAMUPS.

Par ailleurs, la mise en place de « réseaux des urgences »²⁷, prévue par les décrets du 22 mai 2006, a pour objectif d'organiser et de formaliser ces liens entre l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge des urgences. Ils permettent de coordonner les établissements comportant une structure des urgences avec l'ensemble des acteurs impliqués, en amont et en aval, notamment les médecins libéraux, dans un souci d'articulation de l'AMU et de la PDS ambulatoire²⁸.

1.2 La permanence des soins : un dispositif complexe

Jusqu'à une période très récente, la PDS n'avait pas de cadre juridique spécifique. Auparavant dénommée « gardes médicales », elle était traditionnellement une obligation déontologique des médecins. Elle « était organisée de manière spontanée par les médecins, qui définissaient entre eux, de manière consensuelle, les contours des secteurs de garde et arrêtaient le tableau de garde »²⁹. Julie Moreau explique ainsi que les médecins généralistes libéraux s'étant progressivement organisés d'eux-mêmes afin d'assurer la PDS, « les pouvoirs publics, spectateurs satisfaits de cette organisation autonome et efficace, n'ont donc pas entendu réglementer cette activité »³⁰.

Mais celle-ci dispose désormais d'un cadre juridique précis et complexe, caractérisé par ses nombreuses évolutions.

1.2.1 D'une obligation déontologique à une mission de service public

Pendant longtemps, la seule référence juridique à la PDS a été l'article 77 du Code de déontologie médicale, dont le premier alinéa stipulait que « dans le cadre de la permanence des soins, c'est un devoir pour tout médecin de participer aux services de garde de jour et de nuit ».

Mais le 15 novembre 2001, les médecins généralistes libéraux ont débuté un vaste mouvement de grève des gardes de nuit et de week-end afin, dans un premier temps, de

²⁶ Article R.6123-6 du Code de la Santé Publique.

²⁷ Article R.6123-26 du Code de la Santé Publique.

²⁸ Article R.6123-28 du Code de la Santé Publique.

²⁹ Broudic P., « L'organisation de la permanence des soins », *Revue générale de droit médical*, p.71.

revendiquer une revalorisation financière de leurs actes. Le mouvement s'est poursuivi durant sept mois, s'est durci, et leurs revendications ont évolué : les médecins ont alors exprimé un profond malaise, leur souhait de voir leurs conditions de travail s'améliorer, et pour cela, notamment, de repenser la PDS, qui constituait une charge de travail importante et pénible, en contrepartie de laquelle ils n'étaient alors ni reconnus ni spécifiquement rémunérés. Face à cette situation, l'Etat, le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et l'assurance maladie ont signé, le 1^{er} mars 2002, un « Protocole national sur la permanence des soins ». Mais le président du CNOM ayant été désavoué par une majorité de ses pairs, le bureau du CNOM a dû démissionner. En conséquence, le ministre de la santé J.-F. Mattéi a alors constitué un groupe de travail opérationnel sur la PDS, sous la responsabilité du sénateur Charles Descours (entre temps, la circulaire du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins de ville avait déjà demandé aux services déconcentrés de mettre en œuvre une nouvelle organisation de la PDS).

Le rapport du groupe de travail mené par Charles Descours, remis au ministre le 22 janvier 2003, préconisait de faire reposer la PDS sur le volontariat des médecins généralistes, et de la qualifier de mission d'intérêt général. Le principe du volontariat a été retenu et intégré dans la réglementation par le décret du 15 septembre 2003, qui a modifié l'article 77 du Code de déontologie médicale³¹, et par l'article R.6315-4 alinéa 1 du Code de la Santé Publique³².

Cependant, bien que la PDS repose désormais sur le principe du volontariat, les médecins doivent continuer à respecter l'article 47 du Code de déontologie médicale et le principe de continuité des soins. Ainsi, un médecin qui n'est pas volontaire pour assurer la mission de PDS doit quand même s'assurer que ses patients seront bien pris en charge dans le cadre du dispositif de PDS.

Celle-ci a ensuite été reconnue comme une mission d'intérêt général par l'article L.6315-1 du Code de la Santé Publique, modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003³³. Enfin, l'article L 6314-1 du Code de la Santé Publique, modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007³⁴, définit aujourd'hui la PDS comme une mission de service public³⁵. Cette modification permet désormais de faire bénéficier

³⁰ Moreau J., op.cit., p.186.

³¹ Décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du Code de déontologie médicale. Article 77 du Code de déontologie médicale : « Il est du devoir du médecin de participer à la permanence des soins dans le cadre des lois et règlements qui l'organisent ».

³² Article R.6315-4 alinéa 1 du Code de la Santé Publique : « Les médecins participent à la permanence des soins sur la base du volontariat ».

³³ Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la sécurité sociale pour 2003.

³⁴ Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

³⁵ L'article L. 6314-1 du Code de la Santé Publique stipule que « Sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins [...] participent à la mission de service public de permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat ».

les médecins effecteurs et les médecins régulateurs, quel que soit leur statut, de la protection juridique de l'Etat.

1.2.2 Les nouvelles modalités d'organisation de la permanence des soins

Suite au mouvement de grève des gardes de 2001-2002 et à la publication du rapport Descours, une succession de textes ont peu à peu défini les bases organisationnelles de la PDS. Le décret du 15 septembre 2003³⁶ a fixé les modalités d'organisation de la PDS et les conditions de participation des médecins. Le décret du 7 avril 2005³⁷ a ensuite apporté des modifications permettant une plus grande souplesse du dispositif, en introduisant des possibilités d'adaptation au niveau local. Enfin, le décret du 22 décembre 2006³⁸ a étendu les horaires de la PDS aux samedis après-midi, veilles et lendemains de fêtes, lorsque le jour férié est un vendredi ou un lundi. De nombreuses circulaires ont explicité le nouveau dispositif de PDS depuis son instauration, et donné des indications sur les modalités pratiques de sa mise en place. De ce foisonnement de réglementation, on peut déduire les grands principes directeurs de l'organisation actuelle de la PDS.

La PDS constitue, selon l'article L 6314-1 du Code de la Santé Publique, une mission de service public, basée depuis le décret n° 2003-881 du 15 septembre 2003 sur le volontariat des médecins. Cependant, il faut noter qu'« une ambiguïté importante persiste entre la possibilité de volontariat offerte par la loi et l'obligation de remplir le tableau de garde sous peine de réquisitions »³⁹. En effet, deux types de contraintes viennent contrebalancer le principe du volontariat et en limiter les éventuelles défaillances : « la contrainte ordinale et la contrainte préfectorale »⁴⁰.

Un tableau nominatif des médecins de garde est établi, pour chaque secteur de PDS et pour au moins trois mois. Il est transmis 45 jours avant sa mise en œuvre au CDOM, qui le transmet à son tour, 10 jours avant sa mise en œuvre, au préfet, au SAMU, aux médecins concernés, aux caisses d'assurance maladie et aux organisations représentatives des médecins libéraux si elles en font la demande⁴¹. Mais, si le CDOM constate une absence ou une insuffisance de médecins volontaires pour participer à la PDS, l'article R.6315-4 alinéa 2 du Code de la Santé Publique prévoit qu'il peut effectuer

³⁶ Décret n° 2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire et aux conditions de participation des médecins à cette permanence.

³⁷ 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.

³⁸ Décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

³⁹ Liénart-Duthil V., op.cit., p.32.

⁴⁰ Louvel K., Du service médical d'hier à la permanence des soins aujourd'hui. Enjeux et contraintes du système de garde en médecine générale depuis la fin du XIXe siècle, p.84.

⁴¹ Article R. 6315-2, alinéa 1 et alinéa 3, du Code de la Santé Publique.

des consultations et des démarches auprès des organisations représentatives de la profession pour compléter le tableau de garde. Si, à l'issue de ces consultations et démarches, le tableau de permanence demeure incomplet, le préfet peut procéder aux réquisitions nécessaires. Si le pouvoir incitatif du CDOM s'avère insuffisant, l'administration dispose ainsi d'un véritable pouvoir coercitif.

Selon l'article R.6315-1 du Code de la Santé Publique, la PDS est assurée par des médecins libéraux ou des centres de santé de garde ou d'astreinte, des médecins appartenant à des associations de permanence des soins, et des médecins non conventionnés⁴². Elle est mise en œuvre de 20 heures à 8h les jours ouvrés, les dimanches et jours fériés et, « en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et de l'offre de soins existante, pour tout ou partie des secteurs du département : 1) Le samedi à partir de midi ; 2) Le lundi lorsqu'il précède un jour férié ; 3) Le vendredi et le samedi lorsqu'ils suivent un jour férié »⁴³.

Le cahier des charges départemental de la PDS, introduit par l'arrêté du 12 septembre 2003⁴⁴, peut cependant prévoir qu'elle fait l'objet de modalités distinctes « en fonction des besoins de la population évalués à partir de l'activité médicale constatée et des délais d'intervention dans les différents secteurs du département ».

Dans le cadre de la PDS, « le médecin de permanence intervient auprès du patient par une consultation ou une visite »⁴⁵, après la mise en œuvre de la « pierre angulaire » du nouveau dispositif : la régulation.

La régulation médicale des appels « améliore les conditions d'exercice des médecins libéraux » et « permet d'une part, d'apporter aux urgences les plus lourdes une réponse adaptée dans les meilleurs délais et, d'autre part, de réorienter les demandes dont les réponses peuvent être différées et apportées par le médecin traitant dans le cadre d'une consultation programmée »⁴⁶. Le principe de l'accès au médecin par une régulation préalable, aux horaires de PDS, est acté depuis la circulaire du 15 juillet 2002⁴⁷ et le rapport Descours en 2003. Cette régulation, selon l'article R.6315-3 du Code de la Santé Publique, est organisée par le SAMU, mais peut également être assurée « par des centres d'appel des associations de permanence des soins si-ceux-ci sont interconnectés

⁴² Il s'agit d'une modification apportée par la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

⁴³ Article R.6315-1 du Code de la Santé Publique, modifié par le décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

⁴⁴ Arrêté du 12 septembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. Ce cahier des charges est mentionné à l'article R.6315-6 du Code de la Santé Publique.

⁴⁵ Article R. 6315-5 du Code de la Santé Publique.

⁴⁶ Circulaire du 12 décembre 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire.

⁴⁷ Circulaire du 15 juillet 2002 relative à la permanence des soins de ville.

avec le SAMU », dans le cadre d'une convention conclue avec l'établissement siège du SAMU.

Le dispositif de PDS est organisé au niveau du département, « en liaison avec les établissements de santé publics et privés et en fonction des besoins évalués par le CODAMUPS ».

Pour cela, « le département est divisé en secteurs dont le nombre et les limites sont fixés en fonction de données géographiques et démographiques ainsi que de l'offre de soins existante » (ces limites peuvent être adaptées en fonction des périodes de l'année et des besoins de la population)⁴⁸. Cette sectorisation doit « mailler intégralement le territoire départemental afin que, en cas de besoin, toute la population ait le même accès aux soins, en dehors des heures normales d'ouverture des cabinets médicaux »⁴⁹. Elle est arrêtée par le préfet de département⁵⁰, après consultation du CDOM et avis du CODAMUPS. Des secteurs interdépartementaux peuvent éventuellement être constitués.

Le cahier des charges départemental « fixe les conditions particulières d'organisation de la permanence des soins et de la régulation » et doit mentionner plusieurs catégories d'éléments, tels que « l'état de l'offre de soins et l'évaluation des besoins de la population » ou encore « les indicateurs de suivi et les modalités d'évaluation du fonctionnement de la régulation »⁵¹.

Cette organisation départementale de la PDS fait toutefois l'objet d'orientations régionales. En effet, la loi du 13 août 2004⁵² a confié aux MRS le soin d'établir des propositions en matière d'organisation et de fonctionnement du dispositif. Après les avoir soumises pour avis à diverses organisations⁵³, ces propositions, ainsi que les avis recueillis, sont transmis par la MRS au préfet de département⁵⁴.

On voit que l'organisation de la PDS fait intervenir une multiplicité d'acteurs (représentants des médecins libéraux, des transporteurs sanitaires, DDASS, SDIS, collectivités territoriales, CDOM, Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH), SAMU...). Ils se concertent au sein du CODAMUPS qui, selon l'article R.6313-1 du Code de la Santé Publique, « veille à la qualité de la distribution de l'aide médicale urgente, à

⁴⁸ Article R.6315-1 du Code de la Santé Publique.

⁴⁹ Barbat-Bussière S., L'offre de soins en milieu rural : l'exemple d'une recherche appliquée en Auvergne, p.141.

⁵⁰ A Paris, la sectorisation est arrêtée par le préfet de police.

⁵¹ Article R.6315-6 du Code de la Santé Publique.

⁵² Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

⁵³ Conseil régional de l'Ordre des médecins, représentants régionaux des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, union des médecins exerçant à titre libéral, représentants désignés au niveau régional par les organisations représentatives au niveau national des médecins exerçant la médecine d'urgence dans les établissements hospitaliers, associations de professionnels participant à la permanence des soins.

⁵⁴ Article R.6315-7 du Code de la Santé Publique.

l'organisation de la permanence des soins et à son ajustement aux besoins de la population ». La composition et les missions de ce comité, créé en 1986⁵⁵, ont été modifiées par le décret du 15 septembre 2003 afin d'élargir sa compétence à la PDS. Il est présidé par le préfet de département et comprend deux sous-comités : le sous-comité médical et le sous-comité des transports sanitaires. Les représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie sont partie intégrante du CODAMUPS. En effet, l'assurance maladie, par le biais de son financement, joue un rôle essentiel dans le dispositif de PDS.

1.2.3 Les nouvelles modalités de financement de la permanence des soins

Depuis 2002, la PDS fait l'objet d'un financement spécifique par l'assurance maladie, négocié avec les médecins libéraux au moyen des conventions et des avenants à la convention⁵⁶. En effet, en janvier 2002, durant le mouvement de grève des gardes, ont été actés les principes d'une rémunération des astreintes des médecins (50 € pour 12 heures de garde) et le financement de la régulation par le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville (FAQSV), un fonds à caractère expérimental.

L'avenant n° 4 à la convention des médecins libéraux du 12 janvier 2005⁵⁷ a ensuite été le pendant financier du décret du 7 avril 2005. De nouvelles modalités de participation de l'assurance maladie au financement du dispositif de PDS sont prévues. Concernant la régulation, l'assurance maladie prend en charge le coût de la formation des médecins et, si besoin, de leur responsabilité civile professionnelle pour cette activité, et rémunère les médecins régulateurs libéraux d'un forfait de 3C/heure (60 €). La période de PDS est divisée en trois plages horaires, auxquelles correspondent des rémunérations d'astreintes revalorisées : 50 € de 20 heures à minuit, 100 € de minuit à 8 heures et 150 € pour les dimanches et jours fériés, de 8 heures à 20 heures⁵⁸. Enfin, les actes effectués sur demande du médecin régulateur, durant la période de PDS, font l'objet de « majorations spécifiques ».

Depuis quelques années, les pouvoirs publics ont essayé de promouvoir des structures permettant d'assurer de manière innovante la PDS, telles que les Maisons Médicales de Garde (MMG).

Le Dr J.-Y. Grall a remis en juillet 2006 un rapport au ministre de la santé recommandant de développer le modèle des MMG. En effet, selon ce rapport, « Le

⁵⁵ Loi n° 86-11 du 6 janvier 1986 relative à l'aide médicale urgente et aux transports sanitaires.

⁵⁶ Article L.162-5 alinéa 16 du Code de la sécurité sociale : la convention détermine notamment « le mode de rémunération par l'assurance maladie, le cas échéant autre que le paiement à l'acte, de la participation des médecins au dispositif de permanence des soins ».

⁵⁷ Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n° 1, n° 3 et n° 4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

⁵⁸ La réglementation prévoyant qu'une seule astreinte est due par l'assurance maladie par secteur de garde et par plage horaire de permanence des soins.

concept de permanence fixe de prestation de médecine générale libérale, communément appelé maison médicale de garde, ne représente qu'une des formes de réponse à la permanence de soins ambulatoire. Son développement laisse cependant à penser que dans le cadre du maintien d'une PDS libérale, la MMG représentera peut être le mode d'action prédominant à brève échéance »⁵⁹. Il explique qu' « il convient de considérer le concept de maison médicale de garde comme une solution préparant assurément l'avenir »⁶⁰ car elles présentent des avantages majeurs : elles peuvent être « un élément de remédicalisation du milieu rural », un « socle qui peut évoluer vers des maisons de santé », et elles permettent « de réimpliquer les professionnels dans la permanence de soins »⁶¹.

Le FAQSV avait contribué au développement de cette nouvelle forme d'organisation de la PDS. Il a été fusionné avec la Dotation Nationale pour le Développement des Réseaux (DNDR) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007⁶², pour former désormais le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS).

Ce fonds, par l'attribution d'aides aux professionnels de santé, finance des actions visant à améliorer la qualité et la coordination des soins dispensés en ville. Sa gestion est confiée aux MRS⁶³, et il est chargé de contribuer, notamment, au financement d'actions ou de structures concourant à l'amélioration de la PDS.

La création du FIQCS témoigne donc de la volonté des pouvoirs publics de pérenniser les fonds attribués aux MMG. Leur financement repose en effet désormais sur une convention pluriannuelle (d'une durée de cinq ans), signée entre le directeur de la MRS et le promoteur de la MMG. Selon la circulaire du 23 mars 2007, une MMG doit répondre à un besoin précis, fonctionner sur la base d'un cahier des charges contractualisé avec la MRS et son accès doit normalement être régulé préalablement.

1.3 La permanence des soins : un dispositif aujourd'hui remis en cause

Ce nouveau cadre réglementaire et conventionnel a peu à peu été mis en place, mais il est aujourd'hui sévèrement remis en cause. Il apparaît en effet que le nouveau dispositif, qui se heurte à de nombreuses contraintes, ne parvient pas à remplir ses missions, et connaît d'importants dysfonctionnements au niveau national.

⁵⁹ Grall J.-Y., *Les maisons médicales de garde*, Rapport remis à Mr Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, p.22.

⁶⁰ Grall J.-Y., op.cit. p.25.

⁶¹ Grall J.-Y., op.cit. pp. 22 et 23.

⁶² Article 94 de la loi n° 2006-1640 du 22 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, qui a modifié l'article L.221-1-1 du Code de la sécurité sociale.

⁶³ La création du FIQCS permet donc un co-pilotage de ce fonds, car sa gestion est confiée aux MRS, qui associent l'Etat (représenté par l'ARH) et l'assurance maladie.

1.3.1 Une situation aujourd'hui insatisfaisante au niveau national

Malgré quelques améliorations, le fonctionnement du nouveau dispositif de PDS se heurte à d'importantes difficultés.

Grâce au nouveau dispositif, et surtout grâce à la régulation médicale, les conditions d'exercice des médecins généralistes libéraux sont aujourd'hui meilleures : la régulation permet de diminuer le nombre de visites à domicile, réduisant ainsi la charge et la pénibilité de la garde ; elle est rassurante pour les médecins effecteurs, qui peuvent s'appuyer sur l'avis de leur confrère régulateur.

Le CNOM mène chaque année une enquête afin d'effectuer un état des lieux de la PDS en France. Les derniers résultats⁶⁴ dressent un bilan en demi-teinte.

Des difficultés liées au principe du volontariat persistent : des réquisitions préfectorales ont été nécessaires dans 41 départements en 2007, alors même que « là où les carences du tableau sont les plus criantes en raison d'une absence de volontariat généralisée, les préfets n'ont pas ou peu réquisitionné et ont laissé en l'état des secteurs et des tableaux incomplets ». En effet, même si l'investissement des médecins libéraux dans le dispositif est important⁶⁵, il persiste « de fortes disparités entre les secteurs urbains et les secteurs ruraux où les solidarités confraternelles s'expriment plus fortement »⁶⁶.

D'autre part, la sectorisation rencontre des difficultés qui fragilisent le dispositif (elles ont été soulignées par les rapports de l'Inspection Générale de l'Administration et de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGA et IGAS) en 2006 et du Dr J.-Y. Grall en 2007, et par le rapport d'information de l'Assemblée nationale en 2008⁶⁷). En effet, le rapport IGA/IGAS explique que « l'objectif de réduction du nombre de secteurs n'a été que partiellement atteint »⁶⁸. De fait, on dénombre à ce jour 2 696 secteurs de garde, contre 2 737 début 2007, et 3 770 début 2003. De plus, « la sur-sectorisation en nuit profonde (0h-8h) envisagée par le décret du 7 avril 2005 et qui permet de regrouper après minuit deux ou plusieurs secteurs » reste modeste : elle « a permis de regrouper 261 secteurs »⁶⁹ seulement en 2007.

Ceci pose un important problème financier, car la diminution du nombre des secteurs de garde était la contrepartie nécessaire de la revalorisation, par l'assurance maladie, du montant des astreintes, introduite par l'avenant n° 4 à la convention des médecins libéraux.

⁶⁴ Conseil National de l'Ordre des Médecins, *L'état des lieux de la permanence des soins*, janvier 2008.

⁶⁵ Voir annexe n°3.

⁶⁶ Conseil National de l'Ordre des Médecins, op.cit. p.13.

⁶⁷ IGA, IGAS, Evaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. J.-Y. Grall, Rapport de la Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Boënnec Ph., Rapport d'information sur la permanence des soins, op.cit.

⁶⁸ IGA, IGAS, op.cit. p.8.

⁶⁹ Conseil National de l'Ordre des Médecins, op.cit. p. 5.

Comme l'explique P.-L. Bras⁷⁰, « la générosité de l'un [l'assurance maladie] ne sera pas équilibrée par la rigueur de l'autre [l'Etat] ; le nombre de secteurs de garde ne sera pas réduit dans les proportions prévues », c'est-à-dire la mutualisation, après minuit, d'environ un secteur sur deux en moyenne nationale. Ainsi, le nouveau dispositif de PDS, en raison de ce renchérissement induit par l'avenant n° 4 à la convention et le triplement du barème des astreintes, s'avère très onéreux, étant donné le faible nombre d'actes qui sont effectués, surtout après minuit (« dans certains secteurs, le coût de revient de l'acte en « nuit profonde » [...], lorsqu'il vient à survenir, heurte le bon sens »⁷¹). L'ampleur de ce renchérissement est soulignée par le récent rapport de l'Assemblée nationale : « le coût en année pleine du dispositif de permanence des soins ambulatoire est passé de 263 millions d'€ en 2004 à 359 millions d'€ en 2006, soit une hausse de 37 % »⁷². Cependant, ce chiffre ne concerne que les dépenses financées au titre du « risque », c'est-à-dire entrant dans le champ de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM). En réalité, le coût de la PDS, si l'on prend en compte l'ensemble des dépenses y afférant, dépasse les 600 millions d'€ en 2006⁷³.

D'autre part, même si l'IGA et l'IGAS constatent, comme le CNOM, un important taux de participation des médecins à la PDS, ils constatent également que « la tendance est au désengagement de la médecine libérale en seconde période de nuit »⁷⁴. Les urgences hospitalières doivent de plus en plus gérer des demandes de soins relevant normalement de la PDS, et cet engorgement peut devenir dangereux, car l'hôpital se retrouve alors obligé de mobiliser d'importants moyens qui pourraient être nécessaires dans le cadre de la prise en charge des urgences vitales.

La couverture des secteurs de garde est bien souvent incomplète. On rencontre en effet sur le territoire des « zones blanches » (des secteurs où il n'y a aucun effecteur), « des secteurs où la permanence des soins n'est pas assurée à certaines périodes » ou encore « des tableaux d'astreinte structurellement incomplets »⁷⁵. Les parlementaires ont donc constaté, en 2008, que « Cinq ans après sa mise en œuvre, le dispositif de permanence des soins n'est pas en mesure de garantir une égalité d'accès aux soins en dehors des horaires d'ouverture des cabinets médicaux sur l'ensemble du territoire »⁷⁶.

⁷⁰ Bras P.-L., « Permanence des soins et assurance maladie », *Revue générale de droit médical*, p. 55.

⁷¹ IGA, IGAS, op.cit. p.28. Certains vont plus loin : ainsi, J.-N. Cabanis, dans *DH Magazine* n°105, mars 2006, affirme que « cette organisation coûte fort cher pour un service médiocre » !

⁷² Boënnec Ph., op.cit. p.26. Ce chiffre de 359 millions d'€ sous-estime le coût réel total de la permanence des soins, car il ne prend pas en compte les dépenses prises en charge par le FIQCS et tous les coûts induits, tels que les dépenses induites par les transports sanitaires, celles liées au surcroît d'activité dans les services d'urgence, mais surtout l'application des dispositions du décret du 22 décembre 2006, c'est-à-dire le paiement des astreintes les samedis après-midi, les lundis précédant un jour férié, les vendredis et samedis suivant un jour férié.

⁷³ Boënnec Ph., op.cit. p.29.

⁷⁴ IGA, IGAS, op.cit. p.14.

⁷⁵ IGA, IGAS, op.cit. p.12.

⁷⁶ Boënnec Ph., op.cit. p.15.

Enfin, les différents rapports identifient une autre difficulté structurelle du nouveau dispositif : « la multiplicité des acteurs de l'organisation de la PDS est source de confusion dans la répartition des rôles. Elle complique inutilement la prise de décision et donne lieu localement à des pratiques divergentes », tandis que « les préfets ne manquent pas de souligner le caractère limité de leurs moyens d'action pour prévenir les difficultés »⁷⁷.

Le pilotage de la PDS est effectivement complexe et éclaté entre de nombreux intervenants. L'Etat est chargé, au niveau national, de définir les modalités générales d'organisation de la PDS, le cadre financier relevant des partenaires conventionnels (assurance maladie et partenaires sociaux). A l'échelon de la région, les MRS émettent des propositions d'organisation de la PDS, transmises au préfet de département. Celui-ci est chargé de définir le cadre opérationnel de la PDS au niveau local, en arrêtant le cahier des charges et la sectorisation, sur avis du CDOM et du CODAMUPS⁷⁸. Cette multitude d'acteurs rend particulièrement difficile le pilotage de la PDS. Certains se montrent parfois encore davantage cinglants à propos des « ambiguïtés de la répartition des fonctions » entre un « Etat-organisateur » et une « assurance maladie-payeur »⁷⁹.

Les difficultés et insuffisances du dispositif de PDS identifiées en 2006 par l'IGA et l'IGAS ont de nouveau été pointées du doigt par le rapport Grall en 2007⁸⁰. Celui-ci, encore plus sévère que les précédents, va jusqu'à proposer de refonder complètement le dispositif de PDS : en effet, selon J.-Y. Grall, « le constat effectué » implique « un changement de paradigme, car il ne semble plus l'heure d'entamer un « replâtrage » du système actuel mais au contraire il paraît nécessaire d'envisager une approche nouvelle, cohérente et structurelle »⁸¹. Cette dernière serait constituée par un rapprochement des missions de PDS et d'AMU afin de former une Aide Médicale Permanente à la Population (AMPP)⁸².

1.3.2 Un dispositif confronté à de multiples contraintes

Les difficultés et dysfonctionnements auxquels est aujourd'hui confronté le nouveau dispositif de PDS sont étroitement liés à diverses contraintes, sur lesquelles il s'avère particulièrement délicat d'agir.

Un premier problème est lié à la démographie des médecins généralistes libéraux, en charge de la réalisation, sur le terrain, de la PDS. A première vue, la situation est

⁷⁷ IGA, IGAS, op.cit. p.32.

⁷⁸ Voir annexe n°4.

⁷⁹ Bras P.-L., op.cit., p.55 : « la division du travail entre l'Etat et l'assurance maladie est synonyme de dilution des responsabilités et de débats stériles sur le mode « ce n'est pas moi, c'est l'autre », qui relève plus des conflits de cour de récréation que d'un dispositif de gouvernance efficace » !

⁸⁰ Grall J.-Y., op.cit.

⁸¹ Grall J.-Y., op.cit. p.23.

⁸² En effet, selon J.-Y. Grall, « les différences entre permanence de soins (PDS) et aide médicale urgente (AMU) n'ont de réalité que par les cloisonnements de financement, d'effecteur ou de structure que cela implique », op.cit., p.25.

pourtant satisfaisante. En effet, la France n'a jamais compté autant de médecins qu'à l'heure actuelle : « on dénombrait fin 2006 101 500 omnipraticiens [...] dont environ 54 000 sont des généralistes libéraux en activité (c'est-à-dire en excluant notamment les médecins à exercice particulier, tels les acupuncteurs ou homéopathes, ou les médecins salariés et hospitaliers) »⁸³. La densité de médecins généralistes libéraux est de 89 pour 100 000 habitants, ainsi, « la France est dans le groupe de tête des pays industrialisés pour la densité médicale. La catastrophe démographique annoncée doit être relativisée »⁸⁴. Cependant, la tendance devrait s'inverser assez rapidement, en raison de la politique de diminution du *numerus clausus* menée durant plusieurs années⁸⁵. Selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) en 2004⁸⁶, la densité médicale diminuerait de plus de 15 % d'ici 2025.

Mais, plus qu'une pénurie généralisée de médecins, le véritable problème est en réalité la répartition très inégale des praticiens sur le territoire. Cet aspect est mis en exergue par le rapport de la Commission Démographie médicale, dans lequel le Pr. Y. Berland explique « qu'en général les régions du Sud connaissent des densités plus élevées que les régions du Nord de la France »⁸⁷ : « en 2003, le nombre d'omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants varie de 77 en Seine-Saint-Denis à 136 dans les Pyrénées-Orientales, soit une fourchette de 1 à 1,8, sans que cet écart se justifie par des différences de besoins de soins ». De plus, « les disparités sont aussi infra-départementales », entre les grandes villes et les cantons ruraux, ces disparités ayant de plus tendance à s'accroître. Par conséquent, « on voit apparaître depuis quelque temps des difficultés particulières pour maintenir une présence médicale et une offre de proximité dans certaines zones, en particulier des zones rurales »⁸⁸.

Le risque d'apparition de « déserts médicaux » dans les zones rurales à brève échéance n'est donc pas qu'un mythe. Car ces dernières sont particulièrement affectées par les changements sociologiques observés au sein de la profession médicale. Les aspirations des jeunes médecins ne sont aujourd'hui plus les mêmes que celles de leurs aînés.

La féminisation de la profession (les femmes représentent 39,6 % des médecins en exercice, et en 2025 cette proportion sera de 52 %⁸⁹) engendre une diminution du temps médical disponible : selon les données de l'Observatoire National de la Démographie des

⁸³ Boënnec Ph., op.cit. p.31.

⁸⁴ Saint-André J.-P., Richard I., « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », *Esprit* n°331, p.70.

⁸⁵ Selon le rapport de la Commission Démographie médicale présenté par le Pr. Y. Berland, « Le *numerus clausus* des études médicales est effectivement passé de 8 588 places en 1971 à 3 500 en 1992, 1993 et 1994 ».

⁸⁶ Bessière S., Breuil-Genier P., Darrine S., « Démographie à l'horizon 2025 », *DREES*, p.2-3.

⁸⁷ Berland Y., op.cit., p. 6.

⁸⁸ Berland Y., op.cit., p. 13.

⁸⁹ Bessière S., Breuil-Genier P., Darrine S., *DREES*, op.cit. p.4.

Professions de Santé (ONDPS), leur temps de travail, sur l'ensemble de leur carrière, correspondrait à 70 % de celui de leurs collègues masculins (ceci est toutefois parfois contesté, et le rapport présenté par le Pr. Y. Berland le relativise en évoquant un « phénomène de rattrapage »). La féminisation de la profession implique également une sélection accrue du lieu d'installation. En effet, les femmes ont généralement tendance à privilégier un exercice salarié, et lorsqu'elles choisissent d'exercer en libéral, c'est de préférence en groupe et en ville. Elles ne souhaitent pas assurer des gardes à répétition, afin de pouvoir concilier vie professionnelle et vie privée.

Mais ces attentes ne concernent plus seulement les professionnelles, et « on évoque une « féminisation » de l'activité des hommes médecins »⁹⁰. Car les jeunes générations de médecins, quel que soit le genre, tiennent à préserver leur qualité de vie et leur vie familiale. De ce fait, on observe une certaine réticence à l'installation (celle-ci est plus tardive, après une longue période de remplacements)⁹¹ mais surtout une réelle désaffection des zones rurales, car les conditions de travail y sont jugées plus contraignantes (l'exercice y est encore le plus souvent isolé, et est caractérisé par une forte charge de travail du fait de la moindre densité médicale) et le conjoint rencontre souvent des difficultés pour y trouver un emploi. Ceci va poser d'importants problèmes à court terme, car ce sont dans les zones rurales que la moyenne d'âge des médecins généralistes est la plus élevée⁹². De nombreux départs à la retraite risquent de ne pas être remplacés ; certains territoires vont donc rencontrer de sérieux problèmes pour assurer une PDS à la population, et plus généralement un accès aux soins.

Or, inverser cette tendance va s'avérer difficile, car la médecine générale est aujourd'hui délaissée par les étudiants en médecine, malgré sa reconnaissance en tant que spécialité en 2004 et une récente embellie de la situation⁹³ : en effet, de nombreux postes demeurent non pourvus en médecine générale à l'issue de l'Examen Classant National (ECN). La contrainte que représente la PDS joue certainement un rôle dans cette désaffection de la médecine générale⁹⁴, car aujourd'hui les médecins ne veulent plus être disponibles en permanence pour leurs patients, et travailler de jour comme de nuit. L'ensemble des médecins rencontrés me l'ont confirmé. Ainsi, le Dr R. s'est fait le relais du malaise ressenti aujourd'hui par ses confrères : « *Ce n'est pas possible, on ne*

⁹⁰ Barbat-Bussièrre S., op.cit., p. 62.

⁹¹ Selon le rapport de l'Assemblée nationale, présenté par M. Ph. Boënnec, op.cit., p.33, « l'âge moyen à la première installation est désormais de 38 ans ».

⁹² Bernier M., Rapport d'information en conclusion des travaux de la Mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, p.34.

⁹³ Vanderschelden M., « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007 », DREES.

⁹⁴ Ainsi, selon J. Moreau, op.cit., p.244 : « ...le service de garde est aujourd'hui d'une particulière pénibilité pour les praticiens. Contrairement à l'hôpital où le repos de sécurité après une garde se généralise, le

demande ça à aucune profession maintenant. Imaginez-vous une semaine de 12h par jour, un week-end de garde et rempiler pour une semaine à 12h par jour, on ne demande ça à aucune profession ! C'est dangereux et c'est harassant pour les médecins ».

Or, cette réduction du temps médical disponible, particulièrement aux horaires de PDS, va se faire en parallèle à un fort accroissement des besoins de soins non programmés. En effet, la population française est vieillissante et requerra donc davantage de soins médicaux, et les politiques actuellement menées (raccourcissement des durées d'hospitalisation avec l'hospitalisation à domicile (HAD), maintien à domicile des personnes âgées) auront les mêmes conséquences.

Au-delà de ces évolutions démographiques et sociologiques du corps médical, d'autres facteurs rendent particulièrement délicate l'organisation de la PDS. D'abord, alors même qu'elle est aujourd'hui reconnue comme une mission de service public, il est toutefois relativement compliqué pour l'Etat d'intervenir dans le champ de la médecine libérale. Car les médecins restent attachés aux principes énoncés par la Charte de la médecine libérale en 1927⁹⁵, bien qu'ils aient été peu à peu remis en cause. Ensuite, le coût important que représente le dispositif de PDS est confronté à la politique de maîtrise des dépenses de santé, dans un contexte d'aggravation des déficits de l'assurance maladie⁹⁶.

Le nouveau dispositif de PDS est donc caractérisé par une mise en œuvre insatisfaisante, impactée par diverses contraintes, d'ordres financier, démographique ou encore sociologique. Au niveau départemental, les organisations mises en place sont cependant très disparates, afin de s'adapter le plus possible aux contextes locaux. Nous allons donc maintenant nous intéresser à l'organisation de la PDS dans le département du Cantal.

médecin de ville ne peut quant à lui compter sur aucun repos compensateur après avoir assuré une nuit de garde sans relâche».

⁹⁵ Liberté du choix du praticien par le patient, paiement à l'acte, liberté de fixation des honoraires, liberté de prescription du médecin, et surtout liberté du lieu d'installation du médecin.

⁹⁶ En effet, l'ONDAM 2007, fixé à 144,8 milliards d'€, a été fortement dépassé (de plus de 3 milliards d'€), justifiant ainsi la mise en œuvre, pour la première fois, de la procédure d'alerte prévue par la loi du 13 août 2004. Le déficit de la branche « maladie » de la Sécurité sociale s'est ainsi établi, en 2007, à 4,6 milliards d'€.

2 Organisation et bilan de la permanence des soins de ville dans le département du Cantal

Le dispositif aujourd'hui mis en œuvre dans le Cantal n'est plus adapté aux contraintes démographiques, sociologiques et financières qui affectent la PDS. Il ne prend pas non plus suffisamment en compte les caractéristiques spécifiques des zones rurales isolées, nombreuses dans le département.

Sa réorganisation s'avère de ce fait indispensable, afin d'anticiper les difficultés d'accès aux soins qui pourraient émerger en période de PDS.

2.1 Le Cantal : une situation locale défavorable

Plusieurs spécificités du Cantal en matière géographique, démographique, mais également de fonctionnement de l'AMU, constituent d'importantes contraintes pour l'organisation de la PDS, et influencent fortement le dispositif mis en œuvre.

2.1.1 Le département du Cantal, une exception géographique

Le Cantal est un département de moyenne montagne, à dominante rurale⁹⁷, situé au sein du Massif Central, en Auvergne. L'altitude moyenne, de 710 mètres, le situe au 4^{ème} rang des départements les plus hauts de France. En raison de cette localisation particulière, il rencontre d'importantes contraintes géographiques.

La première est son enclavement : du fait de routes de montagne en altitude, et des nombreuses vallées qui rayonnent à partir du centre du département, l'accès à certains points du territoire est très long et difficile. Quant aux principales métropoles régionales voisines (Clermont-Ferrand, Limoges, Toulouse), les délais pour y accéder sont conséquents (plus de deux heures de route).

Une deuxième contrainte est météorologique : en hiver, la neige tombe en abondance dans le département et handicape ainsi les déplacements, qui peuvent alors s'avérer périlleux et lents sur certains axes (essentiellement le réseau routier secondaire).

Avec une moyenne d'accès aux équipements et services de 3,7 km, le Cantal se classe au 93^{ème} rang des départements métropolitains, devant la Creuse et la Lozère. Cette moyenne cache d'importantes disparités puisque dans certaines zones montagneuses les plus enclavées, les habitants doivent parcourir plus de 10 km pour accéder aux principaux services : 7% de la population cantalienne serait dans cette situation, soit une proportion 15 fois plus élevée qu'au niveau national⁹⁸. Il faut parcourir

⁹⁷ 63 % de la population du département vit en zone rurale.

⁹⁸ DDASS du Cantal, *La permanence des soins dans le département du Cantal*, pp.2-9.

165 km pour accéder au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) le plus proche, à Clermont-Ferrand.

Le Dr P. a ainsi résumé la caractéristique géographique du département : « *On a vraiment un caractère insulaire ici !* ».

Or, comme le rappelle S. Barbat-Bussière, les caractéristiques géographiques du territoire impactent fortement la PDS : « Les actes de visites sont plus nombreux en zone rurale qu'en ville : l'exercice du professionnel s'adapte aux conditions du milieu. Cette présence répétée sur le réseau routier, souvent de type secondaire (routes départementales, routes de montagne, etc.) induit dans l'activité quotidienne des risques et implique des complications aggravées lors des périodes hivernales. La distance en temps se combine alors à la distance en km et l'alourdit »⁹⁹.

2.1.2 Le département du Cantal, une démographie peu dynamique

Le Cantal est également caractérisé par une situation démographique défavorable.

Tout d'abord, le département est faiblement peuplé : on ne compte en effet que 150 778 habitants (selon le recensement de 1999) pour une superficie de 5 726 km². La densité de population est donc extrêmement faible : seulement 26 habitants/km². Et le département pourrait se dépeupler encore davantage : de 2005 à 2030, selon une étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), la population cantalienne connaîtrait une diminution comprise entre 3 % et 13 %¹⁰⁰.

Cette tendance est due au vieillissement d'une population déjà âgée : « en 2005, en moyenne, un cantalien a 44,2 ans, soit 2,5 ans de plus qu'un auvergnat et 5,2 ans de plus qu'un résident métropolitain »¹⁰¹. Le Cantal est le 6^e département le plus âgé de France (derrière la Dordogne, la Corrèze, le Gers, le Lot et la Creuse). Le vieillissement de la population cantalienne devrait se poursuivre dans les prochaines années : selon l'INSEE, en 2030, la progression de l'âge moyen de cette dernière serait deux fois plus importante qu'au niveau national (+6,4 ans dans le Cantal, contre 3,6 ans en moyenne nationale). Cette population vieillissante vit souvent dans les zones les moins peuplées du département, et dans un habitat dispersé.

Ceci rend la réalisation de la PDS particulièrement difficile pour les médecins du département, dont la démographie est également caractérisée par un fort vieillissement. En effet, l'âge moyen des 139 médecins généralistes est de 48,2 ans et, à l'horizon 2015, 23 % d'entre eux auront atteint 65 ans ; cette proportion atteindra près de la moitié à l'horizon 2020. La moyenne d'âge des médecins généralistes participant à la PDS est, quant à elle, de 47,4 ans. Or, assurer la PDS devient plus pénible pour le médecin à

⁹⁹ Barbat-Bussière S., op.cit. p.57.

¹⁰⁰ INSEE Auvergne, « Projections démographiques, de nouveaux scénarios pour le Cantal », *La Lettre* n°46.

mesure qu'il progresse en âge, et la relève s'avère difficile dans le département puisque depuis quelques années, le renouvellement au sein de la profession est quasiment nul (de zéro à trois médecins généralistes s'installent chaque année dans le Cantal).

Ainsi, bien que l'offre en médecins généralistes soit pour l'instant globalement satisfaisante dans le Cantal, les caractéristiques de cette offre sont, elles, préoccupantes : les médecins sont vieillissants et ils doivent répondre à des besoins de soins croissants en raison du vieillissement de la population.

Ils sont, de plus, inégalement répartis sur le territoire, entraînant une pénurie d'offre dans les secteurs les plus isolés. L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM) a en effet identifié huit zones déficitaires en offre de soins de premier recours¹⁰², déterminées sur la base d'une faible densité de médecins généralistes, combinée à une forte activité des praticiens. Trois autres zones ont été classées comme « potentiellement fragiles »¹⁰³.

2.1.3 L'Aide Médicale Urgente dans le Cantal : un fonctionnement impacté par l'insuffisance de moyens humains et le dispositif de permanence des soins

Le département est constitué de deux territoires de santé¹⁰⁴ et comprend trois Centres Hospitaliers (CH)¹⁰⁵. Dans l'arrondissement d'Aurillac, l'AMU est structurée autour du Pôle de médecine d'urgence et de médecine préventive¹⁰⁶. Dans l'arrondissement de Saint-Flour, une structure des urgences est située au CH, à laquelle est attachée une SMUR. Dans l'arrondissement de Mauriac, le CH comporte une structure d'urgence, et une antenne de la SMUR d'Aurillac y est localisée.

Conformément au décret du 22 mai 2006¹⁰⁷, un réseau régional de l'urgence est en voie de constitution. Il a pour objectif de mettre en réseau les SAMU de la région, afin de permettre un appui mutuel et d'identifier les SAMU comme pôles d'expertise. Dans le Cantal, le réseau départemental des urgences devrait être mis en place en 2009.

Le dispositif d'AMU associe plusieurs partenaires. Le SDIS est lié par voie de conventions aux SMUR de Mauriac et de Saint-Flour. Les transporteurs sanitaires privés, regroupés au sein de l'Association des Transports Sanitaires d'Urgence (ATSU) assurent

¹⁰¹ INSEE Auvergne, op.cit.

¹⁰² Les cantons de Champs-sur-Tarentaine, Condat, Laroquebrou, Maurs, Ruynes-en-Margeride, Pierrefort, Pleaux, Riom-ès-Montagne.

¹⁰³ Chaudes-Aigues, Allanche, Le Rouget/Saint-Mamet.

¹⁰⁴ Le territoire d'Aurillac-Mauriac et le territoire de Saint-Flour.

¹⁰⁵ Les trois CH sont ceux d'Aurillac, de Mauriac et de Saint-Flour. Il existe également une clinique médico-chirurgicale à Aurillac.

¹⁰⁶ Constitué du SAMU départemental, de la structure de médecine d'urgence du CH d'Aurillac, de la SMUR d'Aurillac, de secteurs médico-social et médico-judiciaire et du centre départemental de vaccination et de lutte contre les maladies infectieuses.

¹⁰⁷ Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le code de la santé publique.

une garde départementale, structurée autour de sept secteurs de garde. Une convention tripartite associant le SAMU, le SDIS et l'ATSU a d'ores et déjà été élaborée. Elle devrait être signée durant le mois de janvier 2009, après deux ans de travaux.

L'AMU dans le Cantal est organisée afin d'apporter une réponse aux besoins de soins urgents de la population adaptée aux spécificités du département. Ainsi, une unité médicale de secours en montagne est chargée de la prise en charge des victimes en milieu périlleux. Afin d'être en mesure d'intervenir sur l'ensemble du territoire cantalien et d'effectuer certaines évacuations vers les CHU voisins, le SAMU dispose d'un hélicoptère sanitaire. Le dispositif des « médecins correspondants de SAMU » est mis en œuvre dans une zone particulièrement isolée (« zone blanche »), à Riom-ès-Montagne.

Cependant, malgré un maillage des acteurs de l'AMU satisfaisant dans le département, un important problème subsiste et impacte le dispositif de PDS : l'insuffisance de moyens humains à disposition des structures d'urgence et des SMUR. Celles-ci sont contraintes de fonctionner « en processus dégradé permanent », comme me l'a expliqué le Dr P., médecin-chef du SAMU. Selon lui, *« pour l'AMU, la problématique forte c'est qu'il y a trois équipes SMUR dans le département, avec une équipe SMUR basée sur Aurillac qui assure à la fois les interventions primaires (aller chercher les victimes et les ramener sur les hôpitaux), les interventions secondaires (tous les transferts inter-hospitaliers du département) et les interventions en internes pour les personnes malades nécessitant une médicalisation à l'intérieur de l'hôpital. Ce SMUR-là fait à peu près 2 000 interventions par an et il est complètement vampirisé par l'activité de l'inter-hospitalier au détriment de l'activité primaire. »*.

Les effectifs sont donc insuffisants à Aurillac, mais également à Mauriac et à Saint-Flour. En effet, l'accueil des urgences et les sorties SMUR y sont effectuées par un seul médecin urgentiste durant la nuit, ce qui peut s'avérer insuffisant car, par exemple, *« si le médecin est parti à Riom-ès-Montagne et qu'arrive une urgence, il n'y a personne de compétent »*.

Cette situation est non conforme à la réglementation¹⁰⁸. Elle est d'autant plus problématique que les médecins généralistes de ces deux villes n'assurent plus la PDS à partir de minuit. Un seul médecin urgentiste peut donc être amené à devoir répondre à l'ensemble des besoins de soins non programmés, ce qui pose la question de l'égalité d'accès aux soins de la population. Toutefois, la situation pourrait s'améliorer : en effet, le CH de Mauriac devrait compter deux nouveaux médecins urgentistes dans ses rangs en 2009.

¹⁰⁸ En effet, l'article D.6124-3 du Code de la Santé Publique stipule : « L'effectif de l'équipe médicale de la structure de médecine d'urgence comprend un nombre de médecins suffisant pour qu'au mois l'un d'entre eux soit présent en permanence ». L'article D.6124-11 stipule quant à lui que « Lorsque l'équipe de la structure

Au vu de ces différentes caractéristiques, de nombreux territoires du Cantal peuvent être considérés comme des « zones rurales isolées ». Il n'existe pas de définition satisfaisante de celles-ci afin d'étudier la PDS, comme le rappelle V. Liénart-Duthil¹⁰⁹. On peut toutefois qualifier ainsi de nombreuses zones du territoire cantalien, notamment en raison des délais d'intervention d'une équipe SMUR (qui peut mettre plus de 30 minutes à arriver sur place), d'éloignement d'une structure des urgences, et de conditions particulières qui rendent l'accès à ces zones difficile (réseau routier et zones de montagne).

Or, nous allons voir que les spécificités des zones rurales isolées impactent fortement l'organisation de la PDS dans ces territoires.

2.2 Le dispositif de permanence des soins dans le Cantal

La permanence des soins a depuis longtemps été organisée dans le Cantal, par les médecins généralistes eux-mêmes, mais le dispositif a récemment été profondément modifié, par la mise en place de la régulation médicale libérale et d'une MMG.

2.2.1 Une organisation ancienne des gardes médicales

Bien avant la mise en œuvre du nouveau dispositif de PDS, des médecins généralistes libéraux du département s'étaient organisés afin d'assurer cette mission, que l'on appelait auparavant « gardes médicales ». La constitution des « tours de garde » leur permettait ainsi d'en diminuer la pénibilité et de ne pas être disponibles de jour comme de nuit.

Le Dr M. m'a raconté la naissance, en 1977, d'une association de médecins généralistes libéraux, fondée pour organiser la PDS à Aurillac : l'Association des Urgences Médicales d'Aurillac et du Cantal (AUMAC). Cette association a permis d'organiser une garde médicale, 24h/24, tous les jours, jusqu'en 2004. Puis, jusqu'au mois de juin 2008, le système a fonctionné de 8h à minuit.

Les médecins étaient rémunérés par les actes qu'ils effectuaient. Le Dr M. m'a expliqué que « *le téléphone portable a changé les choses : il a permis de pouvoir continuer ses consultations avec sa clientèle, tout en étant de garde. Il y avait une ligne d'appel unique : chaque fois qu'un patient appelait, il y avait un renvoi d'appel sur le téléphone du médecin de garde* ». Le tour de garde était établi un an à l'avance, et était transmis au SAMU, et parfois à la DDASS.

mobile d'urgence et de réanimation intervient hors de l'établissement, la permanence de la structure des urgences est assurée par un médecin et un infirmier de l'établissement ».

¹⁰⁹ Liénart-Duthil V., op.cit. p.44.

2.2.2 Le dispositif de permanence des soins en vigueur jusqu'en juin 2008

La sectorisation dans le Cantal a été négociée dès 2002. L'arrêté préfectoral du 5 février 2004¹¹⁰ a organisé la PDS sur la base de 26 secteurs de garde, dont quatre sont interdépartementaux¹¹¹. Ces 26 secteurs de garde ont été délimités en fonction des organisations déjà mises en œuvre, en prenant également en compte la démographie et la géographie du territoire.

Le « cahier des charges fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire dans le Cantal », approuvé par arrêté préfectoral en juin 2005¹¹², a défini les conditions d'organisation particulières de la PDS. Il a, par la même occasion, entériné l'arrêt des gardes des médecins généralistes libéraux à partir de minuit dans le secteur d'Aurillac, effectif depuis le 1^{er} janvier 2005. Les services d'urgence du CH et le SMUR étaient alors chargés de prendre le relais des médecins libéraux de minuit jusqu'à 8 heures.

Il n'y avait pas d'association de médecins effectuant exclusivement la mission de PDS (du type « SOS médecins »). Toutefois, deux associations regroupant les praticiens assurant la PDS existaient dans les secteurs d'Aurillac et de la vallée de l'Authre : l'AUMAC et l'Association des Médecins de la Vallée de l'Authre (AMVA). La régulation médicale des appels, pivot du nouveau dispositif de PDS, n'était pas mise en œuvre. Seul le secteur interdépartemental de Saint-Urcize était régulé depuis la Lozère. Les médecins d'astreinte recevaient donc directement les appels de leurs patients aux heures de PDS.

Les secteurs de Mauriac (depuis le 1^{er} janvier 2006), puis de Saint-Flour (depuis le 1^{er} janvier 2008), à la suite de celui d'Aurillac, ont également arrêté d'assurer les astreintes à partir de minuit. Dans ces trois villes, les urgences hospitalières ont donc dû assurer, de fait, la mission de PDS en plus de celle de l'AMU. Cette possibilité a d'ailleurs été reconnue par la circulaire du 10 octobre 2006¹¹³.

2.2.3 Un dispositif qui a récemment connu d'importantes évolutions positives

Le dispositif de PDS dans le Cantal a été profondément modifié depuis le printemps 2008, grâce à l'aboutissement de deux projets et à la mobilisation de médecins du département.

¹¹⁰ Arrêté préfectoral modificatif du 5 février 2004 relatif à la mise en œuvre de la permanence des soins dans le Cantal.

¹¹¹ Voir les annexes n°5 et n°7.

¹¹² Arrêté du 17 juin 2005 portant organisation de la permanence des soins de médecine ambulatoire dans le département du Cantal.

¹¹³ Circulaire du 10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire : « bien que la prise en charge des demandes de permanence des soins relève de la médecine libérale

En premier lieu, une MMG a ouvert ses portes le 2 juin 2008 à Aurillac.

Ce projet était porté par une association créée en 2007 regroupant des médecins généralistes libéraux : l'AMBAC. La création de cette nouvelle structure, dénommée « Médecins de garde », avait pour objectif d'offrir des conditions d'exercice comparables à celle des grandes villes, auxquelles aspirent les jeunes médecins, afin de rendre le Cantal plus attractif.

Compte tenu des contraintes spécifiques du département, l'organisation et le fonctionnement de cette MMG, ainsi que me l'a précisé le Dr D., président de l'AMBAC, sont tout à fait particulières. En effet, le bassin de population est insuffisant pour pouvoir rémunérer une association du type « SOS Médecins ». La MMG a donc été conçue comme un « SOS Médecins en milieu rural », bénéficiant de certaines adaptations.

Elle assure la PDS pour deux secteurs (d'Aurillac et de la vallée de l'Authre). La garde y est professionnalisée : trois jeunes médecins, travaillant par périodes de huit à dix jours, ont été recrutés pour assurer exclusivement la PDS sur ce territoire.

Toutefois, pour être viable, ce projet nécessitait d'importants financements, afin de pouvoir rétribuer correctement ces « professionnels de la garde ». Le CNOM a donc, de manière dérogatoire, autorisé ces médecins, considérés comme installés au sein de la MMG, à pouvoir également effectuer des remplacements, pour une période indéfinie¹¹⁴. La CPAM du Cantal a, quant à elle, exceptionnellement permis de rémunérer ces médecins, en plus des actes majorés, par une mutualisation des forfaits d'astreinte des deux secteurs (car normalement l'avenant n° 4 à la convention¹¹⁵ prévoit que l'assurance maladie ne finance qu'une astreinte par secteur de garde ou par ensemble de secteurs mutualisés).

La MMG fonctionne de 19 heures à 8 heures pendant la semaine, et du samedi midi jusqu'au lundi à 8 heures. D'autres médecins généralistes peuvent venir y effectuer des gardes. Les consultations sont assurées au sein de la structure, après que les patients y aient été orientés par le médecin régulateur. Ceux qui ne peuvent pas se déplacer par eux-mêmes jusqu'à la MMG peuvent alors faire appel à la garde ambulancière. Des visites à domicile peuvent être effectuées dans quelques cas exceptionnels : les « visites incompressibles », par exemple, pour les personnes qui ne peuvent pas être transportées, ou encore les résidents des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD).

La mise en place de cette structure est récente, mais on peut déjà observer les avantages qu'elle apporte pour le dispositif de PDS dans les secteurs concernés.

ambulatoire, il est possible dans certains secteurs sur la plage horaire de minuit à huit heures de faire assurer cette activité par le secteur hospitalier ».

¹¹⁴ Ils n'auraient normalement pu effectuer des remplacements que pendant un an.

Elle permet d'améliorer les conditions de travail des médecins libéraux, qui n'ont plus à assurer les gardes en plus d'une charge de travail hebdomadaire déjà importante. Ils peuvent donc se consacrer à leur patientèle, tandis que les jeunes médecins qui travaillent à la MMG disposent d'une structure et d'une logistique adaptées, leur permettant de « peaufiner [leurs] connaissances et de trouver un emploi dans le département en dehors du simple hôpital d'Aurillac »¹¹⁶, ainsi que l'explique le Dr B, qui y travaille depuis le 2 juin 2008. Après une première expérience au sein de la MMG, ces jeunes médecins seront peut-être intéressés pour exercer la médecine générale dans le département.

D'autre part, de jeunes médecins pourraient choisir de s'installer dans le Cantal, sachant qu'ils seraient libérés de la contrainte d'assurer les gardes.

La MMG, enfin, a permis de réintroduire une PDS libérale à Aurillac, le SAMU pouvant désormais se consacrer à sa mission d'AMU.

Parallèlement à la MMG, l'AMBAC a mis en œuvre une régulation médicale des appels aux horaires de PDS, effective aussi depuis le 2 juin 2008.

La réglementation en vigueur stipule que la régulation est le préalable au financement des majorations spécifiques par l'assurance maladie. Elle a toutefois tardé à s'organiser dans le Cantal¹¹⁷, en raison de plusieurs difficultés. La faiblesse des effectifs de médecins généralistes, notamment, rendait impossible le fonctionnement d'un dispositif spécifique au département.

Des appuis ont été recherchés, et la solution la plus adaptée aux contraintes du territoire a été proposée par l'Association de Régulation Médicale Libérale (ARMEL) de Midi-Pyrénées. Cette association gère le système de régulation des médecins libéraux de Midi-Pyrénées et depuis sa création, il est prévu que des régulations libérales d'autres départements pourraient utiliser ses outils informatiques et télématiques. L'AMBAC a donc choisi de s'associer avec l'ARMEL Midi-Pyrénées et a créé l'« ARMEL Cantal ».

Celle-ci est chargée de faire fonctionner, au sein du CRRA, un poste de régulation de la PDS, qui couvre à l'heure actuelle cinq secteurs de garde du département¹¹⁸. La régulation est assurée avec le soutien des médecins de Midi-Pyrénées : elle est effectuée par un médecin régulateur cantalien les samedis de midi à 20 heures, ainsi que les

¹¹⁵ Avenant n° 4 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie du 12 janvier 2005, conclu le 22 avril 2005.

¹¹⁶ Propos recueillis dans *La Montagne* du 20 juin 2008.

¹¹⁷ Selon l'état des lieux de la permanence des soins en France, effectué par le CNOM en janvier 2008, op.cit., seuls quatre départements n'avaient pas, à cette date, mis en place de systèmes de régulation libérale : La Haute-Corse, l'Aveyron, la Corrèze et le Cantal.

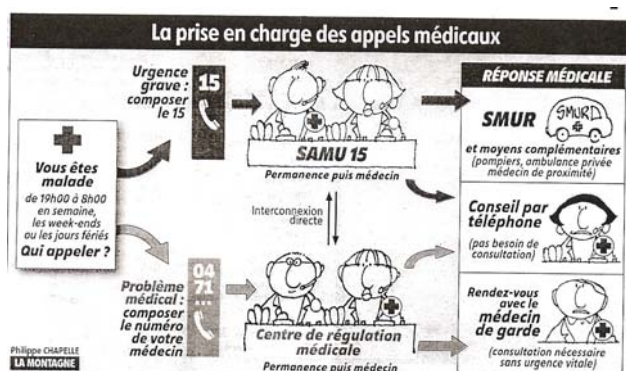
¹¹⁸ Les secteurs actuellement régulés par l'ARMEL Cantal sont ceux de Riom-ès-Montagne, d'Aurillac, de la Vallée de l'Authre, de Maurs et de Neuvéglise-Pierrefort.

dimanches et jours fériés de 8 heures à 20 heures ; durant la semaine, les appels de nuit sont traités par les médecins de l'ARMEL Midi-Pyrénées.

Les locaux du CRRA, au CH d'Aurillac, ont été aménagés afin de pouvoir accueillir le poste de régulation délocalisé de l'ARMEL Cantal. Le département dispose donc désormais d'une régulation médicale libérale des appels, interconnectée avec le SAMU-Centre 15. Conformément au décret du 7 avril 2005¹¹⁹, les modalités d'interconnexion et de collaboration des deux plateformes d'appels ont été définies par une convention, conclue le 7 mars 2008 entre le CH d'Aurillac, l'AMBAC et l'ARMEL Cantal, approuvée par le préfet après avis du CODAMUPS.

Les liens téléphonique et informatique directs entre les deux régulations permettent une prise en charge optimale des appels et une réponse adaptée aux besoins de soins des patients. Ainsi, si un appel relevant de l'AMU parvient à l'ARMEL-Cantal, il peut être directement transféré à la régulation du SAMU ; inversement, un appel relevant de la PDS peut être transmis aux médecins régulateurs libéraux par les équipes du Centre 15. De plus, grâce à la coopération et au travail en réseau des médecins régulateurs de Midi-Pyrénées et du Cantal, les délais de réponse aux appels sont minimisés : en effet, en cas d'affluence au niveau du dispositif cantalien, les appels sont rebasculés sur la première ligne de l'ARMEL-Midi Pyrénées disponible.

Depuis le 2 juin 2008, les médecins cantaliens peuvent donc, s'ils le souhaitent, basculer leur ligne téléphonique sur le dispositif de régulation libérale. Aux horaires de PDS, les patients composent le numéro de leur médecin. Ils sont alors mis en relation avec un Permanencier Auxiliaire de Régulation Médicale (PARM), qui identifie le motif de leur appel et leur médecin traitant, prend leurs coordonnées, puis transfère l'appel au médecin régulateur. Celui-ci prend ensuite la décision adaptée (conseil médical, orientation vers la MMG d'Aurillac ou vers le médecin d'astreinte) aux besoins des patients.



¹¹⁹ Article 2 du 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, codifié à l'article R.6315-3 du Code de la Santé Publique.

Le schéma précédent décrit ce dispositif (*Source : La Montagne du 30 juillet 2008*). Quand le médecin reprend son activité, un message l'avertit que son patient a eu recours à la régulation pendant son absence, un compte-rendu expliquant le motif de l'appel et les suites qui y ont été données, ce qui est très positif en termes de continuité des soins.

Il est encore difficile, compte-tenu de sa mise en place récente, d'apprécier l'apport de la régulation médicale dans le dispositif de PDS du Cantal. Les médecins rencontrés m'ont toutefois fait part de leur satisfaction vis-à-vis de ce système. Il leur permet en effet d'être beaucoup moins dérangés durant leurs astreintes, qui sont de ce fait moins pénibles à effectuer.

Le dispositif de PDS dans le Cantal a donc récemment connu d'importantes améliorations, comme me l'a confirmé Mme B., de la MRS, durant notre entretien : « *Globalement, la permanence des soins a bien évolué, elle a fait des gros gros progrès sur ces dernières années, depuis l'avenant 4. Le Cantal particulièrement, mais il partait de très très loin* ».

2.3 Une permanence des soins au fonctionnement satisfaisant, mais dont la pérennité est menacée

Bien que le dispositif donne aujourd'hui satisfaction en raison de son efficacité, il n'est cependant plus adapté aux évolutions à la fois démographiques et sociologiques qui affectent l'organisation de la PDS, et sa pérennité apparaît ainsi menacée.

Sa réorganisation est donc nécessaire, mais elle s'avère très délicate à mettre en œuvre.

2.3.1 Un dispositif efficace à l'heure actuelle

Le dispositif de PDS dans le Cantal, malgré les contraintes auxquelles est confrontée son organisation, fonctionne aujourd'hui sans problèmes majeurs, à la différence de nombreux départements en France.

Les médecins généralistes sont, en effet, quasiment tous volontaires¹²⁰ pour participer à la PDS, ils ont toujours fait preuve de conscience professionnelle et de dévouement pour assurer cette mission. Sur les 139 médecins généralistes libéraux exerçant dans le Cantal, 126 sont volontaires pour participer à la PDS. Quelques-uns étant exemptés par le CDOM en raison de leur âge ou de leur état de santé, très peu de médecins ne sont pas volontaires pour participer au dispositif (cinq ou six). Le préfet m'a d'ailleurs affirmé « *Je note dans ce département globalement un haut degré de responsabilité des médecins, tout spécialement en milieu rural* ».

¹²⁰ Sauf à Aurillac, où la PDS est assurée par les médecins de la MMG ; à Saint-Flour et à Mauriac après minuit.

Ainsi, bien qu'ils soient parfois très peu nombreux dans certaines zones du territoire, les tableaux de garde sont complets : il n'y a pas de « zone blanche » dans le Cantal, et aucune réquisition préfectorale n'a été nécessaire depuis la mise en place de la sectorisation en 2002.

Les médecins rencontrés m'ont pourtant expliqué qu'assurer la PDS est une tâche particulièrement difficile, notamment lorsqu'ils vieillissent. Mais ils se sentent investis de cette mission vis-à-vis de la population, surtout dans les zones rurales les plus isolées, où les patients n'ont pas réellement de solutions alternatives au médecin de garde. Le Dr M. a ainsi souligné la force de ces solidarités confraternelles : *« les gardes je continue à les faire parce que si moi je continue à les faire, les autres aussi continuent à les faire. C'est important, parce que s'il y en a un qui commence à décrocher, les autres vont décrocher aussi »*.

Les acteurs du dispositif que j'ai pu rencontrer m'ont tous fait part de leur satisfaction quant au dialogue existant entre eux et aux relations qu'ils entretiennent. Les médecins, en général, répondent positivement aux sollicitations de la DDASS en cas de soucis. Un praticien du CDOM, lors d'un entretien, m'a ainsi expliqué qu' *« Actuellement, la permanence des soins marche bien. Il n'y a pas de problème particulier. Il peut y avoir un problème épisodique, mais c'est vraiment très rare [...] On n'a en général pas de problème. Il n'y a jamais de réquisition. C'est un petit département, on se connaît tous. Quand il y a un problème, ça se passe par un coup de téléphone »*.

Cependant, certains dysfonctionnements affectent parfois le dispositif de PDS, et le SAMU se retrouve alors contraint de pallier aux difficultés rencontrées par la population. Ainsi, les IASS et les MISP, dans le cadre de leurs astreintes, doivent quelquefois faire face à l'absence de médecins pourtant inscrits sur les tableaux de garde. En juillet 2006, par exemple, en l'absence de médecin dans un secteur, le SAMU a été obligé d'envoyer le SMUR pour établir un certificat de décès. Plus récemment, en mai 2008, le cadre d'astreinte a rencontré d'importantes difficultés pour trouver un médecin afin de prendre en charge une résidente d'un EHPAD.

Par ailleurs, le Dr M. a pointé un problème qui persiste aujourd'hui : la réponse aux demandes de soins non programmés durant la journée, de nombreux médecins consultant uniquement sur rendez-vous. Il m'a expliqué qu' *« il n'y a pas de gardes la journée, pendant la semaine [...] C'est un problème qui n'est pas résolu. Avant, on tombait toujours sur un médecin. Ce n'est pas du tout satisfaisant pour la population »*.

On peut toutefois reprendre les conclusions du rapport de l'IGA et de l'IGAS sur cette question : « certains médecins voudraient voir considérée comme une période de permanence des soins l'interruption de leur activité au moment des repas ou à d'autres moments de la journée. Sur le bien fondé de ces attentes, la mission tient à opérer une

distinction entre ce qui relève de la permanence des soins et de la continuité des soins »¹²¹ .

2.3.2 Une réorganisation nécessaire à brève échéance

Bien que le dispositif de PDS soit efficace à l'heure actuelle, malgré quelques dysfonctionnements occasionnels, sa réorganisation s'avère inéluctable à court terme, car sa pérennité est menacée dans le Cantal.

Tout d'abord, la principale crainte de l'ensemble des professionnels rencontrés concerne la tendance défavorable de la démographie médicale dans le département¹²². Effectivement, de nombreux médecins généralistes devraient donc prendre leur retraite dans les années à venir, et très peu de jeunes médecins viennent s'installer pour prendre leur relève. La démographie médicale est donc une préoccupation extrêmement importante, partagée unanimement par toutes les personnes rencontrées. Le nombre de médecins participant au dispositif est d'ailleurs très variable : par exemple, le secteur de Condat – Égliseneuve est couvert seulement par un médecin, la PDS y étant ainsi d'une grande fragilité, tandis qu'elle assurée à Aurillac par la MMG¹²³.

Cette grande fragilité de l'offre de soins dans les zones rurales isolées constitue un frein majeur à l'organisation d'un dispositif de PDS pérenne, car se met alors en place un véritable « cercle vicieux », comme l'explique S. Barbat-Bussièrre : « Un secteur qui connaîtra un départ massif de professionnels sur une courte durée prend le risque d'être déstabilisé en terme d'organisation de l'offre de soins sur un temps plus ou moins long. Cette déstructuration potentielle apparaît d'abord préjudiciable pour la population locale, mais elle a un impact plus profond puisqu'elle rendra encore plus difficile la nouvelle installation de professionnels, effrayés par l'isolement et, de plus, elle risque de démotiver les médecins généralistes toujours en exercice par des charges de travail en augmentation »¹²⁴.

On peut déjà observer ce phénomène de désengagement de la PDS en raison de l'alourdissement de sa pénibilité. En effet, en juillet 2008, dans un courrier adressé au CDOM, un praticien a motivé sa décision de ne plus assurer de gardes du fait des difficultés rencontrées pour assurer cette mission et par l'inadaptation du dispositif actuel.

¹²¹ IGA, IGAS, op.cit., p.21.

¹²² Le rapport d'information de l'Assemblée nationale, présenté par Ph. Boënnec, met d'ailleurs l'accent sur la situation particulièrement défavorable du Cantal : « La situation est la plus préoccupante dans sept départements, dans lesquels la moitié ou plus des secteurs ont moins de six médecins de moins de 55 ans : le Cantal, la Lozère, la Nièvre, la Corse du Sud, l'Ardèche, les Alpes de Haute-Provence et le Lot », op.cit, p.18.

¹²³ Voir annexe n°3.

¹²⁴ Barbat-Bussièrre S., op.cit., p.231.

Quant aux médecins rencontrés, ils m'ont assuré qu'un des premiers éléments qu'un médecin prenait en compte avant de choisir le lieu de son installation était le nombre de confrères et de professionnels de santé exerçant dans la zone ou à proximité.

Dans certains secteurs du Cantal, la PDS est d'ores et déjà assurée par un nombre très faible de médecins, et le risque de leur départ en cascade va déstabiliser le dispositif à court terme, d'où l'urgence de le réorganiser. Le préfet du Cantal, préoccupé par cette question, m'a ainsi affirmé : « *Je considère que la permanence des soins, telle qu'elle a existé jusqu'à présent, est à bout de souffle. Nous sommes au pied du mur. Si nous ne mettons pas rapidement en place une nouvelle organisation, c'est l'ensemble de l'édifice qui va s'effondrer [...] Heureusement, dans le Cantal, on peut s'appuyer sur un nombre encore satisfaisant de médecins. Ça nous laisse le laps de temps juste suffisant pour apporter les réponses de demain. Quand je dis « demain », c'est dans cinq ans* ».

Ensuite, il paraît opportun de réorganiser le dispositif car celui-ci est particulièrement peu efficient dans le Cantal. Dans de nombreux secteurs, très peu d'actes sont réalisés aux heures de PDS¹²⁵, pour un coût relativement élevé (en effet l'assurance maladie est tenue de payer les astreintes, qui ont été revalorisées dans le cadre de l'avenant n° 4 à la convention). Ainsi, dans le Cantal, le montant qu'a la CPAM pour les majorations des actes effectués en période de PDS s'est élevé à 170 726€. Et, pour l'année 2007, les seules astreintes versées aux médecins cantaliens ont représenté un coût de 1 447 250€ en 2007. A ce sujet, un cadre de la CPAM m'a d'ailleurs dit que « *la question se pose sur le plan de l'efficience avec 26 secteurs* », car « *il y a des secteurs où il n'y a quasiment pas de sorties. Les 26 secteurs ne se justifient certainement plus* ».

Toutefois, il semble inéluctable que dans les zones rurales isolées et faiblement peuplées, l'organisation de la PDS implique un dispositif nécessairement plus onéreux que dans les zones urbaines où la densité de population est importante. L'aspect financier du dispositif doit donc être pris en compte, mais ne doit pas être considéré comme prépondérant ; l'accès aux soins de la population doit demeurer l'objectif principal de l'organisation mise en place.

Enfin, la réorganisation de la PDS dans le Cantal est un impératif du fait de l'instruction ministérielle du 8 février 2008. Dans celle-ci, la ministre de la santé enjoint en effet aux préfets de département de procéder à une diminution du nombre de secteurs de garde, conformément à un objectif chiffré. Au niveau national, cette circulaire prévoit une diminution du nombre de secteurs de 2 500 à 2 000. Un objectif correspondant à cette cible nationale a été décliné pour chaque département¹²⁶.

¹²⁵ Selon les statistiques de la CPAM (chiffres qui ne représentent que 59 % du total), 8 879 actes ont été réalisés en période de PDS dans le Cantal en 2007.

¹²⁶ Voir l'annexe n°6.

L'objectif assigné au Cantal, en prenant en compte la capacité d'ajustement de 40 % qui lui est accordée (du fait de la faible densité de population du département et de son classement en zone « montagne »), implique une diminution drastique du nombre de secteurs : de 26 à l'heure actuelle, il est en effet demandé de passer à 7 secteurs (en tenant compte de la marge d'ajustement, l'objectif cible étant lui de 5 secteurs).

Cette diminution demandée du nombre de secteurs est étroitement liée aux dispositions du décret du 22 décembre 2006¹²⁷, qui prévoit l'extension des périodes de PDS aux samedis après-midi et aux jours de pont, et à sa traduction en termes financiers : l'avenant n°27 à la convention¹²⁸. La circulaire du 8 février 2008 reprend ces dispositions, en précisant que leur application ne pourra s'effectuer qu'à enveloppe constante. C'est pourquoi le ministère de la santé demande à ce qu'il soit procédé à une importante diminution du nombre de secteurs de garde.

La circulaire invite ainsi les départements qui ont un nombre de secteurs supérieur à la cible qui leur est assignée, tels le Cantal, à rapidement réunir le CODAMUPS afin de définir une nouvelle sectorisation conforme à l'objectif fixé, qui doit être formalisée par un arrêté préfectoral. Ceci constitue une étape préalable nécessaire pour que les médecins bénéficient des rémunérations spécifiques prévues dans l'avenant n°27. Les médecins dont les départements n'ont pas atteint les niveaux ciblés ne peuvent pas percevoir les astreintes des samedis après-midi et des jours de pont. Lors du CODAMUPS du 11 avril 2008, le directeur de la CPAM du Cantal a effectivement précisé que l'avenant n°27 ne sera appliqué qu'une fois l'arrêté de resectorisation signé, et sans effet rétroactif.

Dès lors, afin que les médecins cantaliens puissent être rémunérés durant cette période de PDS, il est nécessaire de procéder à la resectorisation demandée.

Or, l'ampleur de celle-ci nécessite une réorganisation en profondeur du dispositif de PDS dans le Cantal.

2.3.3 Une réorganisation problématique

Mais la réorganisation de la PDS dans le Cantal s'avère particulièrement complexe.

La diminution du nombre de secteurs de garde est, en premier lieu, très délicate. Durant la séance du CODAMUPS du 11 avril 2008, le préfet a confirmé l'opinion de l'ensemble des acteurs du département : l'objectif fixé par la circulaire du 8 février 2008 est impossible à atteindre à l'heure actuelle. Durant notre entretien, il a évoqué les difficultés rencontrées pour procéder à la diminution du nombre de secteurs : « *Il nous a*

¹²⁷ Décret n° 2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins.

¹²⁸ Avenant n°27 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, conclu le 19 décembre 2007.

été demandé par le ministère de passer à cinq, voire sept secteurs. Alors, je l'ai dit, cette circulaire était en l'état inapplicable, donc irréaliste dans le département du Cantal ».

Car, ainsi que nous l'avons vu, du fait de certaines spécificités géographiques et démographiques, l'organisation de la PDS est confrontée à de multiples contraintes dans le Cantal. Les caractéristiques du département limitent en effet les possibilités de fusion de secteurs, les délais d'accès au médecin de garde devant rester compatibles avec la prise en charge de population. Les professionnels craignent qu'un agrandissement des secteurs augmente les sollicitations des médecins effecteurs durant la nuit et le nombre de leurs déplacements, difficilement conciliables avec leur activité le lendemain. Or, il n'est pas possible, dans le département, de circonscrire l'activité des médecins de garde à des consultations à leur cabinet, « points fixes de garde » ou MMG. En effet, la problématique des « visites incompressibles » s'y pose avec une particulière acuité, en raison du nombre important de personnes résidant en EHPAD et des personnes âgées, vivant dans des zones isolées et ne disposant pas de moyens de transport. Ainsi, les médecins du Cantal effectuent beaucoup de visites à domicile (18,9 % de leur activité, la proportion la plus élevée de la région)¹²⁹, ce qui n'attire pas les jeunes médecins, comme le souligne S. Barbat-Bussièrre : « le poids des visites apparaît comme une contrainte dans le renouvellement des générations de médecins dans les campagnes »¹³⁰.

L'instruction ministérielle du 8 février 2008 a donc immédiatement suscité un grand mécontentement parmi les médecins cantaliens, l'objectif de réduction du nombre de secteurs étant ressenti comme totalement inapproprié au contexte local. Un responsable du CDOM m'a ainsi affirmé : « *On peut faire des aménagements, il y a des gens de bonne volonté partout, mais on ne peut amener des aménagements que possibles ! On ne peut pas faire des choses impossibles !* » Il remet en cause, comme la plupart de ses confrères, la méthode utilisée pour aboutir aux objectifs chiffrés, contenus en annexe de la circulaire.

Les médecins contestent en effet une approche qui serait uniquement « comptable », et inéquitable : l'effort de resectorisation ne serait pas réparti de façon homogène, le critère populationnel étant le seul retenu pour effectuer le calcul. Les départements faiblement peuplés seraient ainsi défavorisés. Des facteurs primordiaux dans l'organisation de la PDS, tels que la superficie, la densité médicale ou encore la présence de « SOS Médecins » n'ont effectivement pas été pris en compte. Ce constat a été confirmé lors de ma rencontre avec une personne travaillant à l'URCAM, qui m'a expliqué que « *leur méthode de calcul, c'est un secteur pour X habitants (environ 15 000) [...] Or, on ne peut pas comparer les zones urbaines et les zones rurales. Il ne faut pas confondre équité et égalité* ».

¹²⁹ Barbat-Bussièrre S., op.cit., p. 255.

¹³⁰ Barbat-Bussièrre S., op.cit., p. 259.

Selon un responsable du CDOM, l'incompréhension et la colère des médecins face à cette instruction sont très profondes et pourraient remettre en cause leur engagement dans la PDS : « *si une telle décision était imposée, alors là ce serait un raidissement immédiat de la profession* ». Car « *la mise en œuvre de cette réforme dans le Cantal est impossible. L'impact, il est très clair : je suis sûr que si cette décision est prise du jour au lendemain, avec sept secteurs, il n'y a plus de permanence des soins* ». Les responsables départementaux de « MG France » ont d'ailleurs officiellement fait part de leur mécontentement aux pouvoirs publics, par des courriers, en date du 11 mars 2008, adressés au Président de la République, au Premier ministre, à la ministre de la santé et au préfet du Cantal, dans lesquels ils dénoncent « l'absurdité de celle-ci [la circulaire du 8 février 2008] quant à son application au département ».

La diminution du nombre de secteurs apparaît ainsi ambivalente : elle permettrait d'améliorer les conditions de travail des médecins, grâce à une diminution du nombre de gardes à effectuer ; mais, dans le même temps, elle impliquerait pour eux de couvrir des distances très importantes et pénibles durant leurs astreintes.

La réorganisation de la PDS dans le Cantal est, par ailleurs, problématique en raison de diverses contraintes « de processus ».

Tout d'abord, la mutualisation de secteurs est difficile car, comme l'explique S. Barbat-Bussièrre, « les médecins généralistes interviennent dans l'élaboration du découpage territorial afin qu'il soit le plus opérationnel possible à leurs yeux ». Et, « au final, on s'aperçoit que le maillage reprend les territoires où les médecins exercent couramment. Cette réalité conduit à un nombre élevé de secteurs par rapport à l'activité constatée. Le poids des habitudes est tenace et la plupart des propositions d'élargissement des secteurs est assez mal perçue par la profession »¹³¹.

Il est également délicat de modifier la sectorisation car certains médecins, en raison d'inimitiés, ne souhaitent pas travailler ensemble, et donc s'opposent à la fusion de leurs secteurs de garde.

Enfin, la diminution du nombre de secteurs de garde se heurte à la volonté de quelques médecins de continuer à effectuer un grand nombre d'astreintes, car ils perçoivent ces dernières comme une source importante de revenus, ce que m'a confirmé un responsable du CDOM : les indemnités de garde sont « *une des raisons pour lesquelles nos confrères actuels ici, dans les campagnes, ne sont pas très favorables à la création de ce qu'on a fait à Aurillac [la MMG, qui couvre deux secteurs mutualisés]. Parce que quand un médecin est de garde un jour sur trois, et un week-end sur trois, l'indemnité de garde pèse beaucoup dans ses revenus* ». Il m'a donc expliqué que, selon

¹³¹ Barbat-Bussièrre S., op.cit. p.143.

lui, « *il ne faut pas bousculer les choses. Les médecins qui sont actuellement installés, et qui ont l'habitude de fonctionner comme ça, il faut leur expliquer* ».

On rencontre donc une autre contrainte dans le processus de réorganisation de la PDS : l'existence d'un « fossé générationnel » au sein de la profession médicale. La PDS cristallise en effet les antagonismes. Les points de vue s'affrontent sur plusieurs sujets, tels que la réforme du dispositif ou encore le principe du volontariat. Le Dr M. m'a ainsi affirmé que « *Pour toute la profession, la garde c'est un devoir et un droit. Les jeunes médecins n'ont pas l'air de l'avoir compris. Si vous n'avez pas envie de faire de gardes, vous ne faites pas médecine !* »

A ce « fossé générationnel » s'ajoute un « fossé géographique », comme me l'a expliqué un médecin exerçant en zone rurale : « *Il y a deux mondes : les médecins ruraux et les médecins urbains. Tous les médecins n'ont pas la même approche* ».

Il se prononce cependant, comme la majorité de ses confrères, en faveur d'un dépassement de ces clivages, afin d'offrir des conditions d'exercice attrayantes pour les plus jeunes, notamment en matière d'organisation de la PDS : « *Le problème, c'est qu'il faut arriver à faire accepter aux « anciens » l'évolution du métier* ». Selon lui, il faut donc « *préparer le terrain pour les jeunes* », parce que « *si on n'arrive pas à faire accepter à tout le monde les changements dès maintenant, on va se retrouver avec des coins où il n'y aura plus personne qui voudra venir, parce que ça sera trop tard* ». Cette volonté n'est toutefois pas unanimement partagée, car « *ils [les médecins] n'en ont pas tous conscience, et c'est un peu « après moi, le déluge » parfois* ».

Réorganiser la PDS ne peut se faire sans les médecins, « pivots » du dispositif, mais il s'avère difficile d'obtenir un consensus car, selon le Dr M., « *tout le problème est là : c'est des métiers d'individualistes, on est toujours tous seuls à décider devant le patient, et donc après, pour apprendre à travailler ensemble et collectivement, ce n'est pas facile* ».

Ainsi, la réorganisation de la PDS dans le Cantal, bien que nécessaire, est toutefois très difficile à mettre en œuvre, car le département comprend de nombreuses zones rurales isolées, dans lesquelles il est complexe de structurer un dispositif efficient et pérenne.

À l'instar d'autres départements¹³², rencontrant également des contraintes et des difficultés, une délégation du Cantal¹³³ a été reçue, le 16 avril 2008, par la Mission nationale d'appui à l'organisation de la PDS¹³⁴. M. R. Ollivier, chargé d'animer cette

¹³² 32 départements ont été auditionnés par la Mission d'appui.

¹³³ La délégation reçue par la Mission d'appui était menée par le préfet du Cantal, et composée de la directrice de la DDASS, du MISP, de deux représentants du CDOM et du directeur de l'URCAM.

¹³⁴ La Mission était animée par R. Ollivier, inspecteur général des affaires sociales, et composée de représentants du CNOM, des syndicats de médecins libéraux (MG France, FMF, CSMF, SML), d'Espace Généraliste, des fédérations hospitalières concernées (FHP et FHF), de la CNAMTS, de la DHOS.

Mission, m'a expliqué qu'elle « a été constituée à la demande de la ministre pour aborder les problèmes rencontrés par certains départements dans la mise en œuvre de la circulaire du 8 février 2008 ».

En juin 2008, la Mission d'appui, dans sa réponse, a insisté sur la nécessité de réorganiser la PDS dans le Cantal, le dispositif actuel étant d'une grande fragilité. Suite à cet avis, un travail local approfondi a été lancé pour amorcer la démarche de réorganisation de la PDS.

3 La démarche de réorganisation de la permanence des soins de ville dans le Cantal, dans un contexte en pleine mutation

L'application de la circulaire du 8 février 2008, bien que très difficile à mettre en œuvre, constitue toutefois une opportunité pour progresser dans le processus de réorganisation de la PDS. Le préfet du Cantal, lors de notre entretien, a insisté sur cet aspect, expliquant que l'élaboration d'une nouvelle sectorisation doit être considérée comme une étape vers l'amélioration du dispositif dans le département, et comme un véritable « changement de modèle » de ce dernier.

Il a donc érigé la réorganisation du dispositif de PDS en priorité de son action, précisant qu'il s'y investirait personnellement, a chargé la DDASS de conduire cette démarche, et a invité l'ensemble des médecins à s'y engager.

3.1 Une démarche de réorganisation « chemin faisant »

La réorganisation de la PDS dans le Cantal était déjà en réflexion depuis plusieurs années. En effet, dès 2003, les acteurs locaux s'étaient mobilisés pour mener à bien les projets de MMG à Aurillac et de régulation libérale, qui ont abouti au mois de juin 2008.

L'instruction ministérielle de diminution du nombre de secteurs de garde du 8 février 2008 a cependant conduit à accélérer la réforme du dispositif.

Celle-ci, en raison de son ampleur dans le département, ne peut toutefois être menée immédiatement : elle nécessite en effet un travail approfondi et au long cours. Un groupe de travail rassemblant l'ensemble des acteurs concernés a donc été constitué par la DDASS. Ses membres ont ensuite collaboré à la démarche en participant aux étapes successives la constituant.

3.1.1 Le travail de réflexion préalable à la réorganisation

La première étape de la démarche de réorganisation de la PDS, dès la parution de la circulaire du 8 février 2008, a consisté, pour les services de la DDASS, à informer l'ensemble des médecins généralistes libéraux des dispositions contenues dans ce texte, et à solliciter leur avis sur les moyens à mettre en œuvre pour atteindre l'objectif assigné au département. Ils ont ainsi été associés à l'important travail de réflexion mené préalablement à la définition des modalités de réorganisation de la PDS dans le Cantal, qui a constitué la deuxième étape de cette démarche.

L'objectif premier de cette réorganisation a été identifié : offrir un accès à un médecin généraliste, en dehors des heures ouvrables, à l'ensemble de la population.

Concomitamment, certains principes devant guider la démarche ont été définis.

D'abord, le dispositif de PDS devra assurer une égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, y compris les zones rurales les plus isolées.

Ensuite, l'agrandissement des secteurs de garde devra demeurer compatible avec un délai raisonnable pour accéder au médecin d'astreinte.

Il implique également de prendre en compte le dispositif d'AMU pour élaborer la nouvelle organisation. En effet, sur des secteurs élargis et parfois très éloignés des SMUR, les médecins effecteurs ne pourront plus à la fois couvrir des zones très vastes dans le cadre de leurs astreintes et assurer des gestes d'AMU (ce qui était encore le cas dans certains territoires). La réflexion sur la réorganisation de la PDS doit donc être accompagnée d'une réflexion sur la couverture opérationnelle de l'AMU.

Enfin, la démarche sera menée par la DDASS en étroite concertation avec les médecins généralistes cantaliens : le nouveau dispositif ne leur sera en aucun cas imposé.

La réorganisation de la PDS se heurtera à un certain nombre de contraintes, qui ont donc été recensées afin de permettre une réflexion sur les moyens de les dépasser : les réalités démographiques et géographiques du territoire, étudiées précédemment, ainsi que sa faible attractivité pour les jeunes générations de médecins.

Ces différents critères ont enfin été complétés par l'identification de quelques axes directeurs pour mener la démarche. Cette réflexion a été engagée rapidement, et des perspectives de réorganisation de la PDS ont été débattues dès le CODAMUPS du 11 avril 2008.

Le préfet du Cantal me les a expliquées durant notre entretien : « *Jusqu'à présent, en matière de permanence des soins, c'est le médecin qui se déplaçait. Aujourd'hui, c'est le patient qui doit se déplacer. Il doit se déplacer dans des structures adaptées, appelées MMG ou maisons de santé pluridisciplinaires. On doit mailler le territoire de nouvelles structures médicales pour faciliter l'exercice par les médecins de la permanence des soins* ». Il a également précisé qu'en parallèle, il faut adapter le nombre de secteurs de garde, afin d'offrir aux médecins une organisation optimisée de la PDS.

Cela conduira, selon lui, à « *faire évoluer la sectorisation telle qu'elle est arrêtée, pour la mise en place véritablement d'une organisation départementale* », car « *la notion même de secteur, telle qu'elle a vécu jusqu'à aujourd'hui, est dépassée* ».

Cependant, « *comme on ne peut pas bouleverser l'organisation existante* », son plan d'action est basé sur l'élaboration d'un « *schéma départemental de la PDS* », décliné en deux temps. Dans un premier temps, à court terme (fin de l'année 2008), il doit programmer une diminution limitée du nombre de secteurs, afin d'essayer de répondre, autant que faire se peut, aux consignes ministérielles. Dans un deuxième temps, à plus long terme (trois à cinq ans), les modalités de réorganisation de la PDS qu'il aura planifiées, et notamment l'implantation de MMG, seront mises en œuvre dans le département.

Ces pistes de réorganisation ont été présentées à la Mission d'appui par la délégation départementale le 16 avril 2008. L'avis rendu en juin par la Mission a toutefois conduit à les modifier quelque peu, et surtout à accélérer le processus.

En effet, elle indique dans sa réponse qu'elle souhaite « une amplification de la révision du périmètre des secteurs et l'adoption d'un calendrier resserré de mise en œuvre des différentes étapes de ce processus de réorganisation ». Le schéma doit donc comporter un échéancier final désormais fixé à 18-24 mois, visant à « mettre en place une permanence des soins viable et effective ».

Dans ce but, la Mission d'appui a par ailleurs effectué quelques recommandations, notamment revoir l'organisation de la PDS en deuxième partie de nuit, renforcer le dispositif de régulation et définir les secteurs enclavés qui justifieraient le maintien d'une organisation fondée sur des « visites incompressibles ».

M. R. Ollivier m'a indiqué que « *la mission n'a pas voulu se substituer aux acteurs locaux de la PDS* », et qu'elle a donc seulement « *proposé le recours à diverses modalités* ». Il a toutefois mis l'accent sur le fait que « *le modèle de la PDS fondé sur le « tout visite » est dépassé car il n'est plus viable* », en précisant que « *c'est la recherche aux alternatives à ce modèle qui est le « challenge » d'un département comme celui du Cantal* ».

3.1.2 Un processus de long terme et « participatif »

Cette réflexion préalable approfondie a permis à la DDASS d'identifier quelques pistes de réorganisation de la PDS. La démarche devait cependant être conduite à partir d'une analyse de terrain. En effet, il est évident que les acteurs directement impliqués doivent impérativement être associés à la réflexion sur la réorganisation de la PDS.

Un intense travail de concertation a donc été organisé par le MISp, car la recherche d'un consensus avec les médecins était nécessaire, le dispositif reposant depuis 2003 sur le principe du volontariat. Toute solution imposée aurait engendré le blocage de la démarche, voire même un désengagement massif de leur part. Le préfet m'a ainsi expliqué qu'« *il faudra convaincre, faire preuve de persuasion* ».

La démarche adoptée pour définir le nouveau dispositif de PDS a donc été menée de manière « participative », sur une période relativement longue.

Dès le mois de mars, une réunion rassemblant les référents des secteurs de garde s'est tenue sous l'égide de la DDASS. Le MISp leur a présenté les dispositions de la circulaire du 8 février 2008, lesquelles ont pu être débattues par les médecins.

Le processus de concertation a ainsi débuté, et le groupe de travail¹³⁵ qui a été constitué s'est réuni à plusieurs reprises durant le printemps 2008. Ses membres ont discuté des possibilités de regroupement de secteurs, en se basant sur la situation actuelle, sur leur connaissance du terrain, et sur un projet de sectorisation présenté par le MISP. Ce projet avait été préalablement élaboré à partir des nombreuses données démographiques, géographiques (la représentation cartographique étant primordiale dans cette démarche), d'activité des médecins et de coûts.

Le 26 juin, il a été décidé que des réunions rassemblant l'ensemble des médecins des secteurs seraient organisées, pour que tous (y compris ceux qui ne participent pas au groupe de travail) puissent faire valoir leurs avis sur les perspectives de réorganisation de la PDS.

Sept « réunions de secteurs » ont ainsi été organisées durant le mois d'août 2008. Plusieurs éléments en sont ressortis.

Durant ces réunions, les médecins sont longuement revenus sur les contraintes rencontrées pour réorganiser la PDS dans le département, ont fait part de leurs préoccupations (démographie médicale, visites incompressibles, articulation avec l'AMU...), et parfois de leurs griefs (ils reprochent à l'Etat sa responsabilité dans les difficultés rencontrées aujourd'hui).

Malgré des débats parfois très animés, il apparaît que l'idée d'un nouveau modèle de PDS, assurée dans des MMG, implantées sur des secteurs élargis, grâce à une professionnalisation de la garde, fait son chemin au sein de la profession.

Les médecins ont toutefois mis en avant certaines conditions à la mise en place de ce modèle : les secteurs doivent être régulés, afin de permettre une diminution conséquente des actes en période de PDS ; dans des secteurs agrandis, les visites ne pourront être qu'exceptionnelles ; il est primordial de remédier à la pénurie de médecins généralistes qui s'annonce.

Durant cette phase de concertation, le MISP a fait preuve de grandes capacités d'écoute (des propositions et avis des médecins, mais aussi parfois de leurs revendications et mécontentement) et de négociation. Il a ainsi réussi à faire évoluer le positionnement de certains praticiens, au départ très hostiles à toute réorganisation de la PDS, qui ont peu à peu admis sa nécessité et sont devenus forces de propositions.

Un bilan des réunions de secteurs a été présenté au groupe de travail lors de la réunion du 27 août 2008, qui s'est tenue à la DDASS.

¹³⁵ Le groupe de travail était composé de médecins généralistes libéraux, d'un représentant du CDOM, des représentants départementaux des organisations syndicales CSMF et MG France, de l'URML, du directeur de la CPAM, de la présidente de la CPAM et de l'URCAM, du médecin chef du SAMU, le médecin chef du SDIS, et était animé par le MISP.

Au cours de cette ultime réunion, il a été décidé que le groupe de travail serait scindé en quatre nouveaux groupes, chargés de formuler des propositions concrètes dans des domaines identifiés comme prioritaires. Le premier groupe doit proposer, fin 2008, une organisation permettant d'articuler l'AMU et la PDS. Le deuxième groupe est chargé d'élaborer un schéma de réorganisation du dispositif, reposant sur un nombre de secteurs réduit et l'implantation de MMG. Le troisième groupe réfléchit aux modalités de financement et d'aides à solliciter pour mettre en place le nouveau dispositif. Le quatrième groupe doit recenser les actions à entreprendre pour rendre le Cantal attractif pour les jeunes médecins. Les trois derniers groupes doivent remettre leur rapport au préfet en 2009. À l'hiver 2008, le nombre de groupes de travail a ensuite été réduit à deux, pour que la participation des médecins soit compatible avec leur charge de travail.

La démarche de réorganisation de la PDS dans le Cantal est donc caractérisée par son pragmatisme. Elle a en effet pour but de prendre en compte la diversité des solutions à apporter, en fonction des situations et spécificités de chaque territoire.

Elle est également progressive, évoluant au fur et à mesure de l'approfondissement des réflexions.

Enfin, elle témoigne de la prise de conscience qu'une réorganisation en profondeur de la PDS dans le Cantal se doit d'être prospective. En effet, l'amélioration de l'organisation de la PDS est un élément clé et structurant de l'offre de soins au niveau local : un dispositif répondant aux nouvelles aspirations des médecins est susceptible de renforcer l'attractivité d'un territoire. Mais l'organisation de la PDS est, inversement, étroitement liée à l'offre locale de soins de premier recours : le dispositif est directement impacté par la démographie médicale et la répartition des professionnels sur le territoire.

Ainsi, réorganiser la PDS permet d'anticiper les difficultés d'accès aux soins qui se profilent dans les nombreuses zones rurales isolées du département.

3.1.3 Le Schéma départemental de la permanence des soins

Suite à ce long processus de concertation, le MISp a élaboré, en août 2008, le schéma départemental de la PDS, qui a ensuite été validé par le préfet. Ce schéma n'est cependant pas l'aboutissement de la démarche de réorganisation de la PDS, il n'en constitue en effet qu'une étape. Le préfet m'a expliqué que son objectif est de « *provoquer les initiatives* » des professionnels. Ainsi, « *l'Etat doit définir un schéma organisationnel global, avec des objectifs, des phases programmées et articulées* », et « *tout cela doit être progressif* ».

Le schéma distingue en effet plusieurs phases dans la réorganisation de la PDS. La première a abouti en juin 2008, avec la mise en place de la régulation médicale et l'ouverture de la MMG à Aurillac. La deuxième se déroule d'août à décembre 2008 : le schéma rappelle les conclusions retenues à l'issue des réunions de secteurs, en août

2008. Il programme par ailleurs la mutualisation d'un certain nombre de secteurs de garde, évaluée financièrement, et prévoit de susciter les réflexions sur d'autres regroupements, selon un échéancier précis, en 2008 et 2009¹³⁶. Dans une troisième étape, il rappelle les conditions nécessaires pour permettre la mise en place d'une organisation pérenne de la PDS dans le Cantal, qui doivent faire l'objet de réflexions et de propositions dans le cadre des groupes de travail constitués par le préfet.

3.2 De nouvelles perspectives pour la permanence des soins de ville

Le processus de réorganisation de la PDS dans le Cantal s'inscrit dans un contexte en pleine évolution au niveau national : les réformes de l'offre de soins de premier recours, en cours de discussion, auront un impact direct sur le dispositif de PDS, qui est par ailleurs une des thématiques prioritaires du projet de loi « hôpital, patients, santé et territoire » (HPST), présenté par la ministre de la santé à l'automne 2008.

3.2.1 La liberté d'installation à l'épreuve du risque de « désertification médicale »

Le principe de liberté d'installation des médecins libéraux constitue aujourd'hui une problématique cruciale pour la PDS. En effet, il a pour conséquence une répartition très inégale des professionnels sur le territoire. Certaines zones, particulièrement les zones rurales isolées, risquent ainsi de devenir de véritables « déserts médicaux », où l'accès aux soins deviendra extrêmement difficile, y compris en période de PDS.

Dès lors, comme le souligne K. Louvel, « les solutions pour assurer une bonne couverture de la permanence des soins dans les zones rurales, passent donc par des mesures concernant l'installation de médecins »¹³⁷.

Les pouvoirs publics, conscients de cet enjeu, ont mis en place toute une série de mesures, d'origine conventionnelle et réglementaire, visant à inciter les médecins à s'installer dans des zones identifiées comme déficitaires en offre de soins et à y assurer la PDS.

Tout d'abord, conformément à l'avenant n°20 à la convention¹³⁸, les honoraires des médecins exerçant en mode regroupé dans les zones définies comme déficitaires par les MRS¹³⁹ peuvent être majorés de 20 %. Certains avantages financiers pour les médecins exerçant en zone rurale (forfait de 300 € par jour remplacé, dans la limite de 10 jours par an), afin de faciliter leurs remplacements, sont également prévus par la convention. Elle

¹³⁶ Voir l'annexe n°8.

¹³⁷ Louvel K., op.cit., p.133.

¹³⁸ Avenant n°20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, conclu le 7 février 2007, et approuvé par arrêté en date du 23 mars 2007.

¹³⁹ Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

dispose enfin que l'assurance maladie offre des renseignements aux professionnels afin de les aider dans leurs démarches d'installation.

D'autre part, l'article 109 de la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux¹⁴⁰, par l'exonération de l'impôt sur le revenu des rémunérations perçues au titre de la PDS, vise à inciter les médecins à assurer cette dernière. Par ailleurs, les médecins généralistes libéraux peuvent bénéficier, en application du Code général des impôts, d'une exonération de taxe professionnelle durant cinq ans s'ils exercent dans une Zone de Revitalisation Rurale (ZRR).

D'autres mesures incitatives prennent la forme d'aides accordées aux étudiants. Ainsi, l'article 108 de la loi du 23 février 2005 autorise les collectivités territoriales à verser une indemnité d'étude aux étudiants s'engageant à exercer la médecine générale en zone déficitaire durant au moins cinq ans. Elle permet aussi de dédommager les étudiants acceptant des stages auprès de tuteurs exerçant en zones déficitaires, afin de compenser le coût élevé des transports induit. Les collectivités locales peuvent également, selon cette loi, apporter des aides matérielles, financières, ou de mise à disposition de locaux, afin de favoriser l'installation de professionnels de santé.

Enfin, les pouvoirs publics ont tenté de favoriser l'installation dans les zones rurales déficitaires en permettant une modification des conditions d'exercice, afin de répondre aux attentes des nouvelles générations de médecins. La loi du 2 août 2005¹⁴¹ et le décret du 13 décembre 2006¹⁴² ont autorisé le statut de « collaborateur libéral ». Cela offre aux jeunes médecins « la possibilité d'exercer dans des zones apparemment moins attractives, sans s'y sentir définitivement engagés »¹⁴³.

Cependant, ces nombreuses mesures incitatives n'ont eu pour l'instant qu'un impact très limité (qui relève parfois d'un « effet d'aubaine ») et se sont avérées insuffisantes pour rééquilibrer la répartition des médecins sur le territoire.

Face à ce constat d'échec, et préoccupé par cette question primordiale de santé publique, le gouvernement a alors envisagé en 2007¹⁴⁴ de prendre des mesures plus coercitives remettant en cause la liberté d'installation. Ce projet a toutefois été abandonné, suite à un vaste mouvement de protestation des étudiants et internes en médecine. Toute référence au déconventionnement des médecins s'installant dans des zones où l'offre de soins est abondante a été supprimée, et le nouveau texte a prévu en contrepartie l'organisation d'une large concertation sur le sujet au niveau national : les Etats Généraux de l'Organisation des Soins (EGOS). Durant quatre mois, des

¹⁴⁰ Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

¹⁴¹ Loi n°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises.

¹⁴² Décret n°2006-1585 du 13 décembre 2006 relatif au médecin collaborateur libéral et au médecin salarié et modifiant le code de la santé publique.

¹⁴³ Barbat-Bussièrre S., op.cit., p.316.

¹⁴⁴ Article 33 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

représentants des étudiants, des usagers, des élus et des professionnels de santé ont participé aux débats, et ont contribué à la préparation des négociations conventionnelles qui ont débuté en 2008.

Les représentants syndicaux ont dû faire des propositions concrètes pour améliorer l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire, afin de préserver la liberté d'installation, à laquelle ils demeurent très attachés. En effet, le président de la République, dans son discours du 18 septembre 2008, les avait mis en garde : « Nous avons trop longtemps, je le dis comme je le pense, laissé les professions de santé autogérer leur démographie. Il est temps d'agir et de faire des choix. Si certains ont du mal à le faire, nous le ferons à leur place ».

Ainsi, en novembre 2008, les syndicats ont approuvé l'idée d'un « contrat santé solidarité », visant à inciter les médecins à aider leurs confrères exerçant dans les zones sous-médicalisées, notamment en participant à la PDS. Leurs rémunérations seraient majorées dans le cadre de ce contrat, qui ferait l'objet d'un bilan au bout de trois ans. Cependant, l'accord dispose que si cette nouvelle mesure, reposant sur le volontariat, s'avérait inefficace, elle deviendrait alors obligatoire : les médecins souhaitant s'installer dans une zone sur-médicalisée devraient préalablement signer le contrat¹⁴⁵.

Le positionnement des acteurs au sujet de la liberté d'installation semble donc évoluer peu à peu. Les médecins prennent conscience que la préservation de ce principe implique aujourd'hui des concessions. D'ailleurs, les médecins rencontrés m'ont tous fait part de leurs inquiétudes sur les conséquences néfastes qu'il a aujourd'hui. Les pouvoirs publics, quant à eux, durcissent leur position, bien que le principe de liberté d'installation ne soit pas remis en cause à l'heure actuelle.

Mais une pression certaine est exercée vis-à-vis des médecins libéraux.

En effet, depuis 2008¹⁴⁶, les MRS ont reçu pour mission de déterminer des zones de recours aux soins en distinguant des zones sous-dotées en offre de soins, mais désormais également des zones sur-dotées, voire très sur-dotées, dans lesquelles pourraient être mises en œuvre des mesures dissuasives à l'installation.

Les infirmiers libéraux, de leur côté, ont vu leur liberté d'installation remise en cause par un accord entre l'assurance maladie et leurs représentants syndicaux, le 4 septembre 2008, en contrepartie de revalorisations financières et de mesures incitatives.

De plus en plus, l'accès aux soins dans les zones rurales devient un sujet de préoccupation, et des voix s'élèvent pour demander que le gouvernement prenne des mesures plus contraignantes. Récemment, le doyen de la faculté de médecine de Nîmes

¹⁴⁵ Le ministère de la santé envisagerait d'instaurer une pénalité financière pour les médecins exerçant en zones sur-dotées refusant de contribuer à des missions « de service public ». Voir Chocron V., « Une taxe contre les déserts médicaux », *La Tribune*.

a ainsi réclamé l'adoption de mesures coercitives¹⁴⁷, tandis que le Conseil général de Lozère a voté, en décembre 2008, une motion publique prévoyant de mettre fin à la liberté d'installation pour les futurs jeunes diplômés, qu'il souhaite voir intégrée à la loi « HPST » par le biais d'un amendement durant son examen au début de l'année 2009¹⁴⁸.

3.2.2 Des EGOS à la loi « Hôpital, patient, santé et territoire » : quel impact pour la permanence des soins ?

Malgré ces demandes de plus en plus pressantes, le projet de loi « HPST » de modernisation du système de santé, adopté en conseil des ministres le 22 octobre 2008 et qui doit être débattu au Parlement début 2009, ne prévoit pas de remise en cause de la liberté d'installation des médecins libéraux (bien qu'il soit probable que des amendements soient déposés dans cette optique). Toutefois, de très nombreuses dispositions de ce texte offrent des perspectives intéressantes pour l'organisation de la PDS.

Tout d'abord, le projet de loi réaffirme, dans son article 16, qu'elle constitue une mission de service public, assurée en collaboration avec les établissements de santé, Il prévoit un renforcement des sanctions applicables à l'encontre des médecins qui refuseraient de déférer aux réquisitions préfectorales (7 500€ d'amende).

L'organisation de la PDS relèvera de la compétence des Agences Régionales de Santé (ARS), créées par cette loi, et pour qui elle constituera un dossier prioritaire¹⁴⁹. L'article 26 du projet de loi stipule que les modalités de cette organisation seront « définies après avis du représentant de l'Etat territorialement compétent ».

Le pilotage de la PDS par les ARS, par le regroupement des structures de l'Etat et de l'assurance maladie¹⁵⁰, et la mise en œuvre de logiques de « guichet unique » et de transversalité, sera plus global et cohérent. En effet, les ARS seront compétentes en matière de soins de ville et d'établissements de santé, permettant ainsi un décloisonnement et une coordination accrue des acteurs de la prise en charge des soins non programmés : PDS de ville, PDS hospitalière, et AMU. Par ailleurs, comme le souligne le rapport de l'Assemblée nationale, la création des ARS permettra enfin de faire

¹⁴⁶ Circulaire du 14 avril 2008 relative aux nouvelles modalités opérationnelles de définition des zones géographiques de répartition des médecins généralistes.

¹⁴⁷ Chardon D., « 10^e Assises nationales des CHU. La liberté d'installation en débat », *Le Quotidien du Médecin*, p. 4.

¹⁴⁸ De Saint-Roman H., « La Lozère brise le tabou de la liberté d'installation. Le conseil général veut des mesures contraignantes », *Le Quotidien du Médecin*, p. 4.

¹⁴⁹ Lors d'un discours prononcé le 16 octobre 2007, au CHU de Bordeaux, le président de la République a ainsi affirmé « Je souhaite...que la permanence des soins soit le premier sujet à traiter par les agences régionales de santé ».

¹⁵⁰ DDASS, DRASS, ARH, CIRE, GRSP, URCAM, une partie des activités de la branche « maladie » des CPAM, une partie des activités des DRSM et une partie des activités « maladie » des caisses du RSI et de la MSA.

« coïncider les structures de décision et de paiement, mettant fin à la dichotomie entre l'Etat et l'assurance maladie »¹⁵¹.

De plus, un principe structurant des ARS est la territorialisation des politiques de santé. L'ARS pourra donc prendre en compte les spécificités de chaque territoire, notamment des zones rurales isolées, et définir des modalités d'organisation localement adaptées.

Par ailleurs, le dispositif de PDS devrait bénéficier de modalités de financement assouplies.

L'article 26 du projet de loi dispose en effet que « l'agence détermine la rémunération spécifique des professionnels de santé pour leur participation à la permanence des soins ». L'ARS pourrait donc définir avec les médecins, par contractualisation, les rémunérations dues au titre de cette mission. Celles-ci pourraient être basée sur les actes, mais également prendre la forme de forfaits.

L'ARS, par l'attribution d'une enveloppe financière régionale et par la maîtrise du FIQCS, aura de plus la capacité de financer des dispositifs comme les régulations libérales, ou la mise en place de structures telles que les MMG.

Enfin, un enjeu primordial de la mise en place des ARS est l'introduction d'une fongibilité des financements entre les soins ambulatoires et les soins hospitaliers. Le Dr P. m'a expliqué qu'« *actuellement, il ne peut pas y avoir de transferts de fonds de l'URCAM vers l'ARH. Pour l'instant, il n'y a pas encore les outils. Ça devrait marcher dans le cadre des ARS, si les enveloppes sont fongibles* ». Or, cette problématique est au cœur de l'organisation d'un dispositif de PDS efficient et s'appuyant sur les établissements de santé.

En effet, s'il est aujourd'hui préconisé de faire assurer la PDS par les services d'urgences hospitalières, en deuxième partie de nuit, dans les secteurs caractérisés par une faible activité¹⁵², il n'est cependant pas possible de rémunérer en conséquence les établissements de santé, et ainsi leur octroyer les moyens nécessaires. Cette analyse m'a été confirmée par R. Ollivier, IGAS, selon qui « *l'avantage attendu de la création des ARS sur ce sujet est de pouvoir unifier des financements et des décisions d'organisation sachant que le secteur hospitalier et la médecine de ville ont, dans de nombreux départements, des missions conjointes dans le domaine de la PDS. Il devrait alors être*

¹⁵¹ Boënnec Ph., op.cit, p.50.

¹⁵² Le rapport établi par l'IGA et l'IGAS, en 2006, affirmait ainsi qu' « en seconde partie de nuit, voire en soirée, le recours aux moyens de l'hôpital apparaît comme une solution de bon sens sauf si une autre solution efficiente et viable est possible », op.cit., p.44. La circulaire du 10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire a également rappelé que « bien que la prise en charge des demandes de permanence des soins relève de la médecine libérale ambulatoire, il est possible dans certains secteurs sur la plage horaire de minuit à huit heures de faire assurer cette activité par le secteur hospitalier ». Elle précise que cette charge de travail supplémentaire « pourra s'accompagner d'un transfert d'enveloppes financières », mais « selon des modalités qui sont à déterminer » !...

possible de raisonner en enveloppe régionale de PDS dont les moyens seraient répartis en fonction des caractéristiques de chaque département ».

Au-delà des dispositions spécifiquement consacrées à la PDS, de nombreux articles du titre II du projet de loi, intitulé « Accès de tous à des soins de qualité », auront un impact important pour l'organisation du dispositif.

Un objectif prioritaire est l'amélioration de la répartition des médecins sur le territoire, ce qui permettrait de remédier aux importants problèmes que pose l'apparition de « déserts médicaux » pour la structuration de la PDS.

L'ARS aura pour mission d'élaborer un « schéma régional d'organisation des soins », qui comprendra un volet « ambulatoire ». Ce dernier aura pour objectif de déterminer les besoins en implantation de professionnels de santé libéraux et de déterminer les zones de mise en œuvre des mesures d'aide à l'installation¹⁵³. Ce volet sera toutefois non opposable. Dès lors, on peut s'interroger sur sa capacité réelle à modifier les choix d'installation des médecins, ces derniers connaissant déjà pertinemment, grâce au zonage effectué par les MRS, les territoires dans lesquels l'offre de soins est insuffisante.

Une autre mesure paraît plus prometteuse à ce sujet : l'article 15 du projet de loi, qui modifie de façon positive les dispositifs de détermination du *numerus clausus* : les effectifs d'étudiants et d'internes en médecine seront déterminés, pour chaque spécialité et chaque « subdivision territoriale », en fonction des besoins de santé locaux et de la situation de la démographie médicale.

Ensuite, le projet de loi vise à revaloriser la filière de médecine générale. Pour cela, les soins de premier recours et les missions du médecin généraliste (dans lesquelles figure la participation à la permanence des soins) sont définis pour la première fois¹⁵⁴. Le texte réaffirme ainsi le rôle « pivot » du médecin généraliste dans l'organisation de l'offre de soins ambulatoire. Cette reconnaissance est importante, car il est indispensable, pour assurer la pérennité de la PDS, de susciter davantage de vocations pour l'exercice libéral de la médecine générale. Il n'est toutefois pas certain qu'elle sera, en l'espèce, suffisante, les facteurs de la désaffection de cette discipline étant plus profonds et complexes.

D'autres dispositions du projet de loi semblent plus à même de répondre aux aspirations des nouvelles générations de médecins en termes de conditions d'exercice : la promotion des maisons de santé pluridisciplinaires et l'autorisation de transferts d'activités ou d'actes de soins entre professionnels, sur la base de protocoles¹⁵⁵ (et non

¹⁵³ Article 26 du projet de loi.

¹⁵⁴ Le projet de loi prévoit d'insérer un chapitre préliminaire intitulé « médecin généraliste de premier recours » au début du titre III du livre I de la 4^e partie du Code de la santé publique. Par ailleurs, l'article 14 du projet de loi définit les soins de premier recours.

¹⁵⁵ Article 17 du projet de loi, prévoyant l'insertion d'un livre préliminaire, au début de la 4^e partie du Code de la santé publique, dont le titre I porte sur la « coopération entre les professionnels de santé ».

plus uniquement dans un cadre expérimental). Ces mesures favorisent l'exercice en mode regroupé et pluri-professionnel, plébiscité par les jeunes médecins. Cela pourrait permettre de faire face à leurs réticences à s'installer, notamment dans les zones rurales isolées, et constituerait ainsi une piste de réponse aux difficultés qui y sont rencontrées pour organiser la PDS.

Le projet de loi HPST contient donc de nombreuses dispositions intéressant la PDS. Il n'a toutefois pas encore été débattu par les parlementaires. Or il est probable qu'il fasse l'objet d'amendements modifiant sensiblement ses contours. Dès lors, des perspectives nouvelles se dégagent pour la PDS, mais elles sont encore incertaines à l'heure actuelle.

3.3 Leviers d'action et d'amélioration du dispositif de permanence des soins de ville dans le Cantal

La loi HPST et la mise en place des ARS sont l'occasion de repenser en profondeur, au niveau national, l'organisation de la PDS.

Au niveau local, l'IASS peut contribuer, par ses compétences, à la démarche de réorganisation et d'amélioration du dispositif.

3.3.1 Les nécessaires adaptations du dispositif de permanence des soins au niveau national

La réforme du cadre financier de la PDS apparaît essentielle, car il est aujourd'hui beaucoup trop rigide, et s'avère inadapté aux spécificités des territoires.

Ainsi, dans le Cantal, particulièrement dans les zones rurales isolées, l'organisation du dispositif se heurte à plusieurs contraintes, notamment d'ordre financier.

A) Améliorer l'accessibilité des MMG : modifier la réglementation concernant le financement des transports par l'assurance maladie

Suite aux réunions de secteurs menées en août, il apparaît que les médecins adhèrent, en majorité, à l'idée d'un nouveau modèle de PDS, assurée au sein de MMG. Ils ont toutefois mis en avant une condition impérative à sa mise en place : les visites à domicile doivent devenir l'exception, les patients se déplaçant jusqu'à la MMG. Cependant, de nombreuses personnes n'auront pas, en réalité, la possibilité d'effectuer ces déplacements par leurs propres moyens.

Or, à l'heure actuelle, l'assurance maladie ne peut prendre en charge que les « transports couchés » (c'est-à-dire mobiliser la garde ambulancière), déclenchés par le médecin régulateur, et non les « transports assis », tels que les taxis.

Il conviendrait donc de modifier la réglementation actuelle pour remédier à cette situation qui va très certainement poser problème pour les personnes les plus fragiles.

B) Libérer les initiatives au niveau local : assouplir la réglementation sur le financement des astreintes des médecins

Dans le Cantal, les médecins semblent prêts à adhérer à un dispositif similaire à celui mis en place à Aurillac : regrouper les secteurs autour d'une MMG, qui assure la mission de PDS pour l'ensemble du bassin de population. Mais ils ont affirmé que la condition nécessaire à la mise en place d'une telle organisation est la rémunération du médecin effecteur sur la base des astreintes cumulées des secteurs regroupés.

Or, aujourd'hui l'assurance maladie ne peut financer qu'une seule astreinte par secteur. La MMG à Aurillac a en effet bénéficié d'une dérogation, que le directeur de la CPAM a expliqué ne pas pouvoir étendre à l'ensemble du département.

Ce cadre financier apparaît ainsi très contraignant, freinant des organisations qui seraient pourtant localement pertinentes. L'extension du modèle innovant de professionnalisation de la garde de la MMG d'Aurillac nécessiterait une modification de la réglementation, tout comme l'idée évoquée par plusieurs personnes rencontrées : dans des secteurs agrandis, il aurait pu être envisagé de mobiliser deux médecins en même temps : un effecteur « fixe », assurant les consultations au sein d'une MMG, et un effecteur « mobile » assurant les visites incompressibles. Ce dernier permettrait d'agrandir de manière significative les secteurs de garde, sans pour autant délaisser une partie de la population, pour qui l'accès aux soins est nécessairement synonyme de visites. Un accroissement de la pénibilité de la garde est cependant inéluctable (activité plus importante, longues distances à parcourir), et devrait être pris en compte dans les modalités de rémunération de ces effecteurs.

Il faut toutefois souligner une disposition récente permettant d'assouplir le cadre financier actuel. En effet, l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008¹⁵⁶ permet aux MRS volontaires, à titre expérimental, de fixer de manière dérogatoire le montant et les modalités de rémunération des médecins participant à la PDS. Les MRS peuvent aussi financer des actions et des structures concourant à l'amélioration du dispositif de PDS.

Cette disposition législative ne pouvant pas être mise en œuvre en raison de l'absence de décret d'application, il faudra certainement attendre la mise en place des ARS, pour que cette modulation du financement de la PDS permette enfin de mieux l'adapter aux nécessités de terrain.

¹⁵⁶ Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008.

C) Améliorer la lisibilité du dispositif : vers un numéro unique pour les urgences médicales

Aujourd'hui, une personne voulant accéder au médecin de garde se trouve confrontée à une multitude de numéros : le 15 du SAMU-Centre 15, les numéros des associations de régulation libérale, ou encore parfois le numéro du médecin traitant. Ce système est peu lisible, et les patients peuvent éprouver des difficultés à s'orienter dans le dispositif (notamment lors de déplacement et qu'ils ne connaissent pas l'organisation locale). De plus, ils ne sont souvent pas en mesure de faire la distinction entre une urgence « relative » et une urgence « vraie », et ainsi savoir si leur problème relève de l'AMU ou du médecin de garde.

Plusieurs rapports¹⁵⁷ ont recommandé de fusionner ces numéros, pour n'en retenir qu'un, unique au niveau national, et facilement mémorisable. Cette évolution est souhaitable afin de rendre le dispositif plus compréhensible pour la population, et ainsi lui permettre de l'utiliser à bon escient.

Elle irait enfin dans le sens d'une convergence au niveau européen¹⁵⁸, indispensable dans un contexte d'ouverture des frontières et de mobilité croissante des citoyens au sein de l'Europe.

3.3.2 Des préconisations pour le Cantal : la démarche de réorganisation de la permanence des soins du point de vue d'un IASS

Au-delà de ces adaptations de la réglementation au niveau national, quelques pistes pourraient être envisagées dans le Cantal afin d'améliorer l'organisation de la PDS. Ces pistes concernent la gestion du dossier de la PDS au sein de la DDASS, mais peuvent également constituer des axes directeurs pour la démarche de réorganisation en cours.

L'IASS a un important rôle à jouer dans cette démarche de réorganisation. Celle-ci, notamment par l'élaboration d'un schéma, s'inscrit en effet parfaitement dans le cadre des missions des IASS, qui sont, entre autres, chargés de la mise en œuvre des politiques sanitaires de l'Etat¹⁵⁹.

Bien que la gestion du dossier de la PDS soit généralement confiée à un MISP, la conduite d'une telle démarche requiert des compétences qui sont celles que doivent maîtriser les IASS, ainsi que le stipule d'ailleurs le Code de la Santé Publique¹⁶⁰ : planification, programmation, pilotage de projet, animation des dispositifs en matière de

¹⁵⁷ Le rapport du Dr J.-Y. Grall, op.cit., ou, plus récemment, le rapport d'information sur la permanence des soins, fait par P. Boënnec au nom de la Délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire.

¹⁵⁸ Grâce au numéro d'appel unique européen pour les urgences : le 112.

¹⁵⁹ Article R.1421-15 du Code de la Santé Publique.

¹⁶⁰ Article R.1421-15 du Code de la Santé Publique.

politique de santé publique. Concernant l'organisation de la PDS, l'IASS peut également mettre à profit son expérience en termes de négociation et de conduite de projets, de définition d'objectifs calendés pour l'élaboration de schémas, et poursuit sa mission de contribution à la préservation de la santé publique des populations et de l'égalité d'accès aux soins.

- A) Permettre une gestion décloisonnée de la PDS : un binôme MISP-IASS à mettre en place

Au sein de la DDASS, il paraît souhaitable de réorganiser la gestion du dossier de la PDS. Un binôme serait chargé de suivre le fonctionnement du dispositif, et de piloter la démarche de réorganisation. En effet, la PDS est un sujet extrêmement complexe, dont la réglementation est en évolution constante depuis quelques années, et elle constitue aujourd'hui une priorité dans le département.

Jusqu'alors, un MISP était en charge de ce dossier à la DDASS du Cantal, mais, suite à son départ, des problèmes ont été rencontrés pour assurer le relais. Un autre MISP a repris le dossier, et a dû prendre connaissance, dans de brefs délais, de l'ensemble des modalités d'organisation de la PDS, tant au niveau national (réglementation, cadre financier) qu'au niveau local (dispositif actuel, historique, réflexions et aménagements en cours ...). Cette « transition » s'est ainsi avérée délicate dans un premier temps.

Il pourrait donc être envisagé de repenser l'organisation du travail, afin qu'un MISP et un IASS travaillent en partenariat sur ce sujet. La légitimité du MISP dans le champ de la PDS est évidente : par sa culture médicale, il joue le rôle d' « interface » avec les médecins. Un binôme MISP-IASS en la matière paraît toutefois intéressant. En effet, l'IASS, par ses missions en termes de planification et de conduite de projet, peut collaborer utilement avec le MISP. Ses compétences, notamment sa maîtrise de la réglementation, des mécanismes financiers et d'allocation de ressources, acquises durant sa formation professionnelle au sein de l'EHESP, sont complémentaires de celles du MISP et indispensables pour la gestion d'un dossier transversal tel que la PDS. Il pourrait enfin constituer un soutien dans la gestion d'un dossier complexe et chronophage, les compétences du MISP étant sollicitées par ailleurs dans de nombreux autres domaines.

- B) Faciliter les astreintes pour les cadres de la DDASS : mettre en place un répertoire opérationnel des médecins participant à la PDS

Il est souhaitable que les cadres de la DDASS puissent disposer, durant leurs astreintes, d'une liste comportant les numéros de téléphone professionnels, mais aussi personnels, des médecins participant à la PDS dans le département.

Cela est demandé de longue date par la DDASS : par un courrier en date du 24 mai 2005, le MISP avait officiellement demandé au CDOM la transmission d'une liste des médecins susceptibles d'être de garde, avec l'adresse et les numéros de téléphone de leur cabinet, de leur domicile et de leur téléphone portable. En effet, bien que le fonctionnement du dispositif soit aujourd'hui plutôt satisfaisant, les personnels de la DDASS, durant leurs astreintes, rencontrent parfois des difficultés à joindre les médecins, et donc à résoudre des éventuels dysfonctionnements.

Il faudrait donc solliciter à nouveau le CDOM, voire les médecins eux-mêmes, pour disposer de cet outil, en assurant ces derniers de la confidentialité des données, qui ne seraient disponibles que pour les cadres d'astreinte, en cas de nécessité.

Concernant la réorganisation de la PDS dans le Cantal, plusieurs recommandations ou axes de réflexion peuvent être envisagés.

C) Progresser dans la diminution du nombre de secteurs de garde : expérimenter des rattachements à la MMG d'Aurillac

Le processus de concertation avec les médecins du département a déjà permis quelques avancées, qui ont été actées lors du CODAMUPS du 10 décembre 2008.

Conformément au schéma départemental, deux secteurs¹⁶¹ ont officiellement fusionné au 30 décembre 2008.

Par ailleurs, une expérimentation a été mise en œuvre dans le secteur d'Arpajon : depuis le 6 janvier 2009, ce secteur a provisoirement été rattaché à celui d'Aurillac. Les médecins de la MMG d'Aurillac assurent donc la PDS pour la population du secteur arpajonnais. Une évaluation est prévue au bout de trois mois. Si le bilan s'avère concluant, ce dispositif sera entériné. Cette démarche est tout à fait positive : elle permet aux médecins, y compris ceux qui ne sont pas encore convaincus par le bien-fondé de ce rattachement, d'être impliqués dans le processus de réorganisation de la PDS et dans l'évaluation de la pertinence des réformes mises en œuvre.

Dès lors, il paraît souhaitable d'étendre ce type d'expérimentation à d'autres secteurs qui pourraient également être rattachés à la MMG d'Aurillac, identifiés dans le schéma départemental¹⁶². Cela présenterait de plus un avantage non négligeable : accroître l'activité de la MMG d'Aurillac, qui demeure pour le moment peu importante, ce qui risque à terme de compromettre sa viabilité financière¹⁶³.

¹⁶¹ Les secteurs de Ydes-Champagnac-Champs sur Tarentaine (n°5) et Saignes (n°6).

¹⁶² Il s'agit des secteurs de la vallée de Mandailles (n°16) et de Laroquebrou (n°11).

¹⁶³ Une centaine de patients par mois sont reçus à la MMG.

- D) Accroître l'attractivité du Cantal pour les nouvelles générations de médecins : promouvoir un maillage du territoire en nouvelles structures innovantes

L'implantation de nouvelles MMG est déjà en réflexion. Un projet de MMG à Mauriac, adossée au CH, est particulièrement avancé. De nouveaux secteurs, dans le Nord du département, vont ainsi pouvoir être fusionnés.

Il convient cependant d'être vigilant sur plusieurs points. La pérennité financière des MMG doit être systématiquement anticipée. Si les MMG sont le fruit des initiatives des professionnels, une réflexion globale, au niveau de la DDASS et de la MRS¹⁶⁴ (et à terme de l'ARS) est nécessaire, afin d'assurer un maillage cohérent du département. Il est également souhaitable de concevoir des MMG appuyées sur des structures déjà existantes (hôpital local, EHPAD...) ou complémentaires.

En effet, les MMG peuvent constituer un « socle » sur lequel peut être bâtie une maison de santé. Et inversement, les maisons de santé peuvent être utilisées comme MMG en période de PDS.

De ce fait, la PDS devrait être intégrée au projet de « maison des spécialités » à Saint-Flour. La mise à disposition de ses locaux, la nuit et le week-end, pourrait ainsi offrir l'opportunité de réimpliquer les médecins généralistes libéraux dans la PDS.

Quant au projet de MMG à Mauriac, il pourrait être amélioré en prévoyant l'utilisation de ses locaux durant la journée, afin de ne pas entretenir une structure ne fonctionnant qu'à des plages horaires limitées. Une maison de santé pluridisciplinaire pourrait par exemple y être localisée.

En effet, dans le Cantal, il est indispensable de proposer des solutions innovantes afin de lutter contre la « désertification médicale ». Les MMG constituent ainsi une piste à privilégier car elles permettent « de concilier une PDS efficiente aux aspirations sociologiques nouvelles du corps médical »¹⁶⁵, et peuvent donc contribuer à rendre le département plus attractif pour les jeunes médecins.

Dans cette optique, la promotion d'un exercice en groupe, avec d'autres professionnels de santé, plébiscité par les nouvelles générations de médecins, est une autre piste à travailler dans le département. Tous les acteurs locaux (services de l'Etat, professionnels, conseil régional, conseil général, municipalités...) doivent collaborer, sous l'égide de la DDASS, afin de faciliter la création de maisons de santé pluridisciplinaires¹⁶⁶.

¹⁶⁴ La circulaire du 23 mars 2007 relative aux MMG et au dispositif de PDS en médecine ambulatoire explique que les MRS ont une fonction d'orientation quant à l'implantation des MMG, ainsi que de veille et d'aide au montage des projets.

¹⁶⁵ Grall J.-Y., *Les maisons médicales de garde*, op.cit., p.25.

¹⁶⁶ 93 % des communes du Cantal étant classées en ZRR, les collectivités locales et territoriales peuvent intervenir dans l'organisation de la PDS, notamment par le financement et la mise à disposition de locaux.

- E) Faire de la régulation des appels le « pivot » de la PDS dans le Cantal : étendre et consolider un dispositif à la lisibilité accrue

D'autre part, la réorganisation de la PDS dans le Cantal implique d'améliorer la régulation médicale. Car bien que sa mise en œuvre récente soit tout à fait positive, le dispositif est certainement perfectible.

Tout d'abord, il est encore peu lisible pour les patients, malgré plusieurs campagnes d'information : en effet, deux systèmes coexistent à l'heure actuelle dans le département. L'ARMEL-Cantal ne régule pour l'instant que quelques secteurs de garde, les autres ne disposant toujours pas d'une régulation médicale libérale. Certains médecins exerçant à Aurillac n'ont d'ailleurs pas encore adhéré à la régulation.

Ensuite, certaines personnes critiquent la gestion partagée de la régulation entre l'ARMEL Midi-Pyrénées et l'ARMEL-Cantal. Selon elles, les médecins régulateurs de Midi-Pyrénées, ne connaissant pas le département du Cantal et ses spécificités géographiques, ils ne seraient pas à même de prendre les décisions les plus adéquates.

Enfin, le choix de ne pas avoir un numéro de téléphone spécifiquement dédié à la régulation libérale et connu du grand public peut être contesté. Car les patients n'ont pas toujours de médecin traitant : en cas de problème de santé, ne sachant pas qui appeler, ils se tourneront sans doute vers les urgences hospitalières. Cette situation pourrait aussi se présenter pour les touristes. Afin de pallier cette difficulté, une liste des médecins régulés a été mise à disposition des patients aux urgences du CH d'Aurillac. Cependant, cela n'est pas suffisamment efficace.

Il est donc primordial d'étendre la régulation (par l'adhésion de tous les médecins au dispositif) et de la consolider (par le recrutement d'autres régulateurs libéraux), afin qu'elle puisse réellement constituer la « clé de voûte » du nouveau dispositif de PDS dans le Cantal. Les périodes régulées par les médecins cantaliens pourraient ainsi être étendues, et les interlocuteurs des patients connaîtraient davantage les spécificités du territoire.

Pour faciliter le volontariat des médecins, les possibilités et modalités d'une régulation « délocalisée », exercée depuis le cabinet des professionnels¹⁶⁷ pourraient être étudiées.

Il serait enfin souhaitable d'accroître la lisibilité du dispositif. Pour cela, un numéro d'appel unique pour la PDS devrait être institué, à côté du 15 pour les urgences. Ce numéro serait départemental dans un premier temps, avant peut-être la création d'un numéro unique au niveau national.

¹⁶⁷ En effet, lors de notre entretien, un cadre de la MRS m'a expliqué que le FIQCS peut aider les associations de régulation médicale libérale à se doter d'équipements téléphoniques et informatiques, pour que les médecins puissent assurer la régulation des appels depuis leur domicile, et ainsi n'aient plus à se déplacer jusqu'au CRRRA du SAMU.

- F) Coordonner les acteurs de la prise en charge des urgences et des soins non programmés : assurer la cohérence de leurs cartographies d'intervention

Il a été établi, dès le début de la démarche de réorganisation de la PDS, que celle-ci ne pouvait être effectuée qu'en l'articulant avec le dispositif d'AMU. Cette mise en cohérence est nécessaire en raison de l'agrandissement des secteurs de garde. La convergence des cartographies d'intervention des différents acteurs de la prise en charge des urgences et des soins non programmés est d'ailleurs un objectif du SROS.

La nouvelle sectorisation de la PDS dans le Cantal devra donc prendre en compte cet impératif, et devra être coordonnée avec l'ensemble des services et professions impliqués : gardes des ambulanciers et des pharmaciens, établissements de santé, sapeurs-pompiers, voire même les sociétés de taxis.

- G) Sécuriser l'AMU et les « visites incompressibles » dans les zones rurales isolées : développer le dispositif des « médecins correspondants de SAMU »

Le développement du dispositif des « médecins correspondants de SAMU » dans les zones rurales isolées et éloignées d'un SMUR est une piste intéressante pour contrebalancer la diminution du nombre de secteurs de PDS. Dans le Cantal, un cahier des charges de ce dispositif va d'ailleurs être prochainement élaboré, afin de sécuriser l'AMU sur des secteurs de PDS élargis.

On pourrait également envisager de faire participer ces « médecins correspondants de SAMU » au dispositif de PDS lui-même : ils pourraient assurer les « visites incompressibles », voire effectuer des actes relevant de la PDS en deuxième partie de nuit, dans certains secteurs ayant une faible activité.

- H) Fiabiliser le dispositif de PDS pour les personnes âgées dépendantes : établir des protocoles de recours au médecin de garde dans les EHPAD

La réflexion sur la mise en œuvre des « visites incompressibles » doit être particulièrement approfondie concernant les nombreux EHPAD du département.

En effet, les personnes âgées y résidant ne pourront pas être transportées jusqu'à une MMG, en raison de leur dépendance, et l'intervention du médecin en urgence est relativement fréquente. Car, dans le Cantal, aucun établissement ne dispose d'une infirmière durant la nuit.

Dès lors, il est souhaitable que les EHPAD élaborent des protocoles précis de recours à une intervention médicale en période de PDS.

Par ailleurs, il est important que ces structures bénéficient d'une présence infirmière suffisante.

L'amélioration de l'organisation de la PDS dans les EHPAD du Cantal pourrait être menée par le MISP, en charge du dossier, en étroite concertation avec l'IASS responsable du pôle « personnes âgées ».

- I) Permettre un bon usage du nouveau dispositif de PDS : organiser une campagne d'information de la population cantalienne

La réorganisation de la PDS a déjà été explicitée par une campagne d'information, mise en œuvre à la suite de l'ouverture de la MMG d'Aurillac et l'instauration de la régulation médicale libérale. Face à l'ampleur des réformes à venir, et à la complexité du dispositif pour la population, le processus de réorganisation de la PDS actuellement mené doit continuer à comprendre un vaste et itératif plan de communication, reposant sur des supports variés (presse écrite, radios locales, reportages télévisés diffusés sur la chaîne locale...), afin d'informer le plus grand nombre possible de personnes.

Il pourrait comporter des informations sur l'objet et le fonctionnement de la PDS (notamment la régulation des appels et l'accès à la MMG, qui demeurent peu compris par les patients) et la distinction avec le 15 des urgences vitales. Dans chaque secteur, des messages plus ciblés expliciteraient le dispositif mis en place localement.

Grâce à cette information, la population serait en mesure de recourir de façon adéquate au dispositif de PDS, mais également aux services d'urgences hospitalières.

- J) S'assurer de l'efficacité et de la qualité de la PDS : associer étroitement les patients à l'évaluation du nouveau dispositif

La réorganisation de la PDS doit également s'accompagner d'une évaluation approfondie du dispositif¹⁶⁸. Elle est déjà prévue concernant le fonctionnement de la MMG et de la régulation. Il faudra mettre en œuvre une évaluation de chaque nouvelle modalité d'organisation de la PDS, et il pourrait être envisagé d'y associer les patients. En effet, si la démarche de réorganisation de la PDS dans le Cantal est menée de façon « participative », ils ne sont toutefois pas associés au processus. Or, les patients sont au cœur d'une démarche qui a pour objectif de leur assurer un égal accès aux soins.

Il serait donc intéressant de prendre en compte leurs avis sur les nouveaux dispositifs, par le biais d'enquêtes de satisfaction, organisées par la DDASS, afin d'évaluer l'impact sur l'accessibilité des soins. Ainsi, les patients seraient véritablement associés à la démarche de réorganisation de la PDS dans le Cantal.

¹⁶⁸ Cette évaluation devrait s'appuyer sur les travaux de l'Observatoire régional des urgences et de la PDS, dont la mise en place est un objectif du SROS.

Conclusion

Le dispositif de PDS dans le Cantal, satisfaisant à l'heure actuelle, doit cependant être profondément rénové.

Il repose en effet aujourd'hui sur un faible nombre de médecins généralistes libéraux, très impliqués et faisant preuve d'un grand dévouement envers la population. Les sombres perspectives démographiques de la profession dans le département impliquent toutefois de repenser le système.

Ce dernier doit évoluer, afin de devenir plus attractif pour les nouvelles générations de médecins. Ainsi, certaines pistes d'amélioration du dispositif de PDS dans le Cantal ont pu être étudiées, visant à remplacer un système encore fondé sur les visites à domicile par un nouveau modèle, dans lequel les patients se déplacent, dans la mesure du possible, au sein de points fixes de garde, fréquemment appelés MMG. Une nouvelle sectorisation est également indispensable, afin de réduire la fréquence des astreintes, permettant ainsi de diminuer la pénibilité de la garde.

Suite au vaste processus de concertation avec les médecins, une démarche de réorganisation de la PDS a été lancée en 2008 dans le Cantal. La cartographie de la PDS devrait donc être redessinée dans les prochaines années, grâce à la diminution du nombre de secteurs de garde et l'implantation de nouvelles MMG. La DDASS aura la responsabilité, en lien avec la MRS, d'assurer la cohérence de ce maillage du territoire. De plus, le nouveau dispositif ne pourra pas être uniforme : il devra en effet être adapté aux spécificités des zones rurales isolées, nombreuses dans le département. Un nouveau modèle de PDS « à géométrie variable » doit donc être élaboré et mis en œuvre dans le Cantal, de façon consensuelle avec l'ensemble des acteurs. Il devra toutefois, impérativement, permettre à l'ensemble de la population d'avoir accès à un médecin durant les heures de fermeture des cabinets médicaux. L'IASS, en partenariat avec le MISP, a ainsi un rôle fondamental à jouer dans la préservation de l'égalité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

La PDS est en effet, aujourd'hui, une problématique essentielle dans une perspective plus globale d'aménagement des territoires, comme l'a mis en évidence le rapport d'information fait au nom de la Délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire de l'Assemblée Nationale. Celui-ci a par ailleurs souligné la responsabilité qu'auront les ARS de rénover et fiabiliser le dispositif actuel de PDS, car « Il faut garder à l'esprit que les intérêts supérieurs du peuple, dont la santé fait naturellement partie, dépassent toutes les autres considérations »¹⁶⁹.

¹⁶⁹ Boënnec Ph., Rapport d'information sur la permanence des soins, op.cit., p.59.

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Code de la Santé Publique. Version en vigueur au 23 janvier 2009, disponible sur internet :

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20090123>

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

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2002-1487 du 20 décembre 2002 de financement de la Sécurité sociale. Journal Officiel de la République Française, 24 décembre 2002, 21482.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Journal Officiel de la République Française, n°190 du 17 août 2004, 14598.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux. Journal Officiel de la République Française, n°46 du 24 février 2005, 3073.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises. Journal Officiel de la République Française, n°179 du 3 août 2005, 12639.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la Sécurité sociale pour 2007. Journal Officiel de la République Française, n°296 du 22 décembre 2006, 19315.

REPUBLIQUE FRANCAISE. Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la Sécurité sociale pour 2008. Journal Officiel de la République Française, n°296 du 21 décembre 2007, 20603.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION. Décret n°55-1591 du 28 novembre 1955 portant Code de déontologie médicale et remplaçant le règlement d'administration publique n°47-1169 en date du 27 juin 1947, Journal Officiel de la République Française, 6 décembre 1955, 11 856.

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

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n°2003-880 du 15 septembre 2003 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence modifiant le Code de la Santé Publique. Journal Officiel de la République Française, n°214 du 16 septembre 2003, 15863-15864.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Décret n°2003-881 du 15 septembre 2003 modifiant l'article 77 du Code de déontologie médicale. Journal Officiel de la République Française, n°214 du 16 septembre 2003, 15864.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE, DE LA FAMILLE. Décret n°2005-328 du 7 avril 2005 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et aux conditions de participation des médecins à cette permanence modifiant le Code de la Santé Publique. Journal Officiel de la République Française, n°82 du 8 avril 2005, 6345.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2006-576 du 22 mai 2006 relatif à la médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique. Journal Officiel de la République Française, n°119 du 23 mai 2006, 7531.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2006-577 du 22 mai 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables aux structures de médecine d'urgence et modifiant le Code de la Santé Publique. Journal Officiel de la République Française, n°119 du 23 mai 2006, 7535.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2006-1585 du 13 décembre 2006 relatif au médecin collaborateur libéral et au médecin salarié et modifiant le Code de la Santé Publique. Journal Officiel de la République Française, n°289 du 14 décembre 2006, 18872.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Décret n°2006-1686 du 22 décembre 2006 relatif aux modalités d'organisation de la permanence des soins et modifiant le code de la santé publique. Journal Officiel de la République Française, n°300 du 28 décembre 2006, 19761.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Arrêté du 12 décembre 2003 relatif au cahier des charges type fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire. Journal Officiel de la République Française, n°299 du 27 décembre 2003, 22267.

MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE. Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L. 6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaires. Journal Officiel de la République Française, n°113 du 15 mai 2004, 8684.

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE, DE LA FAMILLE. Arrêté du 26 mai 2005 portant approbation des avenants n°1, n°3 et n°4 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Journal Officiel de la République Française, n°126 du 1 juin 2005, 9765.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 12 février 2007 relatif aux médecins correspondants du service d'aide médicale urgente (SAMU). Journal Officiel de la République Française, n°50 du 28 février 2007, 3718.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Arrêté du 23 mars 2007 portant approbation de l'avenant n° 20 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Journal Officiel de la République Française, n°74 du 28 mars 2007, 5797.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Arrêté du 21 décembre 2007 portant approbation de l'avenant n° 27 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Journal Officiel de la République Française, n°0300 du 27 décembre 2007, 21443.

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

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

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

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

MINISTERE DES SOLIDARITES, DE LA SANTE, DE LA FAMILLE. Lettre du 12 avril
2005 relative à la mise en œuvre du nouveau dispositif de permanence des soins. Bulletin
Officiel, n°7 du 15 août 2005, 55-57.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/O1 n°2006-470 du
10 octobre 2006 relative au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire
- Organisation de la régulation des appels de permanence des soins et couverture
assurancielle des médecins libéraux au sein des SAMU. Bulletin Officiel, n°12 du 15
janvier 2007.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Circulaire DHOS/O1 n°2007-65 du
13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences. Bulletin Officiel n°2007-3.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES, UNCAM. Circulaire
DHOS/DSS/CNAMTS/O1/1B/2007/137 du 23 mars 2007 relative aux maisons médicales
de garde et au dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire. Bulletin
Officiel, n°2007-4.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS. Instruction du 8
février 2008 sur les dispositions à prendre par les préfets permettant la mise en œuvre de
l'avenant n°27 à la convention médicale du 12 janvier 2005.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE
ASSOCIATIVE. Circulaire DHOS/DSS/DREES/UNCAM n°2008-130 du 14 avril 2008

relative aux nouvelles modalités opérationnelles de définition des zones géographiques de répartition des médecins généralistes. Bulletin Officiel, n°2008-5 du 15 juin 2008.

PREFECTURE DU CANTAL. Arrêté préfectoral modificatif n°2004-0307 du 5 février 2004 relatif à la mise en œuvre de la permanence des soins dans le Cantal.

PREFECTURE DU CANTAL. Arrêté préfectoral n°2005-884 du 17 juin 2005 portant organisation de la permanence des soins de médecine ambulatoire dans le département du Cantal.

PREFECTURE du CANTAL. *Cahier des charges fixant les conditions d'organisation de la permanence des soins en médecine ambulatoire dans le Cantal*. Mai 2005.

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

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE, DES SPORTS ET DE LA VIE ASSOCIATIVE. Projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires. Version en vigueur au 22 octobre 2008. Disponible sur internet : http://www.legifrance.gouv.fr/affichLoiPreparation.do;jsessionid=A2AFFB674D298BCD77244221A308A162.tpdjo04v_3?idDocument=JORFDOLE000019674897&type=contenu&id=2

Rapports

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

BERNIER M. *Rapport d'information n°1132 en conclusion des travaux de la mission d'information sur l'offre de soins sur l'ensemble du territoire*. Déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale. Septembre 2008. 206 p.

BOËNNEC P. *La permanence des soins*. Rapport d'information n°1205 fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire de l'Assemblée Nationale. 91 p.

COLOMBIER G. *La prise en charge des urgences médicales*. Rapport d'information n° 3672 déposé par la Commission des Affaires Culturelles, Familiales et Sociales de l'Assemblée Nationale. Février 2007. 209 p.

CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. *L'état des lieux de la permanence des soins. Enquête du Conseil national de l'Ordre des médecins*. Janvier 2008. 33 p.

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

GRALL J.-Y. *Les maisons médicales de garde. Rapport remis à M. Xavier Bertrand, Ministre de la santé et des solidarités*. Juillet 2006. 37 p.

GRALL J.-Y. *Mission de médiation et propositions d'adaptation de la permanence des soins. Rapport remis à Mme R. Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports*. Août 2007. 40 p.

IGAS/IGA. *Évaluation du nouveau dispositif de permanence des soins en médecine ambulatoire*. Mars 2006. 54 p.

OBSERVATOIRE NATIONAL DE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONS DE SANTE. *Rapport 2006-2007. Tome 1 La Médecine générale*. 2008. 173 p.

Ouvrages

MOREAU J., PELLOUX P. (préface), 2005, *L'urgence médicale*, Tome 1, Presses universitaires d'Aix-Marseille, Collection de Droit de la Santé, 293 p.

Périodiques

AUGUSTE O., 11 décembre 2008, « Des pistes pour sortir de l'impasse sur les déserts médicaux et les dépassements d'honoraires », *Le Figaro économie*, p. 19.

BESSIERE S., BREUIL-GENIER P., DARRINE S., novembre 2004, « La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national », *Études et Résultats*, n°352, DREES, 12 p.

BETTI-CUSSO M., DORE C., DURIN6VALOIS M., 6 décembre 2008, « Enquête sur le malaise des médecins », *Le Figaro Magazine*, pp. 46-60.

BRAS P.-L., juillet 2006, « Permanence des soins et assurance maladie », *Revue générale de droit médical*, numéro spécial « La permanence des soins », pp. 47-58.

BROUDIC P., juillet 2006, « L'organisation de la permanence des soins », *Revue générale de droit médical*, numéro spécial « La permanence des soins », pp.71-77.

CABANIS J.-N., mars 2006, « Et pourtant ça marche ! Urgences et permanence des soins : qui fait quoi ? », *Directeur d'Hôpital Magazine* n° 105, pp. 12-15.

CHABROL A.(dossier coordonné par), juin-juillet 2008, « Un terrain à déminer d'urgence », *Le Bulletin de l'Ordre des médecins* n° 6, pp. 9-13.

CHARDON D., 15 décembre 2008, « 10^e Assises nationales des CHU. La liberté d'installation en débat », *Le Quotidien du Médecin*, p. 4.

CHOCRON V., 15 janvier 2009, « Une taxe contre les déserts médicaux », *La Tribune*, p.5.

CORMIER M., juillet 2006, « Permanence des soins et établissements de santé », *Revue générale de droit médical*, numéro spécial « La permanence des soins », pp.79-99.

DE SAINT ROMAN H., 14 avril 2008, « Recours urgents aux soins de ville. 90 % se déclarent satisfaits par leur prise en charge », *Le Quotidien du Médecin*, p.5.

DE SAINT ROMAN H., 16 avril 2008, « Réunion de la mission de resectorisation de la PDS. Jour J pour les quatre premiers départements », *Le Quotidien du Médecin*, p.6.

DE SAINT-ROMAN H., 12 décembre 2008, « La Lozère brise le tabou de la liberté d'installation. Le conseil général veut des mesures contraignantes », *Le Quotidien du Médecin*, p.4.

DULION L. décembre 2006-janvier 2007, « Les transports sanitaires dans la permanence des soins », *IASS La Revue* n° 53, p. 42.

GATTUSO C., 11 avril 2008, « La médecine générale, prestigieuse mais peu attractive, selon l'Académie », *Le Quotidien du Médecin*, p.3.

GAUDIN F., 13 février 2004, « Exercice. Le tour de France des gardes », *Impact Médecine* n° 67, pp. 36-40.

K.P., 4 décembre 2008, « Santé : ce que veulent les maires », *Le Quotidien du Médecin*, pp. 1-3.

PRIEUR C., 11 décembre 2008, « Désertification médicale : le gouvernement menace de légiférer », *Le Monde*, p. 10.

PRIEUR C., 24 janvier 2009, « Déserts médicaux : la droite prend le risque d'un divorce avec les médecins », *Le Monde*, p.10.

SAINT-ANDRE J.-P., RICHARD I., janvier 2007, « La crise de la démographie médicale : une illusion ? », *Esprit* n° 331 « L'hôpital en mouvement », pp. 65-75.

TARISSON P., juillet-août 2007, « Installation des médecins en zone rurale. Coût induit par l'absence de régulation », *Revue hospitalière de France* n° 517, pp. 42-45.

TRANTHIMY L., 22 janvier 2009, « 1 000 euros pour éviter les déserts médicaux », *Impact médecine*, p.4.

VANDERSCHULDEN M., décembre 2007, « Les affectations des étudiants en médecine à l'issue des épreuves classantes nationales en 2007 », *Etudes et Résultats*, n°616, DREES, 8 p.

VIALLA F., juillet 2006, « Prolégomènes sur les notions de permanence des soins, de continuité des soins et de continuité du service public », *Revue générale de droit médical*, numéro spécial « La permanence des soins », pp. 11-34.

Thèses et mémoires

BARBAT-BUSSIÈRE S., 2008, *L'offre de soins en milieu rural : l'exemple d'une recherche appliquée en Auvergne*, Thèse pour le grade de Docteur en géographie : Université Blaise Pascal – Clermont 3, 399 p.

BERTHELOT L., CHOLLET J., CORROYER C., DENIZE M., GUERRIER M., HERIAT M., MARTINEZ V., MIKEC F., PERRICHON E., ROCHE R., TERSIN G., 2007, *L'organisation*

de la permanence des soins de ville. Module interprofessionnel de santé publique : Ecole Nationale de la Santé Publique, 25 p.

CAILLEUX J.L., CASSE D., DOGUET J.F., DOLE G., GARCIA C., LHEUREUX A., MAILLOT C., NGOMBI M., NGOUOTO A., 2008, *L'accessibilité des soins de premier recours: faut-il supprimer l'exercice libéral isolé?* Module interprofessionnel de santé publique : Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, 30 p.

CHATRY J. *Vers une amélioration de la permanence des soins de ville en Meurthe-et-Moselle : réorganisation et sectorisation*. Mémoire professionnel d'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale. 2006, 58 p.

LIENART DUTHIL V., 2008, *Zones rurales isolées : le généraliste de garde est-il nécessaire ? Quelles propositions pour demain ?*, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine : Université de Poitiers, 362 p.

LOUVEL K., 2008, *Du service médical d'hier à la permanence des soins aujourd'hui. Enjeux et contraintes du système de garde en médecine générale depuis la fin du XIXe siècle*, Thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine : Université de Rennes 1, 162 p.

Documents locaux

ARH AUVERGNE. Mars 2006. *Schéma Régional d'Organisation Sanitaire d'Auvergne 2006-2011*.

ARH AUVERGNE. Mai 2008. *Rapport sur l'aide médicale urgente en Auvergne, remis à Monsieur le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Auvergne*.

DDASS du CANTAL. Avril 2008. *La permanence des soins dans le département du Cantal*. 47 p.

DDASS du CANTAL. Août 2008. *Schéma départemental de la permanence des soins dans le Cantal*.

DELAVEAU M.-O., VALLES V., novembre 2007, « Projections démographiques : de nouveaux scénarios pour le Cantal », INSEE Auvergne, *La Lettre*, n°46, 6 p.

ITTAH J., 20 juin 2008, « Priorité à la permanence des soins », *La Montagne*, p.8.

MISSION NATIONALE D'APPUI A L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS. Juin 2008. *Avis de la Mission concernant le département du Cantal*.

OLIVIERI P., 2 juillet 2008, « Un dispositif de régulation des appels « vital » pour assurer les soins », *L'Union du Cantal*, p.4.

Dr PHILIPPE J.-M. *Note à Monsieur de Directeur de l'Agence d'Hospitalisation d'Auvergne. Etat des lieux de l'Aide Médicale Urgente dans le Cantal et perspectives d'avenir*. Mars 2008.

TURCAN M., 30 juillet 2008, « Un « SOS médecin » version campagne », *La Montagne*, p.10.

URCAM AUVERGNE, septembre 2006, « La permanence des soins en Auvergne ».

URCAM AUVERGNE., octobre 2007, « Tableau de bord de la permanence de soins libérale en Auvergne. Situation au 30/06/2007 ».

Sites internet

France Inter, *Interception*, « Campagne recherche médecin », dimanche 12 octobre 2008, disponible sur internet :

<http://www.radiofrance.fr/franceinter/em/interception/index.php?id=71834>

Liste des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien des médecins

Annexe 2 : Grille d'entretien des institutionnels

Annexe 3 : La participation des médecins généralistes à la permanence des soins au 1^{er} janvier 2008

Annexe 4 : Organisation de la permanence des soins ambulatoires

Annexe 5 : Liste des secteurs et nombre de médecins participant à la PDS (avril 2008)

Annexe 6 : Nombre de secteurs de garde cible pour chacun des départements, instruction ministérielle du 8 février 2008

Annexe 7 : Secteurs de garde en avril 2008

Annexe 8 : Projet de sectorisation du Schéma départemental

Annexe 1 : Grille d'entretien des médecins

Présentation des objectifs de l'entretien.

Missions en matière de PDS

- Quelles sont les missions des médecins généralistes libéraux en matière de PDS ?
- Etat de la PDS dans le secteur ?
- Quels liens avec la DDASS en matière de PDS ?
- Quels liens avec les médecins en matière de PDS ?

Contexte local/état des lieux de la PDS dans le Cantal

- Quel diagnostic sur l'état de la PDS dans le Cantal ?
- Démographie médicale dans le département
- Coordination et implication des différents acteurs du dispositif
- Sectorisation : Activité des secteurs ? Aménagements des horaires ?
- Existence de « zones grises » ?

Point de vue sur le dispositif actuel de PDS/idées d'adaptations ou d'évolutions du dispositif

- Forces et faiblesses du dispositif actuel ?
- Améliorations apportées par rapport au dispositif précédent (avant 2003) ?
- Point de vue sur principe du volontariat ?
- L'utilisateur dispose-t-il aujourd'hui de l'information nécessaire pour utiliser au mieux le dispositif de PDS ?
- Pilotage du dispositif : cohérent ? Satisfaisant ? Evolution à venir avec les ARS ?
- Propositions sur les améliorations à apporter au dispositif ?

Problématique de la resectorisation/réorganisation de la PDS

- Avantages attendus de l'ouverture de la MMG à Aurillac ?
- Mise en place d'autres structures du même genre envisagée ?
- Directive ministérielle de diminution du nombre de secteurs : Point de vue en la matière ? Quels avantages et quels inconvénients ? Quelle mise en œuvre dans le Cantal et quel impact sur le fonctionnement de la PDS ? Raisons des difficultés à la mettre en œuvre ?
- Avis de la Mission nationale d'appui concernant le Cantal : quel avis sur les différentes recommandations ? (amplification révision du périmètre secteurs, calendrier resserré, revoir organisation PDS en 2^e partie de nuit...)
- Quelles contraintes rencontrées dans la réorganisation de la PDS ?
- Point de vue sur l'élaboration d'un « schéma départemental d'organisation de la PDS » : solution aux problèmes d'organisation de la PDS dans le Cantal ?

Annexe 2 : Grille d'entretien des institutionnels

Présentation des objectifs de l'entretien.

Missions et compétences en matière de PDS

- Quelles sont vos missions en matière de PDS ?
- Quels liens avec la DDASS en matière de PDS ?
- Quels moyens d'action pour prévenir les difficultés d'organisation de la PDS ?

Contexte local/état des lieux de la PDS dans le Cantal

- Quel diagnostic sur l'état de la PDS dans le Cantal ?
- Démographie médicale dans le département
- Coordination et implication des différents acteurs du dispositif
- Sectorisation : critères pour découpage ? Activité des secteurs ?
- Aménagements des horaires ?
- Cohérence géographique gardes médecins/pharmaciens/ambulanciers ?
- Cahier des charges départemental
- Existence de « zones grises » ?

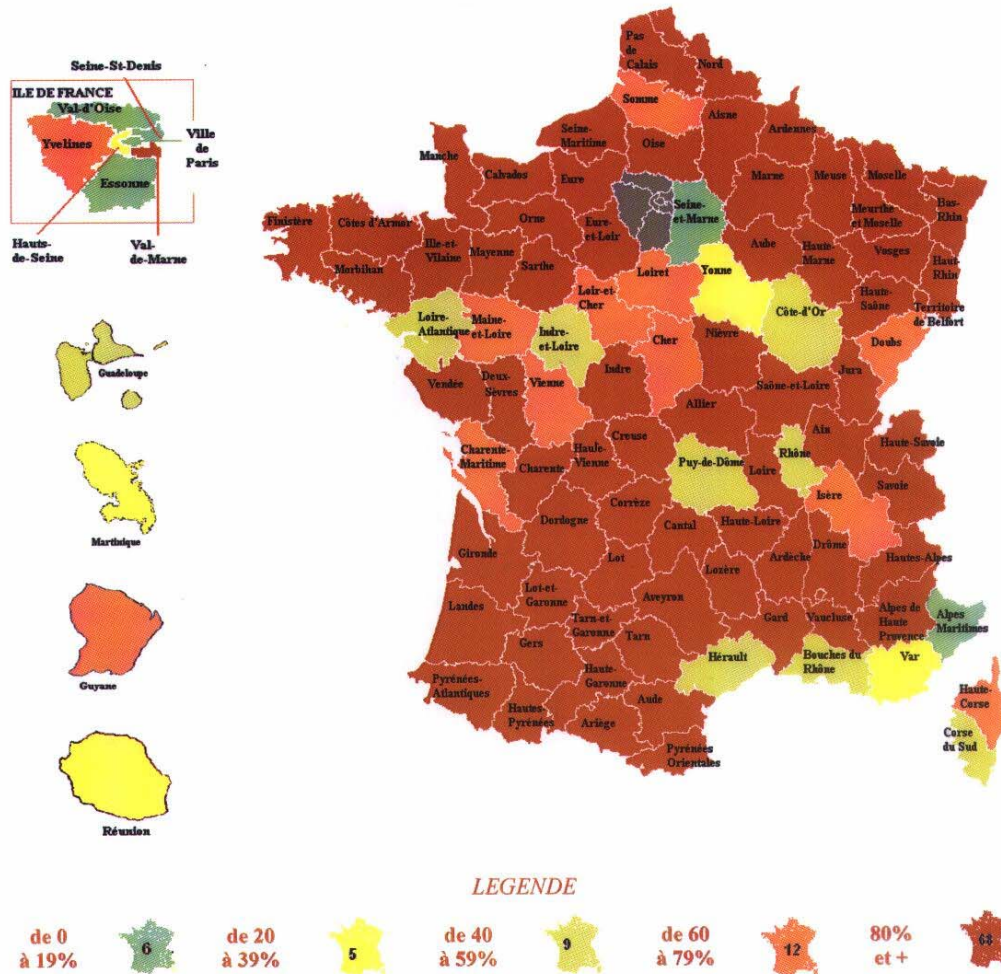
Point de vue sur le dispositif actuel de PDS/idées d'adaptations ou d'évolutions du dispositif

- Forces et faiblesses du dispositif actuel ?
- Améliorations apportées par rapport au dispositif précédent (avant 2003) ?
- Point de vue sur principe du volontariat ?
- L'utilisateur dispose-t-il aujourd'hui de l'info nécessaire pour utiliser au mieux l'offre de PDS ?
- Pilotage du dispositif : cohérent ? Satisfaisant ? Evolution à venir avec les ARS ?
- Propositions sur améliorations à apporter au dispositif ?

Problématique de la resectorisation/réorganisation de la PDS

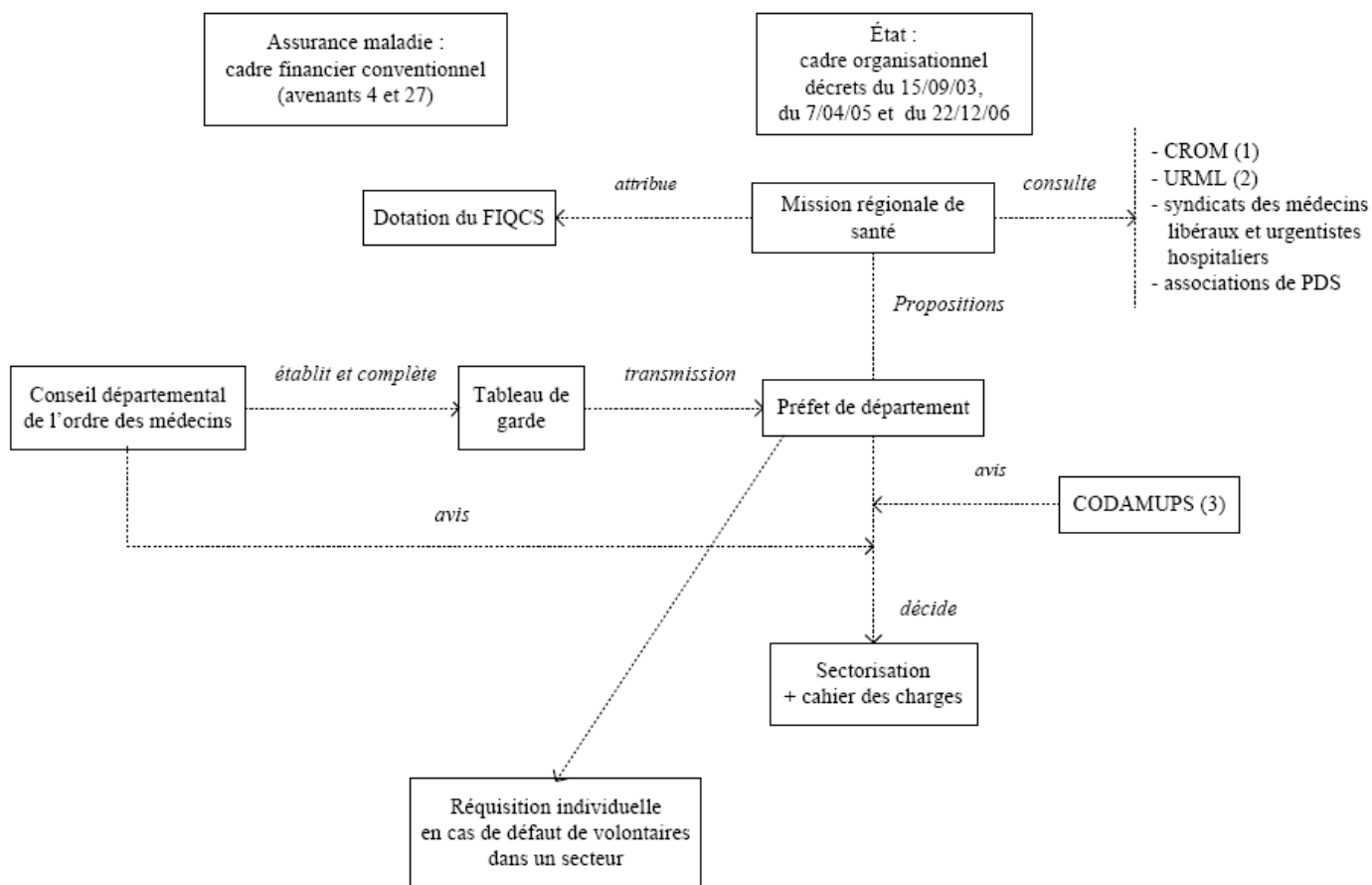
- Avantages attendus de l'ouverture de la MMG à Aurillac ?
- Mise en place d'autres structures du même genre envisagée ?
- Directive ministérielle de diminution du nombre de secteurs : Pourquoi ? Quels avantages et quels inconvénients ? Quelle mise en œuvre dans le Cantal et quel impact sur le fonctionnement de la PDS ? Raisons des difficultés à la mettre en œuvre ?
- Avis de la Mission nationale d'appui concernant le Cantal : quel avis sur les différentes recommandations ? (amplification révision du périmètre secteurs, calendrier resserré, revoir organisation PDS en 2^e partie de nuit...)
- Quelles contraintes rencontrées dans la réorganisation de la PDS ?
- Elaboration d'un « schéma départemental d'organisation de la PDS » : contenu du schéma ? mode d'élaboration ? solution aux problèmes d'organisation de la PDS dans le Cantal ? Articulation avec autres schémas/plans ? suivi et évaluation prévus ?

Annexe 3 : La participation des médecins généralistes à la permanence des soins au 1^{er} janvier 2008



Source : Conseil national de l'Ordre des médecins

Annexe 4 : Organisation de la permanence des soins ambulatoires



(1) Conseil régional de l'Ordre des médecins

(2) Union régionale des médecins libéraux

(3) Comité départemental de l'aide médicale urgente, de la permanence de soins et des transports sanitaires

Source : Rapport d'information sur la permanence des soins fait au nom de la délégation à l'aménagement et au développement durable du territoire par M. Philippe Boënnec, octobre 2008.

Annexe 5 : Liste des secteurs et nombre de médecins participant à la PDS (avril 2008)

secteur	intitulé	population 99	nombre de médecins
1	Ally – Pleaux	3627	5
2	St Cernin – St Illide – St Martin Valmeroux	4290	6
3	Anglards de Salers - Salers	2765	3
4	Mauriac	6273	6
5	Ydes – Champagnac – Champs sur Tarentaine	7147	6
6	Saignes	2262	3
7	Riom-es-Montagnes	6362	4
8	Aurillac	30551	24
9	Arpajon sur Cère	8021	7
10	Jussac – St Paul des Landes – Ytrac (AMVA)	5358	8
11	Laroquebrou	3068	2
12	Le Rouget – St Mamet	6497	5
13	Mauris	4897 + Lot	4
14	Montsalvy	2195	4
15	Lafeuillade – Calvinet	3694	3
16	Vallée de Mandailles (St Cirgues de Jordanne – St Simon	3145	3

17	Allanche – Marcenat	3224	4
18	Murat – Neussargues	7715	6
19	Massiac	4905	4 + 1 de Haute-Loire
20	St Flour – Ruynes en Margeride	14060	9
21	Neuvéglise – Pierrefort	4544	4
22	Chaudes Aigues	2155	2
23	Vic sur Cère – Polminhac	4927	3
24	Raulhac – Mur de Barrès – Théronnels (Aveyron)	904 + Aveyron	3 de l’Aveyron
25	Condat – Eglise neuve d’Entraigues (Puy-de-Dôme)	1502+ Puy DD	1 du Puy de Dôme
26	St Urcize – Nasbinals (Lozère) – Fournels (Lozère)	527+ Lozère	1 + 2 de Lozère

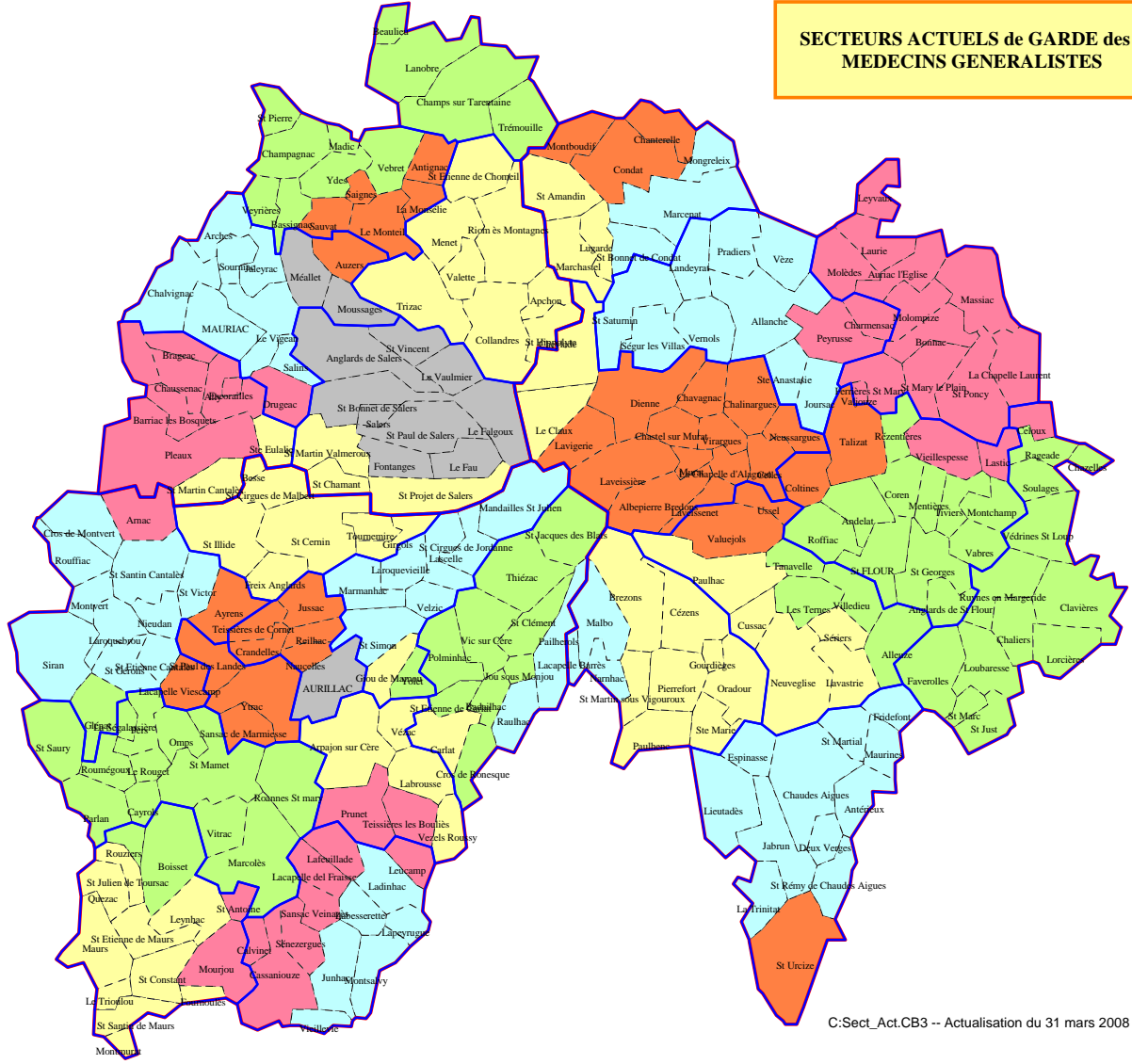
Annexe 6 : Nombre de secteurs de garde cible pour chacun des départements, instruction ministérielle du 8 février 2008

Départements	marge applicable en %	objectif cible / 2000 secteurs	objectif cible + marge département
01- Ain	40	18	26
02- Aisne	40	18	25
03- Allier	40	11	16
04- Alpes-Hte-Provence	40	5	7
05- Hautes-Alpes	40	4	6
06- Alpes-Maritimes	40	35	49
07- Ardèche	40	10	14
08- Ardennes	40	9	13
09- Ariège	40	5	7
10- Aube	40	10	14
11- Aude	40	11	16
12- Aveyron	40	9	12
13- Bouches-du-Rhône	15	63	72
14- Calvados	15	22	25
15- Cantal	40	5	7
16- Charente	40	11	16
17- Charente-Maritime	40	19	27
18- Cher	40	10	14
19- Corrèze	40	8	11
21- Côte-d'Or	40	17	24
22- Côtes-d'Armor	40	19	26
23- Creuse	40	4	6
24- Dordogne	40	13	18
25- Doubs	40	17	24
26- Drôme	40	15	21
27- Eure	40	18	26
28- Eure-et-Loir	40	14	19
29- Finistère	15	29	33
2A- Corse-du-Sud	40	4	6
2B- Haute-Corse	40	5	7
30- Gard	40	22	31
31- Haute-Garonne	40	38	54
32- Gers	40	6	8
33- Gironde	15	45	52
34- Hérault	15	32	37
35- Ille-et-Vilaine	40	31	43
36- Indre	40	8	11
37- Indre-et-Loire	40	19	26
38- Isère	40	38	54
39- Jura	40	8	12
40- Landes	40	12	16
41- Loir-et-Cher	40	11	15
42- Loire	40	24	34
43- Haute-Loire	40	7	10
44- Loire-Atlantique	15	40	46
45- Loiret	40	21	30
46- Lot	40	6	8
47- Lot-et-Garonne	40	10	15
48- Lozère	40	3	4
49- Maine-et-Loire	15	25	29
50- Manche	40	16	22

Départements	marge applicable en %	objectif pour une cible nationale de 2000 secteurs	objectif départemental + marge
51- Marne	40	19	26
52- Haute-Marne	40	6	9
53- Mayenne	40	10	14
54- Meurthe-et-Moselle	40	24	33
55- Meuse	40	6	9
56- Morbihan	15	23	26
57- Moselle	40	34	48
58- Nièvre	40	7	10
59- Nord	15	84	97
60- Oise	15	26	30
61- Orne	40	10	13
62- Pas-de-Calais	15	48	55
63- Puy-de-Dôme	40	20	29
64- Pyrénées-Atlantiques	40	21	29
65- Hautes-Pyrénées	40	8	11
66- Pyrénées-Orientales	40	14	19
67- Bas-Rhin	40	35	49
68- Haut-Rhin	40	24	34
69- Rhône	40	55	76
70- Haute-Saône	40	8	11
71- Saône-et-Loire	40	18	25
72- Sarthe	40	18	25
73- Savoie	40	13	18
74- Haute-Savoie	40	23	32
76- Seine-Maritime	15	41	47
77- Seine-et-Marne	15	41	48
78- Yvelines	15	46	53
79- Deux-Sèvres	40	12	16
80- Somme	40	18	26
81- Tarn	40	12	17
82- Tarn-et-Garonne	40	7	10
83- Var	40	32	45
84- Vaucluse	40	17	24
85- Vendée	40	19	27
86- Vienne	40	14	19
87- Haute-Vienne	40	12	17
88- Vosges	40	13	18
89- Yonne	40	11	16
90- Terr. de Belfort	40	5	6
91- Essonne	15	39	45
92- Hauts-de-Seine	15	50	58
93- Seine-St-Denis	15	49	56
94- Val-de-Marne	15	42	49
95- Val-d'Oise	15	38	43

Annexe 7 : Secteurs de garde en avril 2008

**SECTEURS ACTUELS de GARDE des
MEDECINS GENERALISTES**



C:Sect_Act.CB3 -- Actualisation du 31 mars 2008

Annexe 8 : projet de sectorisation du Schéma départemental

